

ТАҢДАЙ БАДАМША БЕЗІНІҢ ТАСЫ (ТОНЗИЛЛОЛИТ)

Р. Н. Есеналиева^{*1}, Н. О. Курабаева², Р. А. Юсупов³

¹ «Халықаралық жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру институты»,

Қазақстан, Алматы,

² «А.Н.Сызғанов атындағы ҰҒХО» АҚ, Қазақстан, Алматы

³ «Medical Park» ЖШС, Қазақстан, Алматы

**Кореспондент автор*

Андатпа

Таңдай бадамша бездері лимфоидты ұлпадан тұратын безді құрылымдар болып табылады және фарингальды лимфоидты сақинаның маңызды бөлігін құрайды, оның негізгі міндеті қорғаныс иммундық функциясы болып табылады. Лакуналардың болуына байланысты лимфоидты тін мен инфекциялық агенттер арасындағы үлкен байланыс аймағы қамтамасыз етіледі, бұл тезірек және толық иммундық жауап беруге мүмкіндік береді. Дегенмен, дәл осы анатомиялық ерекшелік лакуналардың тереңдігінде тамақ қалдықтарының, лейкоциттердің, десквамацияланған эпителийдің, шырыштың, бактериялардың және олардың ыдырау өнімдерінің жинақталуына және қиын шығарылуына әкелуі мүмкін. Уақыт өте жұмсақ массалар тығыздалады және кальцинациялануы мүмкін. Көп жағдайда тастар құрамында кальций карбонаты, сирек сульфаттар, магний, калий, натрий нитраттары болады, бұл тамақтану, шылым шегу және ауыз қуысындағы қоршаған ортаның ерекшеліктеріне байланысты. Кішкентай бадамша тастар ешқандай белгілерді тудырмауы мүмкін. Үлкеніректері жағымсыз иістен бастап бөтен дененің сезіміне және жұтыну қиындықтарына дейінгі белгілерді тудыруы мүмкін. Ауыздан жағымсыз иіс микроорганизмдер шығаратын және тонзиллитте болатын ұшпа күкірт қосылыстарынан туындайды. Тастың болуы тамақ ауруы мен жөтелді де тудыруы мүмкін. Ірі тастар жұтынудың қиындауы және құлақтың радиациялық ауырсынуын тудыруы мүмкін.

Бұл мақалада ірі асимптоматикалық тонзиллолитті анықтау және алып тастаудың клиникалық жағдайы келтірілген. Сипатталған жағдайдың бірегейлігі алынған тастың мөлшерінде - 2,5 x 1,5 см. Мұндай мөлшердегі тонзиллолиттер көбінесе жұтыну кезінде ауырсыну мен ыңғайсыздықты тудырады, бірақ сипатталған тас симптомсыз болды. Сондай-ақ симптомсыз ағымда - сипатталған жағдайда тас жоспарлы тексеру кезінде кездейсоқ табылма болды.

Түйін сөздер: таңдай бадамшалар, бадамшадағы тас, тонзиллолит.

Кіріспе

Таңдай бадамша бездері-бұл лимфоидты ұлпадан тұратын және жұтқыншақ лимфоидты сақинасының маңызды бөлігін құрайтын безді құрылымдар, олардың негізгі міндеті-ағзаға ауыз арқылы енетін патогендік микроорганизмдерді жергілікті инактивациялау. Лакундардың (ойықтардың, крипталардың) болуына байланысты лимфоидты тіндердің инфекциялық агенттермен жанасуының үлкен аймағы қамтамасыз етіледі, бұл иммундық реакцияны тезірек және толық көрсетуге мүмкіндік береді. Алайда, бұл анатомиялық ерекшелік иммундық бақылау

өнімдерінің (ақ қан жасушалары, эпителий, шырыш, бактериялар және олардың ыдырау өнімдері) лакуна тереңдігінен жиналуына және шығарылуына әкелуі мүмкін. Алдымен бұл массалар жұмсақ, кейінірек тығыздалады, кальцийленуі мүмкін. Шөгінділердің түсі ашық сарыдан сұр және қоңырға дейін өзгеруі мүмкін, тастардың құрамымен анықталады. Көптеген жағдайларда тастарда кальций карбонаты, сирек сульфаттар, магний, калий, натрий нитраттары бар, бұл тамақтану, темекі шегу, ауыз қуысындағы ортаға байланысты [1; 2].

