

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ТОНЗИЛЛОГЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ БОЛЬШИХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ

М.В. Насыров<sup>1</sup>, К.К. Бакиева<sup>2</sup>, А.К. Тилемишова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),

<sup>2</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: nasyrov\_mv@mail.ru*

*kalyska\_92@mail.ru*

*azizatilemishova@gmail.com*

**Резюме:** В данной статье представлен клинический случай редко встречающегося регионарного осложнения хронического тонзиллита – гнойного сиалоаденита, тактика ведения и разбор клинического наблюдения.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, осложнения, сиалоаденит, лимфаденит.

## СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН ЧОН ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ТОНЗИЛЛОГЕНДИК СЕЗГЕНҮҮСҮНҮ

М.В. Насыров<sup>1</sup>, К.К. Бакиева<sup>2</sup>, А.К. Тилемишова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кыргыз-Россия Славян университетитин (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),

<sup>2</sup>И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Алдынкы макалада сейрек кездешкен клиникалык окуя, өнөкөт тонзиллиттин жергиликтүү катаалдашуусу болгон – ириндүү сиалоаденит келтирилген. Клиникалык көзөмөлдө жана тактика менен ниш жүргүзүү.

**Негизги создор:** өнөкөт тонзиллит, фарингит, штамм, антибиотикке болгон туруктуулук.

## RARE CASE OF TONSILLOGENIC DAMAGE OF GREAT SALIVARY GLANDS (CLINICAL CASE)

M.V. Nasyrov<sup>1</sup>, K.K. Bakieva<sup>2</sup>, A.K. Tilemishova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kyrgyz-Russian Slavic University (rector - Ph.D., Prof. Nifadev V.I.),

<sup>2</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector - Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.),

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** This article presents a clinical case of a rare regional complication of chronic tonsillitis - purulent sialadenitis, tactics of introduction and analysis of clinical observation.

**Key words:** chronic tonsillitis, complications, sialadenitis, lymphadenitis.

Хронический тонзиллит (ХТ) занимает ведущее место в структуре заболеваний ЛОР органов. По данным различных авторов более 100 соматических заболеваний могут быть сопряжены с ХТ [1, 2, 3, 4]. На сегодняшний день отмечается рост числа гнойных осложнений ХТ, что связано с факторами

устойчивости возбудителей, а также иммунного статуса больных и др. [3, 4, 5].

По статистическим данным у 40–69 % пациентов, переболевших различными формами тонзиллита, на фоне состоянии предполагаемого иммунодефицита возникают регионарные осложнения, такие как паратонзиллит, паратонзиллярный,

ретрофарингеальный абсцесс, флегмона шеи, медиастинит, паротидомегалия, сиалоаденит, лимфаденит и другие, что позволяет считать возникновение тонзиллит-индуцированных осложнений одним из самых urgentных состояний [3, 4]. В итоге, местные инфильтративно-гнойные осложнения в зоне головы и шеи, при тонзиллитах встречаются у 9,5 % заболевших той или иной формой тонзиллита и в 35,4 % случаев развивается на фоне хронического тонзиллита [4, 5, 6]. Возникновение тонзиллит-индуцированных осложнений является весьма важной проблемой, порой с непредсказуемыми последствиями. Диагностика паратонзиллита, паратонзиллярного и ретрофарингеального абсцесса обычно не представляет трудностей [6]. Однако при генерализации инфекции в зубочелюстно-эндокринную систему, когда может развиваться дуктогенный гнойный сиалоаденит или же реактивный лимфаденит на фоне обострения хронического тонзиллита, что может создать диагностические трудности.

Слюнные железы и слюна относятся к факторам локальной антибактериальной резистентности, гемокоагулирующей и антитриптической систем ротоглотки, регулирующих гомеостаз внутренней среды организма [6, 7, 8, 9]. Причиной поражения слюнных желез могут быть воспалительные, посттравматические, дистрофические, опухолевые процессы, что сопровождается отеком желез и нарушением секреции слюны. [9, 10, 11, 12]. На фоне сиалоаденомегалии (паротидомегалии) отмечают снижение или полное отсутствие слюноотделения, качество слюны изменяется, развивается дисхилия. На поздних стадиях присоединяется тонзиллогенная или одонтогенная инфекция с развитием паренхиматозного или интерстициального сиалоаденита.

