

дантизировать саму операцию и профилактику осложнений. Выводы: 1. Имеются интраоперационные технические трудности при «трудном» желчном пузыре и они не имеют существенной тенденции к снижению. 2. Разработка новых инструментов, технических приемов, позволяют улучшить качество операции, предупредить развитие послеоперационных осложнений, повысить уверенность хирурга в эффективном дренировании.

Список литературы

1. Арутюнян Ю.А. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом, осложненным перитонитом / Ю.А. Арутюнян // Материалы 3-го Российского форума «Хирургия-2001». – М., 2001. – С.29–30.
2. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А.С. Балалыкин. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152 с.

НАБЛЮДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ГЛОТКИ

Гюсан А.О., Ураскулова Б.Б.

Медицинский институт Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии, Черкесск, e-mail: gujsan@mail.ru

Поражение глотки туберкулезной инфекцией – явление относительно редкое, возникающее в большинстве случаев при тяжелом, далеко зашедшем процессе в легких и гортани на фоне резкого ослабления общей и местной резистентности организма. Имеются отдельные сообщения о первичном туберкулезе глотки, первичный аффект которого локализуется, как правило, в небных миндалинах [3,4,5]. Кроме того, имеются сведения, что в миндалинах могут развиваться латентные формы туберкулеза без каких-либо внешних клинических проявлений. Примером такой патологии является лярвовидный туберкулез глотки или туберкулез небной миндалины *in situ*, это случай, когда туберкулезному поражению подвергаются только одни небные миндалины, реже другие лимфоиднообразные образования. Причиной возникновения этой формы туберкулеза глотки является факт «сапрофитного» вегетирования в паренхиме небных миндалин МБТ, которая при определенных для нее благоприятных обстоятельствах активизируется и вызывает поражения тканей, в которых обитает [1,2].

По данным литературы эта разновидность туберкулеза глотки может быть вторичной, у лиц с открытой формой туберкулеза легких и первичной у детей. Нам представляется интересным наблюдение молодого человека, служащего в полиции у которого нами был диагностирован первичный лярвовидный туберкулез глотки.

Больной Б., 27 лет обратился в консультативную поликлинику к ЛОР-врачу с жалобами на повторные ангины, слабость, изменение голоса, увеличение лимфатических узлов на шее, постоянную субфебрильную температуру тела.

При поступлении в отделение общее состояние больного удовлетворительное, правильного телосложения. Внутренние органы без патологии. На флюорографии органов грудной клетки изменений не выявлено. Анализ крови от 27.09.16г. эр. $5,9 \times 10^{12}$,

Нб-161 г/л, л. $9,3 \times 10^9$, э. 2% п. 4% с. 55%, лимф. 36%, мон. 3%, СОЭ-7 мм/ч. Группа крови А(II), резус-положительная. Анализ мочи в пределах нормы.

При осмотре ЛОР-органов отмечается выраженная гипертрофия небных миндалин, размером 5,0х6,0 см, практически соприкасаются по средней линии, спаянные с окружающими тканями. Больной с трудом глотал пищу и отмечал гнусавый голос. Как, удалось выяснить, данные жалобы беспокоили, его в течение последних трех лет, но он все не решался на хирургическое вмешательство, лечил хронический тонзиллит консервативно. Другие ЛОР-органы без патологических изменений. Отмечается увеличение лимфатических узлов в подчелюстной области.

Учитывая, имеющееся подозрение на туберкулезный процесс больному проведена обзорная рентгенография органов грудной полости, консультация фтизиатра. Очаговых изменений в легких не выявлено.

После неоднократного орошения глотки раствором мирамистина, ему под местной анестезией при помощи радиоволнового скальпеля проведена двусторонняя тонзиллэктомия. Операцию больной перенес удовлетворительно, послеоперационный период протекал без осложнений. В удаленной ткани небных миндалин при их патоморфологическом исследовании №3645 от 29.09.16г. обнаружено наличие клеток Пирогова-Ланганса.

Заключение: туберкулез небных миндалин.

Таким образом, наше клиническое наблюдение свидетельствует о том, что первичный туберкулез глотки может встречаться не только у детей, но и у взрослых людей. Не смотря на уменьшение числа больных с туберкулезом верхних дыхательных путей, необходимо сохранять определенную настороженность в плане диагностики этого заболевания. Больным с гипертрофией небных миндалин и наличием признаков, позволяющих заподозрить туберкулезное поражение, должно быть проведено тщательное обследование у фтизиатра.

Список литературы

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 797 с.
2. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Поражения ЛОР-органов при специфических заболеваниях: Методическое пособие. – СПб.: «Диалог», 2012. – 168 с.
3. Зак В.И., Лозицкая В.И., Нечипоренко В.П. Первичный туберкулез небных миндалин // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – №2. – С.78–80.

4. Чумаков Ф.И., Лукьянова М.А. Первичный туберкулез небной миндалины // Проб. Туберкулеза. – 1997. – №3. – С.60–61.

