

**ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ АСПЕКТИ ПРИ ИНТРАТОНЗИЛАРНА
ЛОКАЛИЗАЦИЯ НА ЧУЖДО ТЯЛО – РИБЕНА КОСТ, ВЪЗМОЖНИ УСЛОЖНЕНИЯ:
ПРЕДСТАВЯНЕ НА КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ**

С. Марков

*Катедра по УНГ болести, Медицински факултет, Медицински университет – Пловдив
Клиника по УНГ болести, УМБАЛ „Св. Георги“ – Пловдив*

**DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC ASPECTS OF INTRATONSILLAR
LOCALIZATION OF A FOREIGN BODY – FISH BONE, POSSIBLE COMPLICATIONS:
CASE REPORT**

S. Markov

*Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Medical University – Plovdiv
Department of Otorhinolaryngology, UMHAT "Sv. Georgi" – Plovdiv*

Резюме. Въведение: Попадането на рибени кости в меките тъкани на устната кухина и фаринкса представлява често причина за спешни консултации в оториноларингологичната практика. Поради техните особености, както и на анатомията на орофаринкса, те могат да останат скрити дори и при обстоен клиничен преглед и да доведат до сериозни усложнения като абсцес, флегмон, медиастинит и в редки случаи – до летален изход. За своевременна диагностика и локализация на мястото за засядане се използва компютърната томография. **Клиничен случай:** Представяме 50-годишна пациентка с едноседмични оплаквания от болка и усещане за чуждо тяло в гърлото след поглъщане на рибена кост. Неколкократните прегледи, включително с ендоскопска техника, не установяват наличие на чуждо тяло. КТ изследването разкрива рибена кост, напълно имплантирана в дясната палатинална тонзила, както и оформен интратонзиларен абсцес. Под обща анестезия е извършена абсцес-монотонзилектомия и отстраняване на костта. Следоперативният период протича гладко. **Обсъждане:** Случаят подчертава диагностичните затруднения при изцяло потънали в тъканите рибени кости, които могат да останат незабелязани при стандартен оглед. КТ е метод с висока информативност, особено при подозрение за усложнения. Основен метод на лечение е незабавната екстракция на костта. **Заключение:** Рибените кости в областта на устната кухина и фаринкса изискват внимание и ранна диагностика. При липса на видима находка, но при персистиращи симптоми, образната диагностика е задължителна. Бързото откриване и своевременното хирургично лечение минимизират риска от усложнения и подобряват прогнозата.

Ключови думи: рибена кост в тонзилата, абсцес на тонзилата при чуждо тяло в нея, заседнала рибена кост усложнения

Abstract. Introduction: The impaction of fish bones in the soft tissues of the oral cavity and pharynx is a common reason for emergency consultations in otorhinolaryngology. Due to their characteristics, as well as the anatomy of the oropharynx, such bones may remain hidden even during thorough clinical examination and can lead to serious complications such as abscess, phlegmon, mediastinitis, and in rare cases – a fatal outcome. Computed tomography is used for timely diagnosis and localization of the site of impaction. **Case report:** We present a clinical case of a 50-year-old female patient with a one-week history of throat pain and a sensation of a foreign body after swallowing a fish bone. Multiple examinations, including endoscopic evaluation, failed to identify any foreign object. CT imaging revealed a fish bone completely embedded in the right palatine tonsil, as well as a formed intratonsillar abscess. Under general anesthesia, abscess-monotonsillectomy with removal of the bone was performed. The postoperative course was uneventful. **Discussion:** This case highlights the diagnostic challenges associated with deeply embedded fish bones, which may remain unnoticed during standard examination. CT is a highly informative method, particularly when complications are suspected. The primary method of treatment is the immediate extraction of the bone. **Conclusion:** Fish bones impacted in the soft tissues of the oral cavity and pharynx require careful evaluation and early diagnosis. In cases with no visible findings but persistent symptoms, imaging studies are mandatory. Rapid detection and timely surgical management minimize the risk of complications and improve patient outcomes.