Такие заболевания, своевременно не диагностированные и адекватно не леченные, дают высокий процент смертности в результате развития сепсиса, медиастинита и других осложнений [13, 14].

Приводим клинический случай гнойного сиалоаденита слева тонзиллогенного генеза.

*Больная Р., 78 лет (ист.бол. №9216/720) поступила в ЛОР-отделение Национального Госпиталя при МЗКР с жалобами на боли в горле, затруднение глотания, повышение температуры тела до 39°C, асимметрию лица, опухолевидное образование левой околоушной области, общую слабость.*

**Из анамнеза:** со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение 4-х дней. Обратилась к ЛОР-врачу по месту жительства, которым был выставлен диагноз «Фолликулярная ангина». Назначенное лечение без особого эффекта. В связи с нарастанием интенсивности боли и отека околоушной области, больная была направлена в ЛОР отделение НГ МЗКР.

**Локальный статус:** При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица, за счет отека околоушной и подчелюстной области слева, кожа над ним не изменена. При пальпации плотноэластической консистенции, умеренно болезненное, неподвижное, размером 4х6 см, овальной формы.

При орофарингоскопии рот открывает с небольшим ограничением, в связи с тризмом жевательной мускулатуры. Язык слегка смещен вправо. В паратонзиллярной области слева отмечается резкое выбухание небной миндалины и околоминдаликовой клетчатки слева.

В амбулаторных условиях произведена контрольная диагностическая пункция околоминдаликовой области, было получено около 5 мл густого гноя со зловонным запахом. После предварительной анестезии произведен дугообразный разрез, получен гной 15 мл, при расширении раны полость околоминдаликовой клетчатки оказалась глубокой, после частичного удаления некротических масс и геморрагических сгустков обнаружены ходы вверх и в сторону нижнелатеральной стенки глотки.

Назначена антибактериальная, десенсибилизирующая, противовоспалительная и симптоматическая терапия.

**УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (в день поступления в стационар):** Околоушная и подчелюстные слюнные железы не увеличены, паренхима обычной акустической плотности, интрагландулярные слюнные протоки и общий слюнный проток не расширены, очаговой патологии не выявлено. При доплеровском картировании гиперемии паренхимы железы не выявлено. Левая жевательная мышца утолщена, в толще определяется коллектор жидкости с неоднородным содержимым размером 16х5мм. В мягких тканях подчелюстной области определяется отек подкожно жировой клетчатки, а также увеличенные лимфатические узлы с сохраненной структурой воротных синусов размерами 13,5х6мм и 16х5х6,5мм.

Патологически измененные, увеличенные лимфатические узлы с обеих сторон не визуализируются.

Заключение: данные за миозит жевательной мышцы слева, коллектор жидкости может соответствовать гематоме, не исключается инфицирование, лимфаденопатию подчелюстных лимфатических узлов слева.

**Консультация челюстно-лицевого хирурга:** Острый серозный паротит слева. Острый серозный лимфаденит подчелюстной области слева.

**Консультация инфекциониста:** Силоаденит слева.

На пятые сутки при внешнем осмотре отек околоушной области сохраняется, при пальпации плотноэластической консистенции, умеренно болезненны, размером 4х3см. В левой подчелюстной области пальпируется болезненный лимфоузел размером 1,0х1,0см.

При орофарингоскопии рот открывает с незначительным ограничением, в левой паратонзиллярной области имеется разрез, откуда дренируется гной с неприятным запахом.

В общем анализе крови отмечается сдвиг лейкоформулы влево, пятикратное ускорение СОЭ. Другие клинические анализы в пределах нормы.

**УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (повторное):** Жевательная мышца слева утолщена, в толще определяется коллектор жидкости без четких контуров размерами 48х9,5мм, с неоднородным содержимым и гиперэхогенными включениями с дорсальными реверберациями в виде «хвоста кометы» (хвост).

Заключение: данные абсцесс жевательной мышцы слева.

**Консультация челюстно-лицевого хирурга:** Острый серозный паротит слева. Острый серозный лимфаденит подчелюстной области слева.

Рекомендовано:

1. Бужирование протока околоушной слюнной железы. При бужировании протока получена вязкая застойная слюна, произведена инстиляция протока физиологическим раствором.