Тастар көбінесе Бадамша бездерге терең

енетіндіктен, оларды әрдайым визуалды тексеру арқылы анықтау мүмкін емес, кейде оларды анықтау үшін рентген немесе компьютерлік томография арқылы сканерлеуге жүгінеді [1]. Бадамша бездердегі ұсақ тастар ешқандай белгілерді тудырмауы мүмкін. Үлкендері ауыздың иісінен бөтен дененің сезіміне дейін және жұтылу қиындықтарына дейін әртүрлі белгілерді тудыруы мүмкін. Ауыздан жағымсыз иіс микроорганизмдер шығаратын, сондай-ақ тонзиллиттерде кездесетін ұшпа күкірттің қосылыстарынан туындайды [3]. Тастың болуы тамақ ауруы мен жөтелді де тудыруы мүмкін. Ірі тастармен жұтылу қиын болуы мүмкін және құлақтың сәулелену ауруы пайда болуы мүмкін [4].

Әр түрлі дереккөздерге сәйкес, таңдай тастарын анықтау жиілігі әр түрлі. Нақты эпидемиологиялық көрініс жоқ, сондықтан кішкентай тонзиллолиттер ұзақ уақыт бойы асимптоматикалық болып, анықталмауы мүмкін. Бірлескен авторлармен бірге Aghdasi M. M. зерттеуінде тонзиллит жиілігі ересек популяцияда орта есеппен 5% құрайды. Деректер 2007-2008 жылдар аралығында сәулелік терапия бөлімінде жүргізілген панорамалық рентгенографияны зерттеу кезінде алынды. барлығы 966 пациент, олардың 47-сінде сәулелік табылған суреттерде кальцийленген таңдай тастары табылды. Ерлер мен әйелдердің арақатынасы 1,6:1, тонзиллит анықталған адамдар арасында 40 жастан асқан адамдар басым болды [5].

Мақсаты: тонзиллиттің клиникалық жағдайын зерттеу және сипаттау.

Клиникалық жағдайдың сипаттамасы

Науқас а., 1985 ж. т. бүйрек трансплантациясына реципиент ретінде алдағы жоспарлы хирургиялық емдеуге байланысты қорытынды алу үшін оториноларингологтан кеңес сұрады. Тексеру кезінде мен шағымданған жоқ, бұрын оториноларинголог тексерілмеген, емделмеген.

Қолында реципиент ретінде ауруханаға жатқызу үшін жүргізілген тексеру бар. Толық қан анализі, биохимиялық қан анализі, коагулограмма, иммунограмма-патологиясыз. АИТВ, гепатит, мерез, ісік маркерлері, коронавируc ПТР, токсоплазмоз - теріс ИФА. Зәрді өсіру-патологиясыз. Жұтқыншақты себу-Staphylococcus sciuri+++. Герпес симплексі вирусына, Эпштейн-Барр вирусына, цитомегаловирусқа G иммуноглобулиндері оң, теріс иммуноглобулиндерде М.

Біз ЛОР мүшелерін эндоскопиялық тексеруден өткіздік. Риноскопия, ларингоскопия, отоскопия кезінде патологиялық өзгерістер анықталған жоқ. Фарингоскопия: жұтқыншақтың шырышты қабаты таза, ылғалды; қолдардағы таңдай бадамша бездері; оң жақ таңдай бадамша безі ерекшеліктерсіз; сол жақ таңдай бадамша безінде сарғыш-сұр түсті тығыз формация көрінеді, ол бадамша безінің қалыңдығында орналасқан, қозғалмайтын, ауыртпалықсыз.

Емдеу тактикасы (операция хаттамасы): жергілікті инфильтрациялық анестезия кезінде бөгде зат табан мен москит қысқыштарымен жойылады. Тексеру кезінде - қатты, тығыз макропрепарат, өлшемдері 2, 5x1, 5 см (1-сурет). Қан кету белгілері жоқ амигдаланың тауашасы (тонзиллит төсегі).



1-сурет. Жойылған тонзиллит.

