

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ХРОНИЧЕСКИЙ ТОНЗИЛЛИТ

**М. Рябова**, доктор медицинских наук, профессор,  
**Н. Шумилова**, кандидат медицинских наук,  
**Л. Пестакова**

Первый Санкт-Петербургский государственный  
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова  
**E-mail:** schumilov211@yandex.ru

*Хронический тонзиллит выявляется у 80% беременных с жалобами на изменения со стороны верхних дыхательных путей и часто сочетается с патологией мочевыводящих путей, сердечно-сосудистой системы, а также может способствовать прерыванию беременности.*

**Ключевые слова:** оториноларингология, хронический тонзиллит, беременность.

Общепринято мнение, что наличие экстрагенитальной хронической инфекции у беременных усугубляет состояние иммунодефицита в период гестации и увеличивает частоту различных осложнений беременности и родов. По результатам исследования, в котором участвовали 350 беременных, установлено, что заболевания ЛОР-органов занимают 3-е место в структуре экстрагенитальной патологии (после анемии беременных и заболеваний мочевыделительной системы), а хронический тонзиллит выявляется у 13,7% беременных и обостряется в период гестации только у 0,5% [1]. Есть данные, что хронический тонзиллит может быть причиной невынашивания беременности [2, 3], предрасполагать к формированию токсокозов [4], обуславливать высокий (25%) риск угрозы прерывания беременности [5]. Однако по некоторым данным синусит, фарингит, тонзиллит, ларинготрахеит у беременных (в отличие от бронхита и пневмоний) не повышает риск преждевременных родов [6].

Целью нашей работы было оценить особенности течения хронического тонзиллита у беременных.

С сентября 2014 г. по декабрь 2016 г. на консультацию к оториноларингологу в отделение ранней диагностики аллергических заболеваний женщин детородного возраста поликлиники с клинико-диагностическим центром ПСПбГМУ им. И.П. Павлова с жалобами на изменения со стороны верхних дыхательных путей обратились 756 беременных в возрасте от 17 до 44 лет (средний возраст —  $30,5 \pm 0,2$  года) при сроке беременности от 6 до 39 нед (в среднем  $20,4 \pm 0,3$  нед). Доминировали жалобы на заложенность носа и (или) выделения из носа — у 691 (91%) обследованной; кроме того, у 59% женщин был диагностирован вазомоторный ринит, у 5% — полипозный риносинусит, у 36% — аллергический ринит; кашель — у 9% (у 26% — связанный с бронхолегочной патологией и у 74% — с гастроэзофагеальным рефлюксом).

Всем беременным проводили общепринятый осмотр ЛОР-органов. Выраженность изменений в полости носа во время осмотра оценивали в баллах: отек слизистой оболочки полости носа — от 1 до 3 баллов, изменение цвета слизистой (бледность, синюшность, гиперемия) — 1 балл, эрозии

слизистой оболочки полости носа — 1 балл, наличие корок в полости носа — 1 балл. Изменения гортаноглотки оценивали по сумме баллов [7]: степень гиперемии, пастозности и складчатости межчерпаловидного пространства (каждый признак — от 0 до 3 баллов), диффузная гиперемия гортаноглотки — 1 балл, с мацерацией слизистой оболочки — 2 балла, утолщение голосовых складок — 1 балл, гиперемия голосовых складок — 1 балл. Задняя стенка глотки: инъекция слизистой оболочки — 1 балл, гиперемия — 1 балл, гиперемия задней стенки глотки, распространяющаяся на мягкое нёбо, — 2 балла, увеличение гранул — 1 балл. Изменения со стороны нёбных миндалин также анализировали в баллах: гиперемия нёбных дужек — 1 балл, утолщение — 1 балл, спайки нёбных дужек с миндалинами — 1 балл, казеозные пробки в лакунах — 1 балл, жидкий гной — 2 балла, наличие папиллом — 1 балл, гнойных кист — 1 балл. Степень заложенности носа пациентки оценивали в баллах — от 0 до 5. В случае регулярного применения местных деконгестантов степень заложенности носа составляла 5 баллов.

Всех пациенток разделили на 2 группы: с признаками хронического тонзиллита (степень изменений со стороны нёбных миндалин —  $\geq 2$  балла) и без указанных признаков. Женщины с хроническим тонзиллитом были в свою очередь разделены на 2 подгруппы: в 1-ю вошли 449 больных с компенсированной, во 2-ю — 155 больных с декомпенсированной формой заболевания. Статистическая обработка данных проведена с использованием критерия Манна—Уитни и коэффициента корреляции Пирсона (R).

При наличии гнойного содержимого в лакунах нёбных миндалин лечение пациенток включало применение местных antimicrobных средств (лизоцима гидрохлорид и пиридоксина гидрохлорид для рассасывания, бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний для полоскания ротоглотки) и курсы промывания лакун нёбных миндалин растворами antimicrobных препаратов (от 1 до 5 раз за время беременности); 11 беременным с выраженными воспалительными изменениями со стороны нёбных миндалин была назначена системная антибактериальная терапия. Контрольный осмотр проводили через 3–4 нед.

В целом из 756 беременных те или иные признаки хронического тонзиллита (изменения —  $\geq 2$  балла) удалось выявить у 604 (79,8%) пациенток (1-я группа). При этом ухудшение течения хронического тонзиллита, сопровождающееся появлением казеозных пробок или жидкого гноя в лакунах нёбных миндалин, установлено у 405 женщин (частота указанных изменений составила в 1-й группе 67,0%; среди всех обследованных — 53,6%), которые составили подгруппу А. Без ухудшения течения хронический тонзиллит был у 199 (33,0%) беременных (подгруппа Б).

Компенсированная форма хронического тонзиллита в 1-й группе диагностирована соответственно у 449 (74,3%) обследованных, декомпенсированная — у 155 (25,7%).

При компенсированной форме ухудшение течения тонзиллита во время беременности (гнойное содержимое в лакунах миндалин) выявлено в этой группе у 293 (65,3%) пациенток, при декомпенсированной форме — у 112 (72,3%). Во 2-ю группу вошли 152 (20,1%) беременных без признаков хронического тонзиллита и 24 женщины с тонзиллэктомией в анамнезе. У 1 больной удаление миндалин выполнено в частной клинике при сроке беременности 17 нед, что не повлияло на течение беременности, однако с нашей точки зрения было связано с неоправданным риском бактериемии и возможными осложнениями. Степень изменений нёбных

миндалины составила в среднем  $3,20 \pm 0,04$  балла в 1-й группе и  $0,60 \pm 0,01$  – во 2-й. Достоверных различий в степени изменений со стороны нёбных миндалин в зависимости от формы тонзиллита (компенсированная, декомпенсированная) не выявлено. Сроки обращения беременных к оториноларингологу составили  $19,2 \pm 0,3$  нед гестации в 1-й группе и  $20,0 \pm 0,6$  нед – во 2-й ( $p < 0,05$ ).

Ангина в анамнезе была у 221 (36,6%) беременной 1-й и у 53 (34,9%) – 2-й группы. У 3 обследованных 1-й группы во время беременности отмечена ангина, у 1 – паратонзиллярный абсцесс, потребовавший хирургического лечения. Уровень антистрептолизина-О периферической крови у 80 женщин составил  $135,2 \pm 13,6$  МЕ/мл, в том числе у 19 он превысил 200 МЕ/мл. У 14 (2,3%) пациенток отмечен субфебрилитет (у 11 из них он был и до беременности); снижение температуры происходило на фоне курсов промывания лакун нёбных миндалин.

У 40 (6,6%) обследованных 1-й и 4 (2,6%) 2-й группы в анамнезе отмечались периодические суставные боли в течение соответственно  $25,3 \pm 0,8$  и  $5,0 \pm 3,3$  года. У 1 пациентки 1-й группы боли в суставах возникли в период беременности и проходили после курсов промывания лакун нёбных миндалин.

Из сопутствующих патологий в 1-й группе чаще, чем у обследованных без признаков тонзиллита, определялись хронический пиелонефрит (соответственно у 7,8 и 5,9%), обострение пиелонефрита во время беременности (соответственно 2,5 и 1,3%): у 1 больной пиелонефрит развился во время беременности, отмечался также цистит в анамнезе (соответственно у 4,6 и 2,6%). На фоне беременности чаще развивались тахикардия (1,5 и 0,7%), гипертония (1,0 и 0%), нарушения ритма сердца (1,0 и 0,7%). В 1-й группе несколько реже (по сравнению со 2-й) выявлялись изменения в секреции гормонов щитовидной железы: гиперфункция (2,3 и 3,3%), гипофункция (0,5 и 1,3%), анемия при беременности (16,2 и 26,3%).

Таким образом, у 67% беременных отмечено ухудшение течения хронического тонзиллита в виде появления гнойного отделяемого в лакунах нёбных миндалин, в то же время осложнения в виде ангины и паратонзиллярных

абсцессов наблюдались довольно редко. Сопреженный с хроническим тонзиллитом субфебрилитет (2,3%), свидетельствовал о росте микробной нагрузки и высоком риске осложнений. У беременных с сопутствующим хроническим тонзиллитом чаще отмечались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, суставной синдром и воспалительные заболевания мочевыделительной системы, которые этиологически могут быть обусловлены персистенцией инфекции в нёбных миндалинах.

В ходе анализа состояния других ЛОР-органов у обследованных 2 групп выявлены достоверные ( $p < 0,05$ ) различия в степени изменений со стороны задней стенки глотки (соответственно  $2,1 \pm 0,1$  и  $1,6 \pm 0,1$  балла) и выраженности рефлюкс-индуцированных изменений в гортани ( $4,6 \pm 0,1$  и  $4,2 \pm 0,2$  балла). Достоверными оказались также различия в характере выделений из носа (слизь, гной, гнойные корки): соответственно –  $1,8 \pm 0,1$  и  $1,6 \pm 0,2$  балла и степени заложенности носа ( $3,4 \pm 0,1$  и  $3,7 \pm 0,1$  балла). Установлена низкая корреляционная взаимосвязь степени изменений со стороны нёбных миндалин с изменениями в полости носа, глотки и гортани, а также степенью заложенности носа в 2 группах; различий в зависимости от формы хронического тонзиллита не выявлено.

Таким образом, у беременных с хроническим тонзиллитом чаще, чем у женщин без тонзиллита, выявляются воспалительные изменения задней стенки глотки, а также изменения в гортани, характерные для гастроэзофагеального рефлюкса. В настоящее время гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь считается одним из этиологических факторов развития и поддержания воспалительного процесса при хроническом тонзиллите [8]. Наше исследование подтвердило наличие более выраженных изменений в гортаноглотке, характерных для рефлюксной болезни, у беременных с хроническим тонзиллитом. Предрасполагающими к хроническому тонзиллиту факторами также являются бронхиальная астма и аллергия [8]. Однако в нашем исследовании достоверных различий в группах в частоте бронхиальной астмы, а также проявлений аллергических реакций (аллергический ринит, кожные реакции) и наличии полипозного риносинусита не выявлено.

Установлено, что для беременных с хроническим тонзиллитом в большей степени характерны изменения отделяемого из носа с преобладанием гнойного компонента, в меньшей – явления заложенности носа.

Выполнить посев с поверхности нёбных миндалин на флору удалось у 24 пациенток с гнойным содержимым в лакунах: в 10 случаях был выявлен *Staphylococcus aureus* и в 14 – условно-патогенные микроорганизмы (*Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus viridans*).

По результатам клинического анализа крови достоверных различий в группах в уровне лейкоцитов (соответственно  $8,6 \pm 3,7$  и  $8,7 \pm 0,3$  г/л), СОЭ ( $14,5 \pm 0,7$  и  $16,1 \pm 1,6$  мм/ч), частоте сдвига лейкоцитарной формулы в сторону увеличения продукции молодых форм (2,5 и 2,0%) не выявлено ( $p > 0,05$ ). Кроме того, не установлено различий изученных показателей крови у обследованных 1-й группы с гнойным содержимым в лакунах миндалин и без такового, а также в зависимости от формы тонзиллита.

Угроза прерывания беременности зарегистрирована у 43 женщин 1-й группы и 13 – 2-й группы, причем при наличии хронического тонзиллита угроза возникала на более ранних сроках (соответственно в  $6,2 \pm 0,6$  нед и  $10,9 \pm 2,3$  нед;  $p < 0,05$ ). У 2 пациенток с хроническим тонзиллитом произошло пре-



Ангин-Хель – препарат для комплексной терапии тонзиллитов. Возможно применение в период беременности и кормления грудью после предварительной консультации с врачом.  
**ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.**

рывание беременности в I триместре, у 1 – гибель плода вследствие инфицирования плаценты в III триместре. Отметим, что в анамнезе невынашиваемость беременности отмечена у 29 (4,8%) обследованных 1-й и 5 (3,3%) – 2-й группы, а гибель плода на поздних сроках гестации – соответственно у 8 и 1 женщины.

При повторном осмотре 122 (20,2%) пациенток с хроническим тонзиллитом установлено, что 25 (20,5%) из обследованных с гнойным содержимым нёбных миндалин не прошли назначенный курс промывания лакун, поэтому значительного уменьшения частоты выявления гнойного содержимого в лакунах при повторном осмотре не произошло. При этом у 10 пациенток с ухудшением течения хронического тонзиллита гнойного содержимого в лакунах при первичном осмотре не было. Это свидетельствует о необходимости динамического наблюдения оториноларингологом беременных с данной патологией.

Хронический тонзиллит выявлен у 80% беременных с жалобами на изменения со стороны верхних дыхательных путей, причем более чем в половине случаев определялось ухудшение его течения. Складывается впечатление, что патология верхних дыхательных путей развивается преимущественно у беременных с хроническим тонзиллитом, часто сочетаясь с патологией мочевыводящих путей и сердечно-сосудистой системы, что может стать предрасполагающим фактором к прерыванию беременности на более ранних сроках и инфицированию плаценты. Санацию нёбных миндалин следует осуществлять на этапе планирования беременности, что позволит снизить частоту осложнений в период гестации.

---

## Литература

1. Тулеутаева С.А., Ногаева М.Г., Амирова Л.Б. Хронический тонзиллит и беременность // *J. Medicina (Almaty)*. – 2015; 10 (160): 89–92.
2. Мышенцева, С.Е., Барышевская Л.А., Тарасова Н.В. Хронический тонзиллит как причина невынашивания беременности // *Рос. оториноларингол.* – 2006; 2: 57–60.
3. Славский А.Н. Роль хронического тонзиллита в формировании патологии репродуктивной системы у женщин детородного возраста // *Вестн. оториноларингол.* – 2009; 4: 40–4.
4. Овчинников А.Ю., Славский А.Н., Фетисов И.С. Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания // *Рус. мед. журн.* – 1999; 7: 4.
5. Долина И.В. Определение тактики ведения беременных с хроническим тонзиллитом в зависимости от микробной флоры // *Медицинский журнал.* – 2016; 2: 69–72.
6. Bánhidý F., Acs N., Puhó E. et al. Maternal acute respiratory infectious diseases during pregnancy and birth outcomes // *Eur. J. Epidemiol.* – 2008; 23 (1): 29–35.
7. Рябова М.А., Василевский Д.И., Пестакова Л.В. Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на состояние верхних дыхательных путей // *Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae.* – 2016; 22 (4): 91–9.
8. Косяков С.Я., Анготоева И.Б., Мулдашева А.А. Противоречивость современных представлений о проблеме хронического тонзиллита // *Медицинский совет.* – 2015; 3: 35–9.

---

## PREGNANCY AND CHRONIC TONSILLITIS

*Professor M. Ryabova, MD; N. Shumilova, Candidate of Medical Sciences; L. Pestakova*  
*Academician I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University*

*Chronic tonsillitis is detected in 80% of pregnant women with upper respiratory complaints and frequently associated with urinary tract and cardiovascular system problems and may contribute to miscarriage.*

**Key words:** otorhinolaryngology, chronic tonsillitis, pregnancy.