5. Selimoglu E., Sutbeyaz Y., Ciftcioglu A. et al. Primary tonsillar tuberculosis: a case report // J.Laryng., Otol., Rhinol. – 1995. – Vol.109, №9. – P.880–882.

НАСЛЕДОВАНИЕ ПОЛИПОЗОВ КИШЕЧНИКА

Масленникова Л.А., Панкова Ю.И.

*Тихоокеанский государственный медицинский
университет, Владивосток,
e-mail: lamas51@mail.ru*

Полип – это доброкачественное образование, которое иногда может переродиться в злокачественную опухоль. Мнение, что образование полипов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) связано с питанием, скорее всего, ошибочно, потому что не прослеживается явная связь между пищей, употребляемой человеком и возникновением полипов. Однако известно, что у людей страдающих полипозом кишечника чаще встречаются гастрит, запоры, холецистит, чем у людей, не имеющих полипов. У городского жителя полипы ЖКТ возникают чаще, чем у сельского жителя, поэтому роль среды обитания ясно прослеживается.

Цель исследования – определить характер наследования полипозов кишечника с помощью генеалогического метода.

Было проанализировано 26 историй болезни пациентов, у которых в процессе обследования были обнаружены полипы. Возраст пациентов от 18 до 86 лет. При составлении и анализе родословных рассматривалось два – четыре поколения. Установлено, что наиболее часто выявлялись больные 50–68 лет. Заболевание отмечалось в равной степени, как у женщин, так и у мужчин. У больного один из его родителей всегда имел это заболевание. Пациенты с полипозом наблюдались в каждом поколении. Таким образом, прослеживается семейный характер проявления анализируемого признака. Необходимо подчеркнуть, что иногда просматривается семейная склонность к появлению полипов в тонком кишечнике и других органах. У матери полипы отмечались в эндометрии, у её дочери – в тонком кишечнике, а у сына – в прямой кишке.

В результате проведенного генетического исследования родословных пациентов имеющих полипы кишечника, можно сделать заключение, что полипозы наследуются по аутосомно доминантному типу. Генетические факторы играют значительную роль в этиологии и патогенезе многочисленных заболеваний кишечника, поэтому для оказания квалифицированной помощи пациенту и его родственникам, для проведения профилактики и ранней диагностики, необходимо грамотное взаимодействие гастроэнтеролога и врача-генетика.

ФИЛОЭМБРИОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В РАЗВИТИИ СЕЛЕЗЕНКИ И ГОНАДЫ

Петренко В.М.

*Санкт-Петербург,
e-mail: deptanatomy@hotmail.com*

У эмбрионов человека 7–8 мм длины (5 нед) определяются утолщения целомического эпителия на вентромедиальной поверхности левого мезонефроса и на гонадной стороне дорсального мезогастрия, над дорсальным зачатком поджелудочной железы (эпителиальные закладки левой гонады и селезенки). Зачатки выбухают в целомическую полость в виде плакод, причем навстречу друг другу. Из утолщенного целомического эпителия выселяются клетки в подлежащую мезенхиму, где определяются кровеносные микрососуды (органные закладки селезенки и гонады). Брыжейки двенадцатиперстной (начальной части средней) кишки заняты эпителиальными зачатками печени и поджелудочной железы. Большая часть средней кишки вместе с краниальным отрезком задней кишки формируют пупочную кишечную петлю, которая сильно отклоняется от мезонефросов. Последние позднее (6–9 нед) дегенерируют, как и гонады на большем их протяжении, а средняя кишка образует множественные петли, селезенка обособливается в виде компактного тела.

Сходные этапы развития селезенки и гонады проходят в эволюции. У круглоротых, наиболее примитивных из современных позвоночных животных, желудок не развит, селезенка представлена скоплениями лимфоидной ткани около венозных синусоидов спирального клапана кишечной трубки, над которой протягивается непарная гонада. Ее продукты сбрасываются в целомическую полость. У рыб спиральный клапан редуцируется, средняя кишка образует петли, брыжейку двенадцатиперстной кишки и каудальную часть дорсального мезогастрия занимает поджелудочная железа. В почках амфибий найдены лимфоидные органы – жировые тела, регрессирующие весной, в период повышенной половой активности. У амниот первичные почки редуцируются, а селезенка как компактный орган выделяется из краниальной части дорсального мезогастрия.

Заключение. Совпадения локализации и времени закладки селезенки и гонады в эволюции (у круглоротых) и эмбриогенезе (у человека), сходство их морфо- и гистогенеза позволяют предположить индуцирующее влияние гонобластов на свободную часть дорсального мезогастрия, где происходит закладка селезенки: из желточного мешка гонобласты мигрируют через стенку и дорсальную брыжейку задней кишки в целомический эпителий мезонефросов (и не только), стимулируя его вращение в подлежащую мезенхиму.