Key words: fish bone in the tonsil, tonsillar abscess caused by foreign body, impacted fish bone complications

ВЪВЕДЕНИЕ

Инцидентите, свързани с попадане на чуждо тяло в горните отдели на храносмилателната система (устна кухина, мезофаринкс и хипофаринкс), са честа причина за посещение при специалист по уши-нос-гърло или в спешните отделения. Самите чужди тела по своя произход се разделят на две големи групи – органични и истински чужди тела. Сред тях рибените кости представляват най-честият вид органично чуждо тяло поради широката консумация на риба и морфологичните им особености [1, 2]. Ако потъналата в меките тъкани рибена кост не бъде своевременно отстранена, могат да настъпят редица тежки усложнения като инфекции в областта на шията, медиастинит, перфорация на хранопровода, ретрофарингеален хематом, пиепневмоторакс и дори смърт.

Механизмът, по който чуждите тела, и в частност рибените кости, се забиват в тъканите на уста, фаринкс и хранопровод, е пределно ясен – по време на акта на гълтане коренът на езика избутва оформената в устната кухина хапка към задната фарингеална стена, като, ако в нея се крие чуждо тяло с остри ръбове, то може лесно да бъде имплантирано в стената на фаринкса, палатиналните тонзили или в самия език [3, 4]. Палатинните тонзили, поради своята силно налобена структура и лимфоидна консистенция, могат да „уловят“ остри предмети, които проникват между криптите или в паренхимата [5], като в редица случаи, ако цялата дължина на костта проникне в дълбочина на тонзилата, не остават визуални следи за нейното присъствие.

Редица анатомични и поведенчески фактори обясняват предразположеността на горните отдели на храносмилателната система към попадане и потъване на рибените кости в меките тъкани, които ги изграждат – големи тонзили, тясно орофарингеално пространство, консумация на риба с дребни кости и недобро сдъвкване на хапките [6]. Видът на рибата също има значение: кости от риби с дълги, тънки и твърди ребра (като скумрия и флаундър) се забиват по-често [7, 8].

Клиничните прояви включват болка при преглъщане, усещане за чуждо тяло, дискомфорт в гърлото [9]. Тези симптоми често се засилват поради неадекватните действия на пациентите, предприети с цел самостоятелно отстраняване на костта от устата и гърлото.

Диагностиката на попадналите в горните отдели на храносмилателната система чужди тела се извършва с помощта на класически оглед на устна кухина и мезофаринкс, оглед на хипофаринкса с помощта на ларингеално огледало, като съвременната диагностика също така включва използването на флексибилна и ригидна оптика

(75° и 90°). Допълнителна помощ в диагностиката са образните изследвания, и в частност компютър-томографското изследване, широко използвано в световната практика за диагностициране на изцяло имплантирани в меките тъкани рибени кости. Не бива да се забравя обаче, че голям брой от тях са изключително малки, а също така и рентген-негативни, поради което отрицателният резултат от образното изследване не трябва да се приравнява с липса на заседнала рибена кост в уста и фаринкс. Образна находка, насочваща за възпаление в област с анамнеза за попаднала рибена кост, трябва да се приема като индиректен белег за нейното наличие.

Лечението на попаднали в устата и фаринкса рибени кости се състои в тяхното отстраняване възможно най-бързо, като в голям процент от случаите, когато част от забитата кост се подава от меките тъкани, екстракцията става в спешния кабинет под местна анестезия. В случаите, когато рибената кост е дълбоко в тъканите на горния храносмилателен тракт и точното ѝ местоположение е неясно, както и при вече настъпили усложнения, свързани с нея (абсцес, флегмон, хематом), е необходимо пациентът да се хоспитализира и след уточняване позицията на костта екстракцията да се извърши под обща анестезия [8, 10], по време на която се провежда и необходимата хирургична обработка на евентуално настъпилото усложнение. При деца допълнително усложнение, свързано с отстраняването на забитите рибени кости, е липсата на кооперация от тяхна страна по време на опитите за екстракция. Това може да удължи диагностичния процес и да повиши риска от усложнения [11].