Дереккөз: пациенттің медициналық картасынан

Тағайындалған: Трахисан күніне 5 рет 1 таблеткадан 5 күн сору, Вернисаж Спрей күніне 3 рет орофаринстің шырышты қабығын 5 күн, динамикалық тексеру.

Талқылау

Алып тонзиллолиттер әдеттегі Бадамша тастарға қарағанда әлдеқайда сирек кездеседі [6]. Олар көбінесе ауыз қуысының басқа аурулары, соның ішінде паратонзиллярлық абсцесс және бадамша безінің ісіктері деп қателеседі.

Көптеген жағдайларда, егер тастар жағымсыз белгілерді тудырмаса, арнайы емдеу қажет емес [4]. Әдетте жұтқыншақты тұзды ерітіндімен шаю ұсынылады. Емдеу консервативті әдістерден басталады (таңдай бадамша бездерінің лакундарын, соның ішінде Тонзиллор сияқты әртүрлі аппараттармен жуу, шаю). Ауыз суарғыштар да тиімді. Үлкен тастарда электрлік ауыз суарғыштардың көпшілігі тиімді емес, сонымен қатар тастардың үлкен мөлшеріне байланысты суарғышты қолдану бадамша бездердің ыңғайсыздығы мен жыртылуын тудыруы мүмкін, бұл инфекция сияқты одан әрі асқынуларға әкелуі мүмкін, сонымен қатар ирригатордың қысымымен тастың асфиксиясы. Мұндай жағдайларда, сондай-ақ консервативті емдеу көмектеспейтін шағын және орташа тастарда хирургиялық араласу қолданылады [7].

Үлкенірек бадамша бездердегі тастарды кюретаж арқылы немесе басқа жолмен хирургиялық жолмен алып тастау қажет болуы мүмкін, содан кейін оларды тиімдірек тазарту үшін мұқият жуу керек. ұсақ кесектер [8]. Тазартылған лакундарда таңдай тастарының кейіннен жиналуын болдырмау үшін лазерлік криолиз арқылы Бадамша бездердің беткі қабатын азайтуға болады. Операция көбінесе жергілікті анестезиямен жасалады [9].

Мәселені шешудің неғұрлым түбегейлі әдісі-жалпы тонзиллэктомия [10]. Маңыздысы, егер бұрын Бадамша бездерді алып тастау жеткілікті түрде қолданылған болса, онда жақында бұл Бадамша бездердің тіндері айтарлықтай өзгерген және Бадамша бездердің қорғаныш иммундық қызметі толығымен немесе айтарлықтай жоғалған жағдайларда қолданылатын соңғы шара болып саналады, ал бадамша бездер инфекцияның созылмалы көзі болып табылады. онда үнемі жиналатын және

ұзақ уақыт сақталатын тығындар. Бадамша бездер тінінің бір бөлігі табиғи функцияларды сақтаған жағдайларда, иммундық жұтқыншақ сақинасын сақтау үшін Бадамша бездің бір бөлігін ең өзгертілген тіндермен ішінара алып тастау немесе зақымдалған тіндерге басқа әсер ету қолданылуы мүмкін, онда зардап шеккен аймақтар кішірейіп, тығындарды жинауды тоқтатады [11].

Қорытындылар

Ұсынылған клиникалық жағдайдың бірегейлігі мынада: тонзиллиттің үлкен мөлшеріне қарамастан, ол пациентке ешқандай ыңғайсыздық тудырмады және ЛОР тексеру кезінде клиникалық олжа ретінде табылды. Тіпті үлкен өлшемдерде де кейбір тығындар тек рентген немесе томография арқылы анықталады. Бұл жағдайда науқаста тас таңдай бадамша безінің қалыңдығына терең еніп, оның тіндерімен жабылған, бұл дәрігердің әдеттегі тексеруінде "көзге түспеді" және тонзиллит байқалмай қалды.

