



УДК: 616. 322–003. 7

НАБЛЮДЕНИЕ КАМНЯ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ**М. А. Калинин, С. С. Зарубин, С. В. Ружникова****SUPERVISION OF A STONE PALATAL TONSILL****M. A. Kalinin, S. S. Zarubin, With. V. Ruzhnikova***ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», г. Архангельск
(Ректор – академик РАМН, проф. П. И. Сидоров)*

Камни небных миндалин и паратонзиллярного пространства не редкость. Мелкие камни либо остаются незамеченными, либо не вызывают интереса у хирурга. Интерес представляют наблюдения крупных камней, которые могут либо симулировать опухолевое заболевание глотки, либо изменять типичное течение воспалительных заболеваний глотки, в частности хронического тонзиллита.

Наиболее часто камни образуются в таких органах человека как почки, желчный пузырь, слюнные железы. При сопоставлении данных об этиологии конкрементов разных органов можно выделить общие моменты. Так причинами возникновения мочекаменной болезни может быть снижение диуреза до 500 мл в условиях жаркого климата, что создает высокие концентрации литогенных веществ (солей) в моче, приводит к дегенеративным изменениям в почках и камнеобразованию. Биогеохимические факторы отрицательно влияют в основном за счет несбалансированного содержания в почвах и питьевой воде некоторых макро- и микроэлементов – кальция, магния, йода и, возможно, кремния. При дефиците магния в пищевых продуктах усиливается кристаллизация оксалатов кальция за счет недостаточности его содержания в моче, йодная недостаточность может отрицательно влиять на кальциевый обмен за счет воздействия на щитовидные железы, обмен кальцитонина и функцию паращитовидных желез. Неправильное однообразное питание с высоким содержанием белков, несбалансированное потребление кальция, пуринов, щавелевой кислоты (оксалатов), цитратов, щелочей и других веществ так же может приводить к высоким концентрациям соответствующих литогенных веществ в моче, изменениям ее pH, кристаллурии и камнеобразованию. Бесконтрольный прием цитратов (лимонной кислоты), большие дозы аскорбиновой кислоты провоцируют оксалатурию за счет повышенного эндогенного биосинтеза щавелевой кислоты, что увеличивает ее экскрецию почками с выделением оксалата кальция. Бесконтрольный прием сульфаниламидов, анальгетиков и некоторых антибиотиков может приводить к развитию некротических папиллитов, с последующей инкрустацией мочевых солей на почечных сосочках и камнеобразованием на них. Мочевая инфекция относится к сложным этиологическим и патогенетическим факторам мочекаменной болезни. Около 80% от всех типов мочевых камней составляют оксалаты и фосфаты, реже встречается мочекишное, уратное и цистиновое камнеобразование [3, 5].

Причины образования камней слюнных желез не вполне выяснены. Большое значение имеют изменения общего характера: нарушение минерального, главным образом кальциевого, обмена [4], а также нарушение секреторной функции слюнной железы, хроническое воспаление слюнных желез [2]. Форма камней различна. Камни, располагающиеся в области железы, округлые, нередко имеют неровную поверхность. Цвет слюнных камней желтоватый, иногда с сероватым оттенком, на распиле или шлифе удается обнаружить их слоистое строение. Слюнные камни состоят в основном из неорганических солей: кальция фосфата, кальция карбоната, следов калия, натрия и железа.

Единого мнения о происхождении камней небных миндалин нет. Некоторые исследователи считают, что камни миндалин образуются в результате петрификации содержимого лакун или вследствие неполного опорожнения паратонзиллярного абсцесса [7, 9].

Мы придерживаемся, теории возникновения камней в миндалинах, которая основана на доказательствах наличия эктопированных слюнных желез в миндалинах, в которых при наличии перечисленных выше неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов образуются конкременты.



В работах ряда авторов описана гистологически подтвержденная гетеротопия ткани слюнной железы. Так, И. Ф. Ромачева с соавт [2] указывают на дистопированную ткань слюнной железы в гортани, спинке языка, в области бифуркации сонной артерии, в толще нижней челюсти.

Ткань слюнной железы может быть дистопированной, либо как указывает В. П. Кулинич [6] железы являются добавочными слюнными железами и находятся среди лимфоэпителиальной ткани миндалин. По химическому составу и строению кристаллической решетки камни небных миндалин аналогичны камням слюнной железы. Таким образом, камни небных миндалин этиологически и патогенетически могут быть отнесены к патологии слюнных желез. В литературе описаны камни различной величины и плотности. В. П. Кулинич описывает два камня. Один камень из верхнего полюса миндалины серо-желтого цвета, почти округлой формы с шероховатой пористой поверхностью. Из нижнего полюса выделен камень коралловидной формы, кофейного цвета. Масса каждого из них соответственно 1250 и 50 мг [6]. С. Н. Мингалев наблюдал камень паратонзиллярного клетчаточного пространства размером 3,9 2,5×1,5 см, весом 2,44 г. Химический состав камня: соли кальция и магния [7]. А. П. Мишарин описал случай камня миндалины вес, которого 9,3 г. [8]. Н. Г. Журко обнаружил камень 23 г, размером 3,5×3,0 см, который симулировал рак глотки у пациентки 19 лет [1].

Таким образом, так как нет единого мнения о происхождении конкрементов мягких тканей глотки и тот факт, что камни изменяют течение некоторых заболеваний глотки, увводя врача от истины, каждое наблюдение камней глотки имеет интерес для практикующих оториноларингологов.

