

УДК 616.322-031.64-002.36:616.314-06]-073.43  
DOI: 10.35693/2500-1388-2021-6-1-25-28

## Рецидивирующий паратонзиллит одонтогенной природы

А.Н. Чечко<sup>1</sup>, Т.Ю. Владимирова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «426 военный госпиталь» Минобороны России (Самара, Россия)

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (Самара, Россия)

### Аннотация

Рецидивирующий паратонзиллит вследствие среднего кариеса зубов встречается крайне редко. Пациенты с данной патологией поступают в оториноларингологический стационар, в большинстве случаев они не предъявляют жалоб одонтогенного характера. В настоящее время в алгоритм обязательного обследования пациентов с паратонзиллитом их осмотр врачом-стоматологом не входит. В данной статье представлено клиническое наблюдение рецидивирующего паратонзиллита у 22-летнего мужчины. Настоящее обращение являлось третьим в течение года. Заболевание протекало без признаков поражения небных миндалин. В связи с этим в ходе госпитализации пациента было проведено обследование, согласно клиническим рекомендациям, с проведением дополнительных методов исследования для верификации источника инфекции. Использовались неинвазивные методы диагностики для исключения абсцедирования паратонзиллита, а именно: трансоральное ультразвуковое исследование паратонзиллярной клетчатки. Было выявлено аномальное расположение ветвей наружной сонной артерии. Это обстоятельство определило выбор тактики лечения, исключив применение послабляющих разрезов в паратонзиллярной области. Выполнялось лабораторное исследование слюнной жидкости на определение активности  $\alpha$ -амилазы в ней, рН-метрия для исключения воспаления слюнных желез. В ходе дообследования была выявлена одонтогенная этиология паратонзиллита.

**Ключевые слова:** рецидивирующий паратонзиллит, трансоральное ультразвуковое исследование,  $\alpha$ -амилаза слюны, одонтогенный паратонзиллит.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

### Для цитирования:

Чечко А.Н., Владимирова Т.Ю. Рецидивирующий паратонзиллит одонтогенной природы. *Наука и инновации в медицине*. 2021;6(1):25-28. doi: 10.35693/2500-1388-2021-6-1-25-28

### Сведения об авторах

**Чечко А.Н.** – старший ординатор оториноларингологического отделения.

E-mail: chechko\_doctor@mail.ru

**Владимирова Т.Ю.** – к.м.н., доцент, заведующая кафедрой и клиникой оториноларингологии имени академика И.Б. Солдатова.

ORCID: 0000-0003-1221-5589

E-mail: vladimirovalor@yandex.ru

### Автор для переписки

Чечко Артем Николаевич

Адрес: ФГБУ «426 военный госпиталь» Минобороны России, ул. Невская, 2, г. Самара, Россия, 443110.

E-mail: chechko\_doctor@mail.ru

ОАК – общий анализ крови; АД – артериальное давление;

ЧСС – частота сердечных сокращений;

ЧДД – частота дыхательных движений;

УЗИ – ультразвуковое исследование.

**Рукопись получена:** 24.01.2021

**Рецензия получена:** 10.02.2021

**Решение о публикации принято:** 19.02.2021

## Recurrent paratonsillitis of odontogenic origin

Artem N. Chechko<sup>1</sup>, Tatyana Yu. Vladimirova<sup>2</sup>

<sup>1</sup>426 Military Hospital (Samara, Russia)

<sup>2</sup>Samara State Medical University (Samara, Russia)

### Abstract

The recurrent paratonsillitis caused by medium dental caries is an extremely rare condition. Patients with this pathology are admitted to otorhinolaryngological departments and in most cases they do not actively present odontogenic complaints. Currently, the algorithm for the mandatory examination of patients with paratonsillitis does not include an examination by a dentist.

This article presents a clinical case of recurrent paratonsillitis in a 22-year-old man. His admission due to this condition was the third during the year. The disease proceeded without signs of affection of the palatine tonsils. In this regard, the patient was examined according to clinical recommendations using additional research methods to verify the source of infection. To exclude the formation of peritonsillar abscess, the non-invasive diagnostic methods were used - transoral ultrasound of peritonsillar tissues.

This examination revealed an abnormal arrangement of the external carotid artery branches. This circumstance determined the choice of treatment tactics, excluding the use of relaxing incisions in the peritonsillar area. A laboratory study of saliva determined the activity of  $\alpha$ -amylase, pH value was measured to exclude an inflammation of the salivary glands. An additional examination revealed the odontogenic etiology of paratonsillitis.

**Keywords:** recurrent paratonsillitis, transoral ultrasound, salivary  $\alpha$ -amylase, odontogenic paratonsillitis.

**Conflict of interest:** nothing to disclose.

### Citation

Chechko AN, Vladimirova TYu. Recurrent paratonsillitis of odontogenic origin. *Science and Innovations in Medicine*. 2021;6(1):25-28. doi: 10.35693/2500-1388-2021-6-1-25-28

### Information about authors

**Artem N. Chechko** – chief resident of the Department of Otorhinolaryngology.

E-mail: chechko\_doctor@mail.ru

**Tatyana Yu. Vladimirova** – PhD, Associate professor, Head of the Department and Clinic of Otorhinolaryngology n.a. academician I.B. Soldatov.

ORCID: 0000-0003-1221-5589

E-mail: vladimirovalor@yandex.ru

### Corresponding Author

**Artem N. Chechko**

Address: 426 Military Hospital, 2 Nevskaya st., Samara, Russia, 443110.

E-mail: chechko\_doctor@mail.ru

**Received:** 24.01.2021

**Revision Received:** 10.02.2021

**Accepted:** 19.02.2021

## ■ ВВЕДЕНИЕ

В структуре гнойно-воспалительных заболеваний глотки паратонзиллит занимает одно из первых мест и возникает в большинстве случаев у людей трудоспособного возраста [1, 2]. Заболевание одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин. Частота рецидивов паратонзиллитов по данным литературы составляет 10–15% [3, 4]. Чаще причиной возникновения воспаления паратонзиллярной клетчатки выступает обострение хронического тонзиллита, но в ряде случаев источником инфекции могут выступать одонтогенная патология, инфекционные заболевания слюнных желез и травматическое поражение слизистой оболочки ротовой полости [5, 6, 7]. В доступной литературе статистические данные по одонтогенной этиологии указанных рецидивов отсутствуют.

Паратонзиллит может вызывать серьезные осложнения, такие как парафарингеальный абсцесс, некротический фасциит, флегмона шеи, гнойный медиастенит, сепсис [8, 9, 10]. Это объясняет актуальность ранней диагностики и лечения пациентов с данной патологией.

Особые сложности при лечении паратонзиллитов возникают при отсутствии убедительных данных за причинную связь с воспалением небных миндалин. В таком случае необходимо установить источник инфекции. Если источником инфекции является одонтогенный процесс в виде среднего кариеса зубов, при котором пациент может не предъявлять активно жалоб, то без осмотра и дальнейшей санации полости рта врачом-стоматологом воспалительный процесс окончательно не ликвидировать.

Приводим клиническое наблюдение в оториноларингологическом отделении ФГБУ «426 ВГ» Минобороны России.

## ■ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент М., 22 года, 18.11.2020 г. в 13:45 поступил в оториноларингологическое отделение с жалобами на слабость, повышение температуры тела до 37,0°C, боль в горле при глотании. По данным анамнеза 05.11.20 г. после питья холодной воды появились жалобы на повышение температуры тела до 37,0°C, боль в горле. Лечился самостоятельно с незначительным улучшением (полоскание горла раствором фурацилина 5 раз в день, прием вовнутрь по 1 таблетке кеторолака 1 раз в день). 18.11.2020 г. самостоятельно прибыл в ФГБУ «426 военный госпиталь» Минобороны России, осмотрен врачом-инфекционистом, лор-врачом. Установлен диагноз: правосторонний паратонзиллит. Пациент был госпитализирован в обсервационное отделение по экстренным показаниям с последующим переводом в отделение оториноларингологии после получения результатов обследования на COVID-19.

Из анамнеза известно, что с начала 2019 года отмечает периодически возникающую боль в области 1.7 зуба, за медицинской помощью к стоматологу не обращался. Ранее было 2 госпитализации в отделение оториноларингологии по поводу правостороннего паратонзиллита, в феврале 2019 и в марте того же года,

диагноз «хронический тонзиллит» не устанавливался. Во время госпитализаций консультация стоматолога не выполнялась. Во время первой госпитализации проводилась пункция в правой паратонзиллярной области в месте наибольшего выбухания, отделяемое получено не было.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное, ЧСС – 69 ударов в минуту, ЧДД – 15 в минуту, АД 125/70 мм рт. ст. При осмотре носа, ушей, гортани – без особенностей. Мезофарингоскопия выполнена без затруднения, тризма жевательных мышц не отмечалось, слизистая задней стенки глотки гиперемирована. Асимметрия мягкого неба за счет резкого выбухания в правой паратонзиллярной области, правая небно-язычная дужка гиперемирована, отечная, флюктуации не отмечается, язычок сдвинут влево. Небные миндалины нормального цвета, плотные, в лакунах чисто. Плотание болезненное. В области 1.7 зуба отмечается кариозное поражение.

Анализы от 18.11.2020 г.: общий анализ крови (ОАК): лейкоциты 11,9 x 10<sup>9</sup>/л, лимфоциты – 16,9%, моноциты – 3,7%, гранулоциты – 79,4%. Коагулограмма: активированное время рекальцификации – 88 сек., ПТИ – 88%, количество фибриногена – 5,2 г/л, фибринолитическая активность – 8 мин., реакция кровяного сгустка – 43%, МНО – 1,11; АЧТВ – 28 сек. Биохимический анализ крови: белок общий – 75 г/л, мочевины – 6,4 ммоль/л, креатинин – 0,078 мкмоль/л, АЛТ – 27 Ед/л, АСТ – 22 Ед/л, билирубин общий – 15,3 мкмоль/л, билирубин прямой – 4,6 мкмоль/л, холестерин – 4,02 ммоль/л, глюкоза – 5,08 ммоль/л, СРВ – отрицательный. Общий анализ мочи: результаты в пределах нормы. Анализ мазка из зева и носа на дифтерию: дифтерийные палочки не выявлены. Ревматоидный фактор в ИФА Ig G: отрицательный, О-стрептолизин – 500 ме/мл. Рентгенография околоносовых пазух носа: пневматизация околоносовых пазух носа не нарушена. ЭКГ: ЧСС – 57 уд/мин; синусовый ритм. Брадикардия. Вертикальное положение ЭОС. Для дифференциальной диагностики с воспалением слюнных желез было проведено исследование активности α-амилазы слюны: альфа-амилаза – 60 Е/мл (верхняя граница нормы 530 Е/мл [11]). Ph слюны от 18.11.2020 г.: 8,0 (норма до 7,4 [11]).

Пациенту было назначено консервативное лечение: антибактериальная терапия – Sol. Cefatoximi 1,0 x 2 p/d в/м; Tab. Metronidazoli 0,25 по 1 таб. x 2 p/d, 3 дня; Tab. Fexofenadine 1 таб. x 1 p/d; Sol. NaCl 0,9% – 200 мл, Sol. Prednisoloni 60 мг в/в кап., местное лечение (полоскание глотки раствором фурацилина).

20.11.2020 г. общее состояние пациента удовлетворительное, отмечает улучшение общего самочувствия на фоне проводимого лечения, при объективном осмотре – без изменений. Получены результаты мазка из зева на микрофлору и чувствительность к антибиотикам, выявлен *Staphylococcus aureus* с титром в 10<sup>4</sup>.

21.11.2020 г. получены результаты исследования крови на антитела к n-CoV-2 (забор крови от 18.11.2020 г.): IgM и IgG – отрицательные. Пациент повторно осмотрен врачом-инфекционистом, данных

за коронавирусную инфекцию нет, переведен в оториноларингологическое отделение. Общее состояние удовлетворительное, жалобы на боль в горле, при объективном осмотре сохраняются воспалительные признаки в правой паратонзиллярной области, тризма жевательных мышц нет, отмечается положительная динамика в виде снижения гиперемии и отека.

Для исключения наличия паратонзиллярного абсцесса дополнительно к проведенным инструментальным исследованиям выполнено УЗИ паратонзиллярной клетчатки. При трансоральном ультразвуковом исследовании глотки в В-режиме и с цветным доплеровским анализом в правой паратонзиллярной области структура однородная, анэхогенные и гипоэхогенные очаги не определяются. Данных за абсцесс при ультразвуковом исследовании не выявлено. Визуализируются внутренняя сонная артерия и наружная сонная артерия. Выявлено anomальное расположение сосудов: ветви наружной сонной артерии находятся на глубине до 10 мм (рисунок 1).

УЗИ лимфатической системы шеи: в подчелюстной области справа гипоэхогенные лимфоузлы размерами от 5x3 мм, максимальным размером 21x12 мм; слева максимальным размером 16x8 мм. По боковой поверхности шеи с обеих сторон, латеральнее сосудистого пучка неизменной структуры размерами справа 6x3 мм, слева 6x3 мм. Нарушений структурности мягких тканей и в том числе других дополнительных образований не выявлено. Назначена консультация врача-стоматолога в связи с сохранением воспаления в правой паратонзиллярной области для исключения одонтогенной природы.

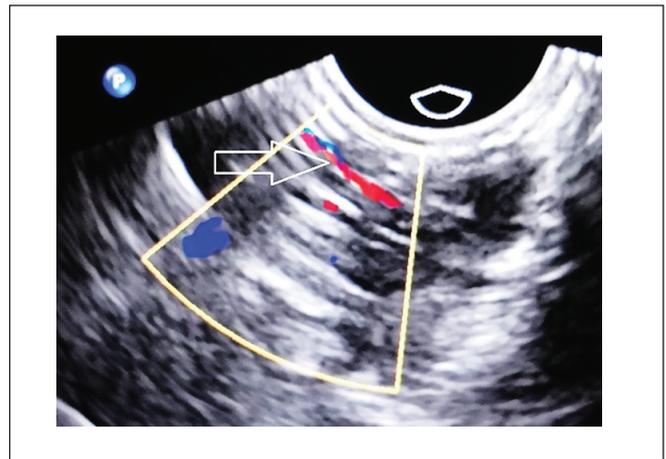
23.11.2020 г. общее состояние пациента удовлетворительное, жалобы на боль в горле сохраняются, объективный осмотр: без изменений. Осмотрен врачом-стоматологом, выставлен диагноз: средний кариес 1.7 зуба, выполнена санация полости рта.

В результате проведенного лечения пациент был выписан с выздоровлением на 14 сутки.

## ■ ОБСУЖДЕНИЕ

Как видно из приведенного выше наблюдения, данных за этиологическую связь паратонзиллита с воспалением небных миндалин выявлено не было, ранее диагноз хронический тонзиллит пациенту не выставлялся. Пациент на протяжении года поступал в оториноларингологическое отделение по поводу правостороннего паратонзиллита. В связи с отсутствием активных жалоб стоматологического характера не был установлен источник инфекции. Указанные причины привели к рецидивирующему характеру воспалительного процесса в паратонзиллярной клетчатке.

Во время настоящей госпитализации активно проводилась дифференциальная диагностика. Для исключения воспаления слюнных желез выполнялось исследование слюнной жидкости. Полученные результаты в пределах нормы, кроме незначительного повышения уровня рН слюны, что может быть связано с приемом пищи пациентом в день поступления в стационар. В ходе тщательного сбора жалоб, анамнеза



**Рисунок 1.** Визуализация ветви наружной сонной артерии на сонографическом изображении правой паратонзиллярной области.

**Figure 1.** Visualization of the branch of the external carotid artery on the sonographic image of the right paratonsillar area.

и объективного осмотра был выявлен кариес правого верхнего второго моляра на стороне поражения паратонзиллярной клетчатки. Вышеперечисленные данные указывают на одонтогенную причину воспаления.

Нужно отметить, что, согласно новым тенденциям в оториноларингологии, распространяется активная тактика хирургического лечения паратонзиллитов — абсцесстонзиллэктомия [12]. В нашем клиническом наблюдении такая тактика была бы абсолютно ошибочной.

Также стоит обратить внимание на данные ультразвукового исследования лимфатической системы шеи. Наблюдаются изменения лимфатических узлов не только на стороне поражения, но и на противоположной, что говорит о возможном поражении паратонзиллярной клетчатки противоположной стороны в дальнейшем в случае отсутствия лечения одонтогенной патологии.

Проведение трансорального ультразвукового исследования глотки позволило исключить признаки формирующегося абсцесса в паратонзиллярной области [13, 14]. В представленном клиническом наблюдении ветви наружной сонной артерии в паратонзиллярной клетчатке располагались на глубине до 10 мм, исследование проводилось в области наибольшего выбухания.

## ■ ВЫВОДЫ

1. При рецидивирующих формах паратонзиллита без признаков воспаления небных миндалин в первую очередь необходимо исключить одонтогенную патологию и инфекционные заболевания слюнных желез.

2. Включение в алгоритм диагностики рецидивирующих форм паратонзиллита неинвазивных методов: исследования уровня  $\alpha$ -амилазы слюны, рН-метрии слюны, трансорального ультразвукового исследования паратонзиллярной области и консультации врача-стоматолога — позволило уточнить этиологию и определиться с объемом лечебной тактики. ■

**Конфликт интересов:** все авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Slouka D, Hanakova J, Kostlivi T, et al. Epidemiological and Microbiological Aspects of the Peritonsillar Abscess. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(11):4020. doi: 10.3390/ijerph17114020 PMID: 32516939; PMCID: PMC7312574
2. Lepelletier D, Pinaud V, Le Conte P, et al. Peritonsillar abscess (PTA): clinical characteristics, microbiology, drug exposures and outcomes of a large multicenter cohort survey of 412 patients hospitalized in 13 French university hospitals. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2016;35(5):867-73. doi: 10.1007/s10096-016-2609-9. Epub 2016 Mar 4. PMID: 26942743
3. Nosulya EV, Kim IA, Vinnikov AK. Diseases of the pharynx. М., 2017. (In Russ.). [Носуля Е.В., Ким И.А., Винников А.К. Болезни глотки. М., 2017].
4. Allen DZ, Rawlins K, Onwuka A, Elmaraghy CA. Comparison of inpatient versus outpatient management of pediatric peritonsillar abscess outcomes. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;123:47-50. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.04.025. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31063948
5. Sanmark E, Wikstén J, Välimaa H, et al. Peritonsillar abscess may not always be a complication of acute tonsillitis: A prospective cohort study. *PLoS One*. 2020;15(4):e0228122. doi: 10.1371/journal.pone.0228122 PMID: 32243441; PMCID: PMC7122714
6. Kaltiainen E, Wikstén J, Aaltonen LM, et al. The presence of minor salivary glands in the peritonsillar space. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274(11):3997-4001. doi: 10.1007/s00405-017-4738-x Epub 2017 Sep 12. PMID: 28900734
7. Klug TE, Rusan M, Fuursted K, Ovesen T. Peritonsillar Abscess: Complication of Acute Tonsillitis or Weber's Glands Infection? *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2016;155(2):199-207. doi: 10.1177/0194599816639551 Epub 2016 Mar 29. PMID: 27026737
8. Klug TE, Greve T, Hentze M. Complications of peritonsillar abscess. *Ann Clin Microbiol Antimicrob*. 2020;19(1):32. doi: 10.1186/s12941-020-00375-x PMID: 32731900; PMCID: PMC7391705
9. Marella GL, De Dominicis E, Paliani GB, Santeusano G, Marsella LT, Potenza S. Necrotizing fasciitis. Possible profiles of professional liability with reference to two cases. *Ann Ital Chir*. 2018;89:70-74. PMID: 29629889
10. Martínez Pascual P, Pinacho Martínez P, et al. Peritonsillar and deep neck infections: a review of 330 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2018;84(3):305-310. doi: 10.1016/j.bjorl.2017.03.008 Epub 2017 Apr 9. PMID: 28442374
11. Biochemistry of the oral fluid in health and disease. Study guide for independent work of students in the specialty "Dentistry". Ed. Shestopalov AV. М.: ИКАР; 2017. (In Russ.). [Биохимия ротовой жидкости в норме и при патологии. Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов по специальности «Стоматология». Под ред. Шестопалова А.В. М., ИКАР; 2017].
12. Otorhinolaryngology: national guidelines. Ed. Palchun VT. М.: GEOTAR-Media; 2020. (In Russ.). [Оториноларингология: национальное руководство. Под ред. Пальчуна В.Т. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2020].
13. Hagiwara Y, Saito Y, Ogura H, et al. Ultrasound-guided needle aspiration of peritonsillar abscesses: utility of transoral pharyngeal ultrasonography. *Diagnostics (Basel)*. 2019;9(4):141. doi: 10.3390/diagnostics9040141 PMID: 31590411; PMCID: PMC6963430
14. Froehlich MH, Huang Z, Reilly BK. Utilization of ultrasound for diagnostic evaluation and management of peritonsillar abscesses. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2017;25(2):163-168. doi: 10.1097/MO0.0000000000000338 PMID: 28169864