Целта на статията е да се обърне внимание на тази нередка патология, чието подценяване от страна на личен лекар, лекар в спешно отделение или оториноларинголог може да доведе до немалък дискомфорт за пациента, да прерасне в нелеко усложнение и да завърши, макар и изключително рядко, със смърт.

КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ

Представяме клиничен случай на пациентка на 50-годишна възраст, постъпила в Клиниката с оплаквания от забита в гърлото кост от риба. Инцидентът по анамнестични данни е с давност около седмица. Оттогава пациентката е с оплаквания от болка и дискомфорт, засилващи се при прием на храна, основно локализиращи в областта на тонзилата. През това време е посетила двукратно УНГ спешен кабинет и въпреки обстойните прегледи, включително с ендоскопска оптика, не е забелязана кост, забита в областта на устната кухина, мезофаринкса и хипофаринкса. Предприети са различни опити за отстраняване на костта в домашни условия, без ефект.

Клинична картина – общ статус на пациентката, отговарящ на възрастта, афебрилна, ориентирана за време, място и собствена личност. Първоначалният оглед на уста, мезофаринкс и хипофаринкс, включително с ригиден и флексибилен ендоскоп, не установи наличие на чуждо тяло, забито в меките тъкани. Параклиниката е изцяло в норма – липса на възпалителни промени (табл. 1).

Таблица 1. Параклинични изследвания на пациентката

HGB	135,0 G/L	WBC	8.04 x 10 ⁹ /L
RBC	4.6 x 10 ¹² /l	PLT	340.0 g/L
HCT	0.416 L/L	MPV	7.9 fL
MCV	90.3 fL	PCT	0.268%
MCH	29.2 pg	PDW	8.7%
MCHC	324.0 g/L	ESR	7 mm/h
RDW	13.8%	CRP	1.0 mg/L

С цел диагностика бе извършено компютър-томографско изследване на устна кухина и фаринкс, както нативно, така и с контрастиране. Образното изследване откри suspectни данни за кост в дясна палатинална тонзила (фиг. 1), както и абсцес, оформен около забитото в лимфната тъкан чуждо тяло (фиг. 2).



Фиг. 1. КТ образ на потъналата в тонзилата рибена кост



Фиг. 2. Интратонзиларен абсцес, оформен около забитата в тонзилата рибена кост

След успешното локализиране на рибената кост, както и с оглед лечение на настъпилото усложнение от дългия ѝ престой в меките тъкани и след съгласие на пациентката, се взе решение за оперативна интервенция под обща анестезия. След въвеждане под анестезия и интубация с устноразтворител и шпатель на Клайнзасер се огледаха устната кухина и фаринксът. Първоначално не се забелязаха патологични промени в тези области. При докосване на дясна палатинална тонзила със шпателя се видя капка гной, изтичаща от нея, което позволи откриването на фистулен ход, водещ навътре в тонзилата. При проследяването на фистулата се попадна на голям интратонзиларен абсцес (позитивиран на образното изследване), който се дренира в устната кухина, без да даде възможност за вземане на секрет за микробиологично изследване. Поради размера на абсцеса (след дренирането му тонзилата частично се раздели на две) и неговата локализация се взе решение за отстраняване на дясната палатинална тонзила, което се извърши без затруднения. Допълнителен аргумент за нейното отстраняване бе подозрението за възникване на абсцеса на фона на забитата в тонзилата рибена кост и вероятността части от нея все още да са в лимфната тъкан.

Следоперативният период бе гладък. Болките на пациентката отзвучаха в рамките на 4-5 дни, като тя престана да съобщава за чувство на забито чуждо тяло в гърлото.

Хистологичният резултат потвърди диагнозата и подозренията за причината, довела до формиране на абсцеса – тонзиларна тъкан с реактивни промени, попада се на силно базофилен фрагмент, suspectен за чуждо тяло.