2. УЗИ контроль в динамике.

На десятые сутки при внешнем осмотре отек околоушной и подчелюстной области заметно увеличился, при пальпации плотноэластической консистенции, болезненны. При орофарингоскопии рот открывает с незначительным ограничением, отек левой паратонзиллярной клетчатки уменьшился, дренируется гной в незначительном количестве.

В общем анализе крови сдвиг лейкоформулы влево и ускорение СОЭ сохраняется. Другие клинические анализы в пределах нормы.

**УЗИ подчелюстной и околоушной области слева (рис.1):** Справа околоушная слюнная железа без особенностей. Паренхима левой околоушной слюнной железы выглядит отекающей, рядом с железой в мягких тканях щечной, околоушной, поднижнечелюстной области определяется жидкостный коллектор 51,2х19,4мм с неоднородным содержимым, перифокально определяется усиленный кровоток. Определяются увеличенные верхнеаремные лимфатические узлы до 17,5 х 7,7мм с сохраненным воротным синусом.

Заключение: данные за абсцесс околоушно-жевательной области слева с реактивной шейной лимфаденопатией.

**Консультация челюстно-лицевого хирурга:** Абсцесс околоушной железы слева. Рекомендовано оперативное лечение в экстренном порядке.



Рис. 1. УЗИ околоушной области б-й Р., 78 лет.

В стационаре была произведена операция (рис. 2) – получен гной густой консистенции, около 30мл, со зловонным запахом.



Рис. 2. 5-е сутки после вскрытия абсцесса околоушной слюной железы слева.

**Клинический диагноз:** Паратонзиллярный абсцесс слева. Острый гнойный сиалоаденит слева. Острый серозный подчелюстной лимфаденит слева.

Была произведена операция «Вскрытие паратонзиллярного абсцесса слева. Ревизия глубоких клетчаточных пространств околоушной области со вскрытием околоушных и нижнечелюстных слюнных желез». Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ежедневно производилось дренирование раны паратонзиллярной клетчатки, также перевязки околоушной области слева. С момента поступления больной проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

**Бактериологическое исследование гноя из паратонзиллярной области слева (раневого отделяемого) №793** выявлен *Pseudomonas aeruginosa*  $10^5$ , *Candida*  $10^7$ .

**Бактериологическое исследование гноя из околоушной области слева гноя (раневого отделяемого) № 169** в материале обнаружен *E. Coli*.

**Цитологическое исследование некротических и казеозных масс из паратонзиллярной клетчатки слева:** в материале клетки плоского эпителия, лимфоидные клетки разного ряда.

**Цитологическое исследование секрета слюнных желез** определяли оксифильную субстанцию, чешуйки и клетки плоского эпителия, лимфоидные элементы, нейтрофилы, клетки цилиндрического эпителия.

На 18-е сутки с рекомендациями больная выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Во время повторного осмотра при орофарингоскопии пациент рот открывает в полном объеме, небные миндалины и задняя стенка глотки без признаков воспаления, проводили бужирование главных выводных протоков слюнных желез, массаж, инстилляцию в протоковую систему масла плодов шиповника до 0,5 мл. Назначали отвар плодов шиповника по 200 мл в течение 3-4 недель. Контрольный осмотр совместно с челюстно-лицевым хирургом назначали через 10 дней. Через 10 дней пациентка отмечала улучшение состояния, незначительные, периодические тянущие боли в околоушных областях. При осмотре определяли невыраженную инфильтрацию околоушных слюнных желез, пальпаторно железы безболезненны, эластической консистенции, без очагов уплотнения. При орофарингоскопии рана в паратонзиллярной области гранулирована, задняя стенка глотки спокойна. В полости рта достаточное количество ротовой жидкости, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Устья выводных протоков визуально определялись, при зондировании главные выводные протоки легко проходимы, безболезненны. При массаже желез выделялась прозрачная слюна. Количество ротовой жидкости при сиалометрии составляло  $4,3 \pm 0,1$  мл. Ротовая жидкость пенистая, мутная. Секреторная функция слюнных желез не отличалась от показателей нормы: количество секрета из околоушных желез без стимуляции слюноотделения –  $0,42 \pm 0,1$  мл, из поднижнечелюстных желез –  $0,51 \pm 0,1$  мл секрета. При стимуляции слюноотделения из околоушных желез выделялось  $2,05 \pm 0,4$  мл, из

поднижнечелюстных желез – 1,0±0,1 мл. Секрет прозрачный, обычной вязкости.