Дереккөздер тізімі

1. Yellamma Bai K, Vinod Kumar B. Tonsillolith: A polymicrobial biofilm // Med J Armed Forces India. – 2015. – Vol. 71(1). – P. 95-98. – DOI: 10.1016/j.mjafi.2011.12.009.
2. И. Б. Солдатов. Руководство по оториноларингологии. 2-е изд., перераб и доп. – Москва: Медицина. – 1997. – 608 с. / Э. А. Цветков. Аденоидиты и их осложнения. Лимфоэпителиальное глоточное кольцо в норме и патологии. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ. – 2003.
3. Rio A. C., Franchi-Teixeira A. R., Nicola E. M. Relationship between the presence of tonsilloliths and halitosis in patients with chronic caseous tonsillitis // Br Dent J. – 2008. – Vol. 204(2). – 4. – DOI: <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.1106>.
4. Hilary Parker. Tonsil Stones (Tonsilloliths) [Electronic resource] // WebMD [website]. – 2021. – URL: <https://www.webmd.com/oral-health/tonsil-stones-tonsilloliths-treatment-and-prevention> (жүгінген күні: 20.07.2024)
5. Aghdasi M. M., Valizadeh S., Amin-Tavakoli N., Bakhshandeh H. Tonsillolith in Routine Panoramic Radiographies; Is It a Common Incidental Finding? // Iran J Radiol. – 2012. – Vol. 9(2). – P. 109-110. – DOI: 10.5812/iranradiol.7563.
6. Фергюсон М., Айдын М., Микель

Дж. «Неприятный запах изо рта и миндаины: обзор лечения» // Оториноларингология – хирургия головы и шеи. – 2014. – Vol. 15 (4). – P. 567–574.

7. Priyanka Singh, Pavan Manohar Patil, Hemant Sawhney, Seema Pavan Patil, Mithilesh Mishra. Giant tonsillolith: A rare oropharyngeal entity // Oral and Maxillofacial Surgery Cases. – 2019. – Vol. 5(4). – Article No. 100133.

8. Мальцева Г.С. Современные этиологические, патогенетические и клинические основы диагностики и лечения хронического тонзиллита: автореферат дисс. ... докт. мед. наук. – Санкт-Петербург. – 2008. – 46 с.

9. Krespi Y. P., Kizhner V. Laser tonsil cryptolysis: in-office 500 cases review // Am J Otolaryngol. – 2013. – Vol. 34(5). – P. 420-424. – DOI: 10.1016/j.amjoto.2013.03.006.

10. Гофман В. В., Бакулина Л. С. Современный взгляд на местное лечение хронического компенсированного тонзиллита // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2014. – №3. – С. 16-17.

11. Гофман В. В. Обоснование хирургического лечения хронического тонзиллита // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т.7. – № 3. – С. 258-264.

References

1. Yellamma Bai, K, Vinod Kumar, B. (2015). Tonsillolith: A polymicrobial biofilm. Med J Armed Forces India, 71(1), 95-98, DOI: 10.1016/j.mjafi.2011.12.009.

2. Soldatova, I. B. (1997). Rukovodstvo po otorinolaringologii. 2-e izd., pererab i dop. Moscow: Medicine. 608 p. / Cvetkov Je. A. (2003). Adenotonzillity i ih oslozheniya. Limfoepitelial'noe glotochnoe kol'co v norme i patologii. Saint-Petersburg: ELBI. (In Russian).

3. Rio, A. C., Franchi-Teixeira, A. R., Nicola,

E. M. (2008). Relationship between the presence of tonsilloliths and halitosis in patients with chronic caseous tonsillitis. Br Dent J., 204(2), 4, DOI: <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.1106>.

4. Hilary Parker (2021). Tonsil Stones (Tonsilloliths). WebMD. Retrieved July, 2024, from <https://www.webmd.com/oral-health/tonsil-stones-tonsilloliths-treatment-and-prevention>.

5. Aghdasi, M. M., Valizadeh, S., Amin-Tavakoli, N., Bakhshandeh, H. (2012). Tonsilolith in Routine Panoramic Radiographies; Is It a Common Incidental Finding? Iran J Radiol, 9(2), 109-110, DOI: 10.5812/iranradiol.7563.

6. Fergjusun, M., Ajdyn, M., Mikel', Dzh. (2014). «Neprijatnyj zapah izo rta i mindaliny: obzor lechenija». Otorhinolaryngology – head and neck surgery, 15 (4), 567–574. (In Russian).

