

Рис. 2. Индекс De Meester у пациентов с ГЭРБ в сочетании с МС и без такового (%)

ется более тяжелое течение заболевания. Все это необходимо учитывать в процессе диагностики ГЭРБ у пациентов с избыточной массой тела, а также при выработке схем их ведения как в стационаре, так и при амбулаторном лечении. Лечение ГЭРБ на фоне МС предполагает комплексную терапию с учетом метаболических изменений.

Литература

1. Андреева Е.И., Унанова И.А Роль жировой ткани в развитии метаболических нарушений, гастроэзофагеальной рефлюксной болезни больных с сахарным диабетом типа 2 в сочетании с ожирением. Мат-лы III Конф. гериатров Северо-Кавказского федерального округа «Качества жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». Пятигорск, 2012; с. 48–9.
2. Бутрова С.А. От эпидемии ожирения к эпидемии СД // Consilium Medicum. – 2003; 9 (5): 23–8.
3. Бутрова С.А., Берковская М.А. Современные аспекты терапии ожирения // Consilium Medicum (Ukraina). – 2010; 7: 34–7.
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Бутрова С.А. Ожирение у подростков в России // Тер. арх. – 2007; 10: 28–32.
5. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А., Егорова Е.Г. Метаболический синдром у пациентов с заболеваниями органов пищеварения // Тер. арх. – 2007; 10: 9–13.
6. Мельниченко Г.А., Пышкина Е.А. Ожирение и инсулинорезистентность – факторы риска и составная часть метаболического синдрома // Тер. арх. – 2001; 12: 5–8.
7. Позднякова О.Ю. Батурин В.А. Влияние гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на течение бронхиальной астмы // Кубанский науч. медицинский вестник. – 2012; 3 (132): 114–7.

IMPACT OF METABOLIC SYNDROME ON THE DEVELOPMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASES

E. Andreeva, Candidate of Medical Sciences; **I. Unanova**; **E. Andreeva**, Professor
A. Bayda, MD; **O. Pozdnyakova**, Candidate of Medical Sciences
Stavropol State Medical University

The paper considers the impact of metabolic syndrome on the clinical manifestations and instrumental readings. Gastroesophageal reflux disease is noted to run a severer course in meta-bolic syndrome.

Key words: gastroesophageal reflux disease, metabolic syndrome, obesity.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ МИГРАЦИИ ИНОРОДНОГО ТЕЛА РОТОГЛОТКИ С ФОРМИРОВАНИЕМ ИНФИЛЬТРАТА ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ

Д. Фернандо, кандидат медицинских наук,
В. Шпотин, кандидат медицинских наук
Александро-Мариинская областная клиническая
больница, Астрахань
E-mail: dinafernando@mail.ru

Описан редкий клинический случай формирования объемного образования в верхних отделах шеи в результате миграции из полости рта инородного тела, длительное время бессимптомно находящегося в толще мягких тканей.

Ключевые слова: инфильтрат шеи, инородное тело ротоглотки.

Ранняя и точная диагностика объемных образований верхних отделов шеи – актуальный вопрос клинической практики. Затруднения связаны главным образом со значительным перечнем нозологических форм, сопровождающихся появлением опухолевидного образования на шее [1, 2, 4, 7]. Основные из них – врожденные и приобретенные кисты (бранхиогенные, ретенционные, дермоидные, кисты подъязычной и поднижнечелюстной слюнных желез, киста щитовидно-язычного протока), доброкачественные (гемангиома, лимфангиома) и злокачественные опухоли шеи (лимфома, лимфосаркома, рабдомиосаркома, фибросаркома, нейробластома, эпидермоидный рак, злокачественные опухоли щитовидной железы), а также объемные образования воспалительной этиологии (бактериальный и вирусный шейный лимфаденит, специфические инфильтраты, сиалоаденит, инфекционный мононуклеоз и т.д.) [3, 5, 6, 8–10].

Приводим клинический пример.

Пациент С., 52 лет, поступил в оториноларингологическое отделение Александро-Мариинской областной клинической больницы Астрахани на плановое лечение. Госпитализирован с жалобами на наличие умеренно болезненного инфильтрата в подподбородочной области, периодически возникающий субфебрилитет. Болен около 4 нед, когда впервые появились и стали нарастать

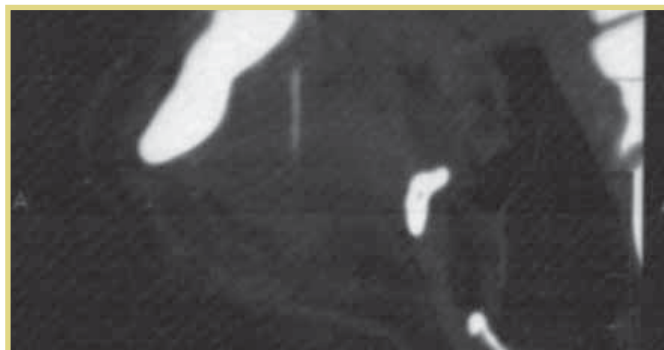


Рис. 1. Компьютерная томограмма шеи больного С.; в подбородочной области определяется вертикально расположенное инородное тело



Рис. 2. Этап удаления инфильтрата

указанные признаки. Анамнестически выявлено, что более 0,5 года назад употреблял в пищу рыбу, подавился рыбьей костью, к врачу за помощью не обращался в связи с самостоятельно наступившим улучшением. Других воспалительных заболеваний ЛОР-органов и челюстно-лицевой области не отмечает, травмы не упоминает.