Таким образом, наблюдаемый нами клинический случай показывает топографическую взаимосвязь лимфаденоидного кольца и больших слюнных желез, что может служить ярким примером декомпенсации хронического тонзиллита инфильтративно-гнойными осложнениями по типу паратонзиллярного абсцесса и тонзиллогенного гнойного сialoadenита. Категория таких пациентов, имеющих признаки декомпенсации тонзиллита, подлежат адекватному хирургическому лечению.

### Литература

1. Чумаков, П.Л. Анализ лечебно-диагностической тактики при хроническом тонзиллите в условиях крупного промышленного города: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 13.01.03 / Чумаков П.Л. : Московский научно-практический центр оториноларингологии. – Москва: Б.и., 2013. – 19 с.
2. Противовоспалительные цитокины в слюнном секрете больных хроническим сialoadenитом / [А.С. Алейников и др.] // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. - 2014. - Т. 19. - № 6. - С. 1909-1914.
3. Насыров, М.В. Влияние глюкокортикоидов на функцию небных миндалин и периферический анализ крови / М.В. Насыров, К.К. Бакиева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2018. - № 12-1. - С. 51-55.
4. Smiyan, O.I. Effect of acidolac junior on intestinal microflora of children with chronic tonsillitis / O.I. Smiyan, Yu.A. Mozgova, O.P. Moshchych // Здоровье ребенка. - 2013. - № 7 (50). - С. 20-24.
5. Мирзакулова, У.Р. Состояние металлопротеида лактоферрина и среднемолекулярных пептидов слюны при хроническом паренхиматозном сialoadenите / У.Р. Мирзакулова, В.П. Русанов, М.И. Вансванов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2017. - № 6. - С. 40-42.
6. Шаяхметов, Д.Б. Выявление клинически скрыто протекающего сialoadenита методом анкетирования / Д.Б. Шаяхметов, А.Ж. Нурбаев, Н.С. Касенова // Наука, техника и образование. - 2016. - № 10 (28). - С. 86-90.
7. An unusual case of bilateral submandibular sialolithiasis / [J.P. Kim et al.] // J Med Cases. - 2012. - Vol. 3. - P. 106-109.
8. Risk factors for pediatric posttonsillectomy hemorrhage / [Z.Z. Spektor et al.] // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. - 2016. - Vol. 84 - P. 151-155.
9. Sialadenitis of left submandibular salivary gland associated with giant sialolith / [S.S. Hedge et al.] // Indian J Med Res Pharm Sci. - 2014. - Vol. 1 - P. 43-47.
10. Челябин, Э.А. Тонзиллогенный медиастинит / Э.А. Челябин, А.Е. Завьялов, В.В. Куринский // Научный альманах. - 2017. - № 1-3 (27). - С. 252-255.
11. Свистушкин, В.М. Парафарингит, тонзиллогенный сепсис: особенности патогенеза, клиническая картина и современные представления о лечении / В.М. Свистушкин, Д.М. Мустафаев // Вестник оториноларингологии. - 2013. - № 3. - С. 29-34.
12. Jayachandran, S.S. Giant submandibular sialolith presenting with sialocutaneous and sialo-oral fistula. A case report and review of literature / S.S. Jayachandran, K.K. Bakyalakshmi, K.S. Singh // J Indian Acad Oral Med Radiol. - 2011. - Vol. 23 (3) – P. 491-494.
13. Буркутбаева, Т.Н. Дифференциальная диагностика одонтогенных и тонзиллогенных паратонзиллярных абсцессов / Т.Н. Буркутбаева, А.М. Сабданалиев, Ю.А. Менчишева // J Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. - 2015. - Т. 21. - № 2. - С. 32-33.
14. Карпищенко, С.А. Тонзиллит и тонзиллогенные заболевания / Г.В. Лавренова, С.В. Баранская // Вестник оториноларингологии. - 2016. - Т. 81. - № 4. - С. 69-71.