ОБСЪЖДАНЕ

Засядането на рибена кост или пълното ѝ потъване в меките структури на горните отдели на храносмилателната система е честа патология в оториноларингологичната практика. С нея също така често се сблъскват общопрактикуващите лекари и лекарите в спешните отделения. За разлика от чуждите тела в хранопровода, при които пациентската възраст обикновено е 1-3-6 години или напреднала старческа възраст, рибените кости в уста и фаринкс са честа патология при пациенти между 21 и 30 г., като в световната литература няма данни за полова зависимост – двата пола са приблизително еднакво представени според статистическите данни [12]. В описания от нас клиничен случай също не са налице както възрастови (50-годишна работоспособна жена), така и анатоמו-функционални предразположения (заболявания), които биха довели до повишен риск от засядане на рибена кост в областта на фаринкса.

Клинично, пациентите често описват моментна остра болка при поглъщане, следвана от постоянен локализиран дискомфорт, дисфагия и др. Честотата на основните симптоми при наличие на рибена кост в тонзилите или фарингеалната стена е представена на табл. 2 [1, 3, 8, 9].

Таблица 2. Честота на основните симптоми при наличие на рибена кост в тонзилите или меките тъкани на фаринкса

Симптом	Честота (%)	
Болка при преглъщане (одиофагия)	89%	Най-чест симптом, регистриран при над 2/3 от пациентите с чуждо тяло в тонзилите или фаринкса
Усещане за чуждо тяло в гърлото	82%	Втори по честота симптом; описан при почти всички пациенти с повърхностно забито чуждо тяло
Дисфагия	61%	Умерено често проявление при по-дълбоко проникване на чуждото тяло в меките тъкани
Зачервяване/оток на тонзилата	45%	Обективен белег при локално възпаление. Косвен признак за наличие на чуждо тяло
Видима кост при оглед	28%	Вижда се само при повърхностно фиксирани кости

В нашия клиничен случай основните оплаквания бяха, на първо място, усещане за чуждо тяло в областта на тонзилата, последвано от лека болка при преглъщане и хранене, без дисфагични оплаквания, без видима хиперемия в областта на проникване на костта, като тя бе напълно недостъпна за оглед и локализация по време на конвенционалните прегледи.

В някои случаи рибената кост е напълно скрита в паренхима, което изисква образно изследване – най-често компютърна томография (КТ), на която се визуализира линейна хиперденсна структура в съответната област [13]. Обикновената рентгенография в тази област според повечето автори има ниска диагностична стойност. Заседналата рибена кост, както и настъпилото усложнение (интратонзиларен абсцес) в нашия клиничен случай също бяха диагностицирани с помощта на компютър-томографско изследване с контраст.

От изключително значение е мястото, където е забита костта. Обикновено това са устната кухина и тонзилите, където при липса на своевременно лечение тя може да предизвика локално възпаление и образуване на абсцес около нея или да проникне в меките тъкани на фаринкса, образувайки хематом или абсцес сред тях или дори медиастинит [14, 15]. Единични са случаите, когато рибената кост пробива стената на хранопровода или стомаха. В редки случаи костта може да мигрира, достигайки до щитовидната жлеза [16]. Описани са дори инциденти с пробив на перикарда от мигрирала рибена кост с

последвала сърдечна тампонада, което за радост е казуистика, но е и ярък пример, че към всички инциденти на поглъщане на рибени кости с последвали оплаквания трябва да се отнасяме изключително внимателно. Честотата на основните места на засядане на рибените кости според данни от световната литература [7, 8] е дадена на фиг. 3.



Фиг. 3. Честота на основните места на засядане на рибените кости в горните отдели на храносмилателната система

Внимателният оглед на устна кухина, мезофаринкс, хипофаринкс и хранопровод е от съществено значение за локализацията на костта и нейното отстраняване. Трябва обаче да се има предвид, че невинаги дори при изразени оