

УДК 616.322-002.2-08-06

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-1-93-97>

Опыт диагностики и лечения пациентки с осложнениями хронического тонзиллита

Т. Г. Пелишенко¹, Т. А. Лазарчик¹

¹ Клиническая больница № 1 Управления делами Президента Российской Федерации, Москва, 121352, Россия

В статье представлен клинический случай одного из осложнений хронического тонзиллита, потребовавшего проведения дифференциальной диагностики. Отображена клиническая картина, начиная с дебюта заболевания; представлены результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, на основании которых поставлен заключительный диагноз. Представлены результаты патогистологического исследования.

Ключевые слова: небные миндалины, хронический тонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, новообразование.

Для цитирования: Пелишенко Т. Г., Лазарчик Т. А. Опыт диагностики и лечения пациентки с осложнениями хронического тонзиллита. *Российская оториноларингология*. 2023;22(1):93–97. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-1-93-97>

Experience in diagnosis and treatment of patient with complications of chronic tonsillitis

T. G. Pelishenko¹, T. A. Lazarchik¹

¹ Clinical Hospital N 1 of Presidents Administration of Russian Federation, 121352, Moscow, Russia

The article presents a clinical case of one of the complications of chronic tonsillitis, which required differential diagnosis. The clinical picture is displayed, starting from the onset of the disease, the results of laboratory and instrumental methods of research are presented, on the basis of which a diagnosis was made. The results of pathohistological examination are presented.

Keywords: palatine tonsils, chronic tonsillitis, paratonsillar abscess, neoplasm.

For citation: Pelishenko T. G., Lazarchik T. A. Experience in diagnosis and treatment of patient with complications of chronic tonsillitis. *Russian Otorhinolaryngology*. 2023;22(1):93-97. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-1-93-97>

Введение

Проблема лечения хронического тонзиллита остается актуальной в наши дни, так как заболеваемость хроническим тонзиллитом варьирует от 4 до 31% населения [2, 3, 5]. Кроме того, за последние десятилетия отмечается неуклонный рост местных осложнений хронического воспаления небных миндалин. Часто при очередном обострении пациенты, длительное время страдающие хроническим тонзиллитом, начинают самостоятельное местное лечение, а в некоторых случаях – антибактериальную терапию, что может привести к опасным местным и системным осложнениям. В 10,8% случаев хронический тонзиллит вызывает такие опасные осложнения, как паратонзиллит, парафарингит, флегмона клетчаточных пространств шеи, медиастенит [1, 4].

Пациент и методы исследования

Пациентка М., 42 лет, обратилась за консультацией в ФГБУ «КБ № 1» УДП РФ. При осмотре: общее состояние пациентки удовлетворительное, температура тела 36,7 °С.

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение: активное. Конституция: нормостеническая.

При осмотре предъявила жалобы: на ощущение боли в горле, преимущественно слева, усиливающейся при глотании, ограничение открывания рта.

Из анамнеза было известно, что впервые выраженный болевой синдром в горле и субфебрилитет появился около 2 месяцев назад. В анамнезе у пациентки 3 года назад левосторонний паратонзиллярный абсцесс, проведено хирургическое лечение.

ческое лечение – вскрытие абсцесса, от удаления небных миндалин пациентка отказалась. Ранее данная пациентка наблюдалась у врача-оториноларинголога по поводу хронического тонзиллита, проходила курсы промывания лакун миндалин, с положительным эффектом – ремиссия была около 6 месяцев. 2 месяца назад при появлении болей в горле самостоятельно начала полоскать горло водным раствором хлоргексидина, принимать нурофен, аугментин 1000 мг 2 раза в день 7 дней, без положительного эффекта. Через 7 дней из-за появления ограничения открывания рта пациентка обратилась к ЛОР-врачу по месту жительства, поставлен диагноз левосторонний паратонзиллярный абсcess, пациентке рекомендована госпитализация в стационар, от которой она отказалась, назначено лечение: авелокс 400 мг 1 раз в день 7 дней, полоскание глотки раствором оки, граммидин 1 таблетка 4 раза в день 5 дней. Данное лечение купировало болевой синдром, но незначительное затруднение открывания рта сохранялось. В течение 2 месяцев пациентка периодически принимала нурофен. В связи с рецидивом боли в горле, преимущественно слева, усиливающейся при глотании, пациентка направлена на консультацию в ФГБУ «КБ № 1» УДП РФ.

Из анамнеза жизни известно, что аллергологический анамнез не отягощен.

В анамнезе варикозное расширение вен нижних конечностей, состояние после оперативного вмешательства от 2002 года.

Объективно: при передней риноскопии преддверие носа было свободное, перегородка носа – искривлена незначительно в обе стороны, слизистая полости носа – розовая, в носовых ходах

отделяемое отсутствует, нижние носовые раковины были увеличены с двух сторон.

При фарингоскопическом исследовании отмечалась незначительная асимметрия паратонзиллярной области слева за счет новообразования левой миндалины, занимающего около половины тонзиллярной ниши. Новообразование левой миндалины розового цвета, около 2–2,5 см в диаметре, без признаков кровоточивости, мягкое при пальпации. Правая небная миндалина не увеличена, налетов нет.

По данным лабораторных методов исследования, проведенных амбулаторно за день до консультации (табл. 1, 2), в клиническом анализе крови отмечается повышение уровня моноцитов и эритроцитов, лейкоциты в пределах нормы.

На основании жалоб пациентки, данных анамнеза, объективного осмотра, фарингоскопической картины, лабораторных методов обследования поставлен предварительный диагноз: новообразование левой миндалины, хронический тонзиллит, ТАФ II.

Пациентке назначено дообследование: МРТ шеи с в/в контрастированием, клинический анализ крови в динамике, анализ крови на С-реактивный белок.

Результаты лабораторно-инструментальных методов обследования: МРТ шеи с контрастным усилением (рис.). Контраст: магневист 0,5 ммоль/мл 20 мл.

В проекции небной миндалины слева, медиальнее и книзу от него, выявляется объемное образование неправильной формы, с ровными четкими контурами, имеющее однородный гиперинтенсивный МР-сигнал на всех T2 ВИП и ги-

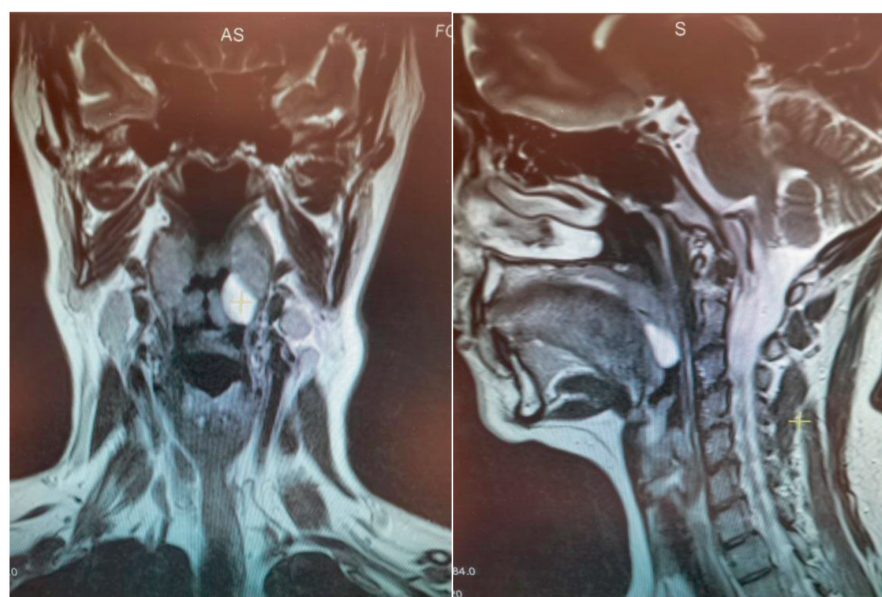


Рис. МРТ шеи с контрастным усилением
Fig. Neck MRI with contrast enhancement

Таблица 1

Клинический анализ крови

Table 1

Clinical blood test

Показатель	Значение	Норма	Ед. изм.
Лейкоциты (WBC)	7,86	4–9	Е+9 /л
Нейтрофилы (NEU#)	4,78	1,8–7,7	Е+9 /л
Нейтрофилы (NEU%)	60,8	47–72	%
Моноциты (MONO#)	↑ 0,83	0,1–0,6	Е+9 /л
Моноциты (MONO%)	10,6	3–11	%
Базофилы (BASO#)	0,03	0–0,08	Е+9 /л
Базофилы (BASO%)	0,4	0–1	%
Эозинофилы (EO#)	0,08	0,02–0,5	Е+9/л
Эозинофилы (EO%)	1	0,5–5	%
Нейтрофилы сегментоядерные (neu segmented)	57	47–72	%
Нейтрофилы палочкоядерные (neu stab)	<5	До 6	%
Незрелые гранулоциты (IG#)	0,01		
Незрелые гранулоциты (IG%)	0,1	0–0,2	%
Лимфоциты с высокой флюоресценцией (HFLC%)	0		%
Лимфоциты с высокой флюоресценцией (HFLC#)	0		
Нейтрофилы, без незрелых гранулоцитов (NEU%&)	60,7		%
Нейтрофилы, без незрелых гранулоцитов (NEU#&)	4,77		
Лимфоциты, без незрелых гранулоцитов (LYM#&)	2,14		
Лимфоциты (LYM#)	2,14	1,2–3	Е+9/л
Лимфоциты (LYM%)	27,2	19–37	%
Тромбоциты (PLT)	253	180–320	Е+9 /л
Тромбокрит (PCT)	0,26	0,15–0,4	%
Относ. кол-во крупных тромбоцитов (P-LCR)	24,9	13–43	%
Средний объем тромбоцита (MPV)	10,1	7,4–10,4	фл
Ширина распр. тромбоцитов (PDW)	10,9	10–20	%
Гемоглобин (HGB)	152	130–160	г/л
Эритроциты (RBC)	↑	5,11	4–5
Средний объем эритроцитов (MCV)	85,3	80–100	фл
Гематокрит (HCT)	43,6	40–48	%
Среднее содержание гемоглобина (MCH)	29,7	27–31	пг
Средняя концентрация гемоглобина (MCHC)	349	300–380	г/л
Ширина распр. эр-тов (коэфф. вариации) (RDW-CV)	12,5	11,5–14,5	%
Ширина распр. эр-тов (стандартная девиация) (RDW-SD)	37,9	35–60	фл
СОЭ по Вестергрену	10	0–15	мм/ч

Таблица 2

Микробиологическое исследование мазка из зева

Table 2

Microbiological examination of a throat swab

Показатель	Значение	Ед. изм.
<i>Staphylococcus hominis</i>	> 1 · 10 ⁴	КОЕ/мл
Грам+	Рост обнаружен	КОЕ/мл
Грибы	Рост не обнаружен	КОЕ/мл

поинтенсивный МР-сигнал на T1 ВИП, размерами 13×15×27 мм.

После контрастного усиления отмечается накопление контрастного препарата капсулой образования. В контрольном клиническом анализе крови без существенных изменений. С-реактивный белок – 43,10 мг/л.

В плановом порядке пациентке проведена операция: удаление новообразования левой миндалины, двусторонняя тонзиллэктомия. В ходе оперативного пособия новообразование левой небной миндалины удалено единым блоком вместе с миндалиной, при разрезе удаленного новообразования левой миндалины – получено гнойное отделяемое, проведена ревизия левого паратонзиллярного пространства, удалена правая небная миндалина. Удаленный макропрепарат отправлен на патогистологическое исследование, препарат подготовлен и окрашен гематоксилином и эозином.

В послеоперационном периоде пациентке была назначена медикаментозная терапия: цефтриаксон 1,0 2 раза в день в/в стр., микосист 50 мг 1 раз в день, кетопрофен 2,0 при болях.

Субъективно: боль в горле (учитывая хирургический фактор) у пациентки уменьшилась на 5-е сутки после операции, на 14-е сутки болевой синдром купирован. В данном клиническом случае болевой синдром оценивали ежедневно с помощью визуально-аналоговой шкалы от 0 до 10, где 0 – болевой синдром отсутствует, 10 – болевой синдром очень сильный. При возникновении необходимости в обезболивании пациентке вводили кетонал 2 мл в/м. Постепенно необходимость в анальгетиках уменьшилась.

Результаты

Объективно на 2-е сутки после операции реактивные явления в ротоглотке уменьшились, ниши миндалин симметричные, без признаков воспаления заживали вторично под фибрином.

Лабораторно на 2-е сутки после операции отмечалась положительная динамика: снижение уровня С-реактивного белка – 8 мг/л. Далее через 2 дня уровень С-реактивного белка составил 4,66 мг/л. В клиническом анализе крови – патологических изменений выявлено не было.

Гистологическое исследование операционного материала показало следующее.

Микроописание:

1) в фрагментах левой небной миндалины гиперплазия лимфоидных фолликулов и парафол-

ликулярной лимфоидной ткани; кистозная полость, стенки которой выстланы многослойным плоским эпителием, местами грануляционной тканью; в мелких сосудах фиброз и гиперплазия эндотелия.

2) в фрагментах миндалины лимфоидные фолликулы мелкие, центры размножения едва просматриваются, отмечаются гиперплазия парафолликулярной лимфоидной ткани и картина продуктивного васкулита.

Пациентка выписана на 3-и сутки после хирургического лечения.

Обсуждение

Клиническая значимость данного наблюдения состоит в том, что предоперационное обследование пациентки при проведении дифференциальной диагностики позволило поставить и в дальнейшем подтвердить диагноз: новообразование левой миндалины, хронический тонзиллит, ТАФ II. Клинический анализ крови и фарингоскопическое исследование позволили исключить наличие у пациентки паратонзиллярного и интратонзиллярного абсцесса.

В свою очередь, МРТ шеи, именно с контрастированием, дало возможность исключить инвазию новообразования в прилежащие ткани и подтвердить наличие полостного новообразования, содержащего жидкостной компонент. Морфологическое исследование выявило: новообразование представляло собой кистозную полость, заполненную гнойным содержимым, что объясняет затруднение открывания рта.

Выводы

1. У данной пациентки после 2 курсов антибактериальной терапии воспалительный процесс не был купирован, но острое воспаление уменьшилось.

2. Хирургическое лечение с последующим патогистологическим исследованием позволило верифицировать нагноившуюся кисту (пиоцеле) небной миндалины и поставить окончательный диагноз.

3. Удаление новообразования левой небной миндалины с одномоментной тонзиллэктомией позволило исключить у данной пациентки в дальнейшем риск возникновения местных гнойно-воспалительных осложнений хронического тонзиллита.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кислова Н. М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-стационаре: дис. ... канд. мед. наук. М., 2002.
2. Крюков А. И., Изотова Г. Н., Захарова А. Ф., Чумаков П. Л., Киселева О. А. Актуальность проблемы хронического тонзиллита. *Вестник оториноларингологии*. 2009;5:4–6.

3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология: учебник. М.: Медицина, 2007. 576 с.
4. Чистякова В. Р. Ангина и хронический тонзиллит (аналитический обзор). *Вестник оториноларингологии*. 2012;1:68–76. <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2012/1/downloads/ru/030042-46682012122>
5. Шахметова К. С. Возможности проводниковой анестезии при плановой двусторонней тонзиллэктомии. *Российская оториноларингология*. 2004;1:118–120.

REFERENCES

1. Kislova N. M. The structure of urgent pathology and the provision of emergency care to patients in the ENT hospital: dis. ... cand. med. sciences. M., 2002. (In Russ.).
2. Kryukov A. I., Izotova G. N., Zakharova A. F., Chumakov P. L., Kiseleva O. A. The relevance of the problem of chronic tonsillitis. *Bulletin of otorhinolaryngology*. 2009;5:4-6. (In Russ.).
3. Palchun V. T., Magomedov M. M., Luchikhin L. A. Otorhinolaryngology. Moscow: Medicine, 2007. 576 p. (In Russ.).
4. Chistyakova V. R. Angina and chronic tonsillitis (analytical review). *Vestnik otorinolaringologii*. 2012;1:68-76. (In Russ.). <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2012/1/downloads/ru/030042-46682012122>
5. Shahmetova K. S. Possibilities of conductor anesthesia during planned bilateral tonsillectomy. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2004;1:118-120. (In Russ.).

Информация об авторах

Пелищенко Татьяна Георгиевна – кандидат медицинских наук, врач-оториноларинголог, заведующий отделением оториноларингологии, Клиническая больница № 1 Управления делами Президента РФ (121352, Россия, Москва, Старовольнская ул., д. 10); e-mail: doctor217@mail.ru

Лазарчик Татьяна Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач-оториноларинголог, Клиническая больница № 1 Управления делами Президента РФ (121352, Россия, Москва, Старовольнская ул., д. 10); e-mail: zvereva_tanya@list.ru

Information about authors

Tat'yana G. Pelishenko – MD Candidate, Otorhinolaryngologist, Head of the Department of Otorhinolaryngology, Clinical Hospital no1 of Presidents Administration of Russian Federation (10, Starovolynskaya str., Moscow, Russia, 121352); e-mail: doctor217@mail.ru

Tat'yana A. Lazarchik – MD Candidate, Otorhinolaryngologist, Clinical Hospital no1 of Presidents Administration of Russian Federation (10, Starovolynskaya str., Moscow, Russia, 121352); e-mail: zvereva_tanya@list.ru

Статья поступила 23.11.2023

Принята в печать 25.01.2023