Объективно при поступлении: в подподбородочной области — инфильтрат размером 6,0×7,0 см, округлой формы, плотноэластической консистенции, малоподвижный при смещении, не связанный с подъязычной костью. ЛОР-органы — без особенностей, полость рта санирована.

На этапе амбулаторного обследования выполнена пункционная биопсия новообразования, заключение патогистологического исследования: элементы острого воспаления, клетки в состоянии лизиса.

По данным мультиспиральной компьютерной томографии шеи (МСКТ) — рис. 1, в толще мягких тканей подподбородочной области под широкой фасцией и дном полости рта (между подбородочно-язычной мышцей и медиальной поверхностью челюстно-язычной мышцы) определяется округлой формы солидно-псевдомульткистозная структура размером до 40 мм. Наружные и внутренние контуры нечеткие, капсула — до 36–42 ед.Н, кистозный компонент множественный, размером до 3–8 мм. В толще верхнего полюса определяется гиперденная структура линейной формы, 130 ед.Н (вероятно, инородное тело — рыба кость) размером 20,0×1,8 мм.

Под местной анестезией выполнены ревизия и удаление инфильтрата (рис. 2). После дугообразного разреза кожи по переднему краю инфильтрата послойно тупым и острым способом отсепарованы мягкие ткани.

Обнаружен плотный инфильтрат без признаков экссудации размером 3,5×5,0 см, спаянный с окружающими тканями. Инфильтрат иссечен в пределах здоровых тканей. При его ревизии в центре обнаружено инородное тело — рыба кость размером 0,1×1,5 см (рис. 3). После гемостаза рана послойно ушита и дренирована.

Послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж удален на 2-е сутки, проведено противовоспалительное лечение. Швы с раны сняты на 7-е сутки после операции, заживление первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Результаты патогистологического исследования удаленных тканей: соединительная ткань с гнойно-некротическим воспалением, участками грануляционной ткани, в центре — инородное тело (рыба кость).

Пациент наблюдался в течение 5 мес, при последнем осмотре жалоб не предъявлял, послеоперационный



Рис. 3. Удаленный материал (в центре — инородное тело, рыба кость)

рубец — без признаков воспаления, явления инфильтрации мягких тканей полностью купированы.

Таким образом, приведенный нами случай является примером формирования значительного воспалительного инфильтрата в мягких тканях верхних отделов шеи в результате миграции инородного тела из полости рта или ротоглотки. Нехарактерны в данном случае длительность анамнеза (более 0,5 года с момента попадания инородного тела), латентное течение заболевания с отсутствием признаков абсцедирования, болевого синдрома, экссудации и доминирование продуктивной фазы воспаления. Из примененных визуализирующих диагностических методик решающей явилась МСКТ.

Литература

1. Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Инфекционно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Под ред. В.С. Агапова / М., 2004; с. 128–43.
2. Веснин А.Г. Лучевая диагностика опухолей мягких тканей // Практ. онкол. — 2004; 5 (4): 15–38.
3. Дрегалкина А.А., Герасимова Л.Д., Бузов Д.А. Применение компьютерной томографии для диагностики гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области // Уральский стоматол. журн. — 2004; 3: 27–30.
4. Кунцевич Г.И., Скуба Н.Д., Журенкова Т.В. Внеорганные опухоли шеи // Ультразвуковая диагностика в абдоминальной и сосудистой хирургии. Под ред. Г.И. Кунцевич / Мн: Кавалер Паблишерс, 1999; с. 146–57.
5. Останин А.В. Современный протокол лечения пациентов с неорганическими образованиями шеи. II Всерос. научно-практ. конф. «Врожденная и наследственная патология головы, лица и шеи у детей: актуальные вопросы комплексного лечения». Сб. мат-лов. / М., 2006; с. 138–40.
6. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи / М.: Медпресс, 2003; с. 230.
7. Сперанская А.А., Черемисин В.М. Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани / СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2005; с. 118.
8. Ahuja A., Ying M. Sonography of neck lymph nodes. P. II: abnormal lymph nodes // Clin. Radiol. — 2003; 58 (5): 359–66.
9. Chiou H.J., Chou Y.H., Chiou S.Y. High-resolution ultrasonography of primary peripheral soft tissue lymphoma // J. Ultrasound. Med. — 2005; 24 (1): 77–86.
10. Tse G.M., Ahuja A.T. Necrosis in metastatic neck nodes: diagnostic accuracy of CT, MR imaging, and US // Radiology. — 2004; 230 (3): 720–6.

A RARE CASE OF OTOPHARYNGEAL FOREIGN BODY MIGRATION TO FORM A SUBMENTAL INFILTRATE

D. Fernando, Candidate of Medical Sciences; **V. Shpotin**, Candidate of Medical Sciences

Aleksandro-Mariinsky Regional Clinical Hospital, Astrakhan

The paper describes a rare clinical case of formation of a space-occupying lesion in the upper neck due to migration of an oral foreign body that has been in the thickness of soft tissues long and asymptotically.

Key words: cervical infiltrate, otopharyngeal foreign body.