7. Priyanka Singh, Pavan Manohar Patil, Hemant Sawhney, Seema Pavan Patil, Mithilesh Mishra (2019). Giant tonsillolith: A rare oropharyngeal entity. Oral and Maxillofacial Surgery Cases, 5(4), 100133.

8. Mal'ceva, G. S. (2008). Sovremennye jetiologicheskie, patogeneticheskie i klinicheskie osnovy diagnostiki i lechenija hronicheskogo tonzillita: avtoreferat diss. ... dokt. med. nauk. St. Petersburg, 46 p. (In Russian).

9. Krespi, Y. P., Kizhner, V. (2013). Laser tonsil cryptolysis: in-office 500 cases review. Am J Otolaryngol, 34(5), 420-424, DOI: 10.1016/j.amjoto.2013.03.006.

10. Gofman, V. V., Bakulina L. S. (2014). Sovremennij vzgljad na mestnoe lechenie hronicheskogo kompensirovannogo tonzillita. Bulletin of the Russian Military Medical Academy, 3, 16-17 (In Russian).

11. Gofman, V. V. (2014). Obosnovanie hirurgicheskogo lechenija hronicheskogo tonzillita. Bulletin of Experimental and Clinical Surgery, 7(3), 258-264 (In Russian).

КАМЕНЬ НЕБНОЙ МИНДАЛИНЫ (ТОНЗИЛЛОЛИТ)**Р. Н. Есеналиева*¹, Н. О. Курабаева², Р. А. Юсуров³**¹«МИПО» Международный институт постдипломного образования,
Казахстан, Алматы²АО «ННЦХ имени А. Н. Сызганова», Казахстан, Алматы³ТОО «Medical Park», Казахстан, Алматы**Корреспондирующий автор***Аннотация**

Небные миндалины представляют собой железистые структуры, состоящие из лимфоидной ткани и составляющие важную часть глоточного лимфоидного кольца, основной задачей которого является защитная иммунная функция. Благодаря наличию лакун обеспечивается большая площадь соприкосновения лимфоидной ткани с инфекционными агентами, что позволяет быстрее и полноценнее оказывать иммунный ответ. Однако, эта же анатомическая особенность может приводить к скоплению и затрудненному выведению из глубины лакун остатков пищи, лейкоцитов, слущенного эпителия, слизи, бактерий и продуктов их разложения. Со временем мягкие массы уплотняются, могут кальцинироваться. В подавляющем большинстве случаев камни содержат карбонат кальция, реже сульфаты, нитраты магния, калия, натрия, что зависит от особенностей питания, курения, среды в ротовой полости. Мелкие камни миндалин могут не вызывать никаких симптомов. Более крупные могут вызывать различные симптомы от запаха изо рта до ощущения инородного тела и затруднения глотания. Неприятный запах изо рта вызывается летучими соединениями серы, выделяемыми микроорганизмами, а также содержащимися в тонзиллолитах. Наличие камня может также вызывать боль в горле и кашель. При крупных камнях возможно затруднение при глотании и появление иррадиирующей боли в ухе.

В данной статье представлен клинический случай выявления и удаления крупного асимптомного тонзиллолита. Уникальность описанного случая заключается в размере удаленного камня – 2,5 x 1,5 см. Подобного размера тонзиллолиты вызывают чаще всего боли и дискомфорт при глотании, однако описанный камень протекал бессимптомно. В описанном случае камень обнаружен как случайная находка во время профилактического осмотра.

Ключевые слова: небные миндалины, камень небной миндалины, тонзиллолит.

TONSIL STONE (TONSILLOLITIS)**R. N. Yessenaliyeva*¹, N. O. Kurabayeva², R. A. Yussurov³**¹International Institute of Postgraduate Education, Kazakhstan, Almaty²JSC "National Surgical Scientific Center named after A. N. Syzganov", Kazakhstan, Almaty³LLP "Medical Park", Kazakhstan, Almaty**Corresponding Author***Abstract**

The palatine tonsils are glandular structures consisting of lymphoid tissue and forming an important part of the pharyngeal lymphoid ring, the main task of which is the protective immune function. The presence of lacunae provides a large area of contact between the lymphoid tissue and infectious agents, which allows for a faster and more complete immune response. However, this same anatomical feature can lead to the accumulation and difficult removal of food debris, leukocytes, desquamated epithelium, mucus, bacteria and their decomposition products from the depths of the lacunae. Over time, the soft masses become denser and can calcify. In the vast majority of cases, the stones contain calcium carbonate, less often sulfates, nitrates of magnesium, potassium, sodium, which depends on the characteristics of nutrition, smoking,

and the environment in the oral cavity. Small tonsil stones may not cause any symptoms. Larger ones can cause various symptoms from bad breath to a foreign body sensation and difficulty swallowing. Bad breath is caused by volatile sulfur compounds released by microorganisms and also contained in tonsilloliths. The presence of a stone may also cause a sore throat and cough. Large stones may cause difficulty swallowing and radiating pain in the ear.

This article presents a clinical case of detection and removal of a large asymptomatic tonsillolitis. The uniqueness of the described case is the size of the removed stone - 2.5 x 1.5 cm, as well as the asymptomatic course. Tonsilloliths of this size most often cause pain and discomfort when swallowing, but the described stone was asymptomatic. In the described case, the stone was discovered as an accidental finding during a routine examination.

Keywords: *palatine tonsils, palatine tonsil stone, tonsilloliths.*

АВТОРЛАР ТУРАЛЫ

Есеналиева Райза Нисекешевна - медицина ғылыми кандидаты, профессор, «Халықаралық жоғары оқу орнынан кейінгі білім беру институты», клиникалық кеңесші, Қазақстан, Алматы. Эл.адресі: r.yessenaliyeva@gmail.com . ORCID: 0009-0004-9617-4845.

Курабаева Наталья Олеговна - дәрігер, «Ә. Н. Сызғанов атындағы ҰҒХО» АҚ, Қазақстан, Алматы. Эл.адресі: natali_surgery@mail.ru. ORCID: 0009-0001-4132-5544.

Юсуров Руслан Арзиевич - дәрігер, «Medical Park» ЖШС, Қазақстан, Алматы. Эл.адресі: ulor86@mail.ru. ORCID: 0009-0003-2616-9656.

ОБ АВТОРАХ

Есеналиева Райза Нисекешевна - кандидат медицинских наук, профессор, «МИПО» Международный институт постдипломного образования, клинический консультант, Казахстан, Алматы. Эл.адрес: r.yessenaliyeva@gmail.com . ORCID: 0009-0004-9617-4845.

Курабаева Наталья Олеговна - врач, АО «ННЦХ имени А.Н.Сызганова», Казахстан, Алматы. Эл.адрес: natali_surgery@mail.ru. ORCID: 0009-00001-4132-5544

Юсуров Руслан Арзиевич - врач, ТОО «Medical Park», Казахстан, Алматы. Эл.адрес: ulor86@mail.ru. ORCID: 0009-0003-2616-9656.

ABOUT AUTHORS

Yessenaliyeva Raiza Nisekeshевна- Candidate of Medical Sciences, Professor, International Institute of Postgraduate Education, clinical consultant, Kazakhstan, Almaty. email: r.yessenaliyeva@gmail.com . ORCID: 0009-0004-9617-4845.

Kurabayeva Natalya Olegovna - doctor, JSC «National Surgical Scientific Center named after A.N. Syzganov», Kazakhstan, Almaty. email: natali_surgery@mail.ru. ORCID: 0009-0001-4132-5544.

Yussurov Ruslan Arzievich - doctor, LLP «Medical Park», Kazakhstan, Almaty. email: ulor86@mail.ru. ORCID: 0009-0003-2616-9656.

Мүдделер қақтығысы. Авторлар осы мақалада ашуды талап ететін мүдделер қақтығысының жоқтығын көрсетеді.

Авторлардың қосқан үлесі. Барлық авторлар тұжырымдаманы әзірлеуге, нәтижелерді орындауға, өңдеуге және мақала жазуға тең үлес қосты.

Авторлар бұл материал бұрын жарияланбаған және басқа баспаларда қаралмағанын мәлімдеді.

Қаржыландыру. Жоқ

Мақала түсті: 3.09.2024

Жариялауға қабылданды: 13.09.2024