Приводим наше наблюдение.

Пациентка, 37 лет, госпитализирована в плановом порядке в ЛОР отделение с диагнозом: «Хронический декомпенсированный тонзиллит, частые рецидивы ангины», для оперативного лечения. На момент госпитализации жалобы на чувство «комка», инородного тела в горле, покальвание при глотании в глотке слева, неприятный запах изо рта. Из анамнеза стало известно, что данные проявления возникли, и постепенно нарастала их интенсивность в течение 10 лет, ранее ангинами не болела и в целом считала себя человеком вполне здоровым. Обратиться к отоларингологу заставило постоянное чувство инородного тела в горле.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°C. Соматический статус без особенностей. Общие анализы без отклонений от нормы. ЛОР органы: нос, гортань, уши – без патологических изменений. Глотка – слизистая оболочка розовая, гладкая, чистая, небные миндалины увеличены справа до I ст., слева II ст., слизистая оболочка розовая, лакуны расширены, местами миндалины спаяны с дужками, утолщены и инъецированы сосудами передние небные дужки. Выполнено плановое оперативное лечение: двусторонняя тонзиллэктомия под местной анестезией. Справа тонзиллэктомия без особенностей. Слева после выделения верхнего полюса миндалины, распатор уперся в каменной плотности тело и соскочил с характерным звуком «металл по камню». Камень отсепарован от ткани миндалины, удален, далее тонзиллэктомия без особенностей. Послеоперационный период без осложнений. Через две недели после выписки осмотрена в поликлинике. При фарингоскопии – слизистая оболочка глотки розовая, чистая, небные ниши небольших размеров, полностью эпителизированы, небные дужки имеют четкие контуры (рис.).



Рис. Камень левой небной миндалины.

Камень округлой формы, около 2 см в диаметре, снаружи имеет пористую структуру, соломенного цвета, местами бледно-зеленого цвета, на растипе имеет слоистое строение, белого цвета. Вес камня 3,8 г. Выполнен анализ камня в клинико-диагностической лаборатории. Состав камня: ураты, фосфаты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Журко Н. Г. Камень небной миндалины / Н. Г. Журко // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1961. – № 6. – С. 66–67.
2. Заболевания и повреждения слюнных желез / И. Ф. Ромачева, Л. А. Юдин, В. В. Афанасьев и др. – М.: Медицина, 1987. – 240 с.
3. Зикриллаев З. Материалы к изучению мочекаменной болезни в Бухарской области Узбекистана / З. Зикриллаев. – Ташкент, 1973. – 36 с.
4. Клементов А. В. Болезни слюнных желез / А. В. Клементов. – Л.: Медицина, 1975. – 112 с.
5. Колпаков И. С. Мочекаменная болезнь / И. С. Колпаков. – М.: Академия, 2006. – 224 с.
6. Кулинич В. П. Камни небной миндалины / В. П. Кулинич // Вестн. оторинолар. – 1979. – № 5. – С. 89.
7. Мингалев С. Н. Камень паратонзиллярного пространства / С. Н. Мингалев // Там же. – 1976. – № 4 – С. 81.
8. Мишарин А. П. Случай камня миндалины / А. П. Мишарин // Там же. – 1948. – № 5. – С. 84.
9. Проскуряков С. А. К вопросу о миндалинковых камнях / С. А. Проскуряков – Юбилейный сб., посвящ. Зимину. – Новосибирск: 1933. – С. 137–142.

УДК: 616. 329–001. 37–001. 5–053. 37

ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНИВШЕЕСЯ ХИМИЧЕСКИМ ОЖОГОМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ

Д. М. Мустафаев, В. М. Свистушкин, Л. Ю. Мусатенко,
С. Б. Цагадаева, О. К. Тимофеева, О. А. Носова

THE GULLET FOREIGN MATTER, BECOME COMPLICATED A CHEMICAL BURN AND PUNCHING

D. M. Mustafaev, V. M. Svistushkin, L. J. Musatenko,
S. B. Tsagadaeva, O. K. Timofeeva, O. A. Nosova

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского, г. Москва
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Несмотря на подробные описания случайных проглатываний детьми различных химических и лекарственных веществ, хранящихся в домашних условиях, а также меры экстренной медицинской помощи в данных ситуациях, случаи инородных тел пищевода в виде батареек мало известны родителям и врачам общего профиля. Авторы описывают клинический случай 17-месячного мальчика с явным анамнезом, который включает дыхательное расстройство в виде кашля и повышение температуры тела, у которого обнаружено инородное тело пищевода в виде батарейки только через 10 дней. Пациенты с инородными телами пищевода в виде батареек относятся к группе высокого риска из-за возможности повреждения стенки пищевода и образования трахеальных структур с формированием фистул в течение нескольких часов. Решение успешного лечения - своевременный диагноз и экстренное удаление инородного тела из пищевода.

Ключевые слова: химический ожог и перфорация пищевода, трахеопищеводный свищ.

Библиография: 9 источников.

Although accidental ingestions of various household chemicals and medicines are well described and the treatment is supported by local poison control hotlines, the ingestion of button batteries by children is less publicized, and the dangers are less understood by both parents and health care providers. The authors describe a case report of a 17-month-old boy with significant medical history who presented with respiratory distress, cough, and fever and was discovered to have ingested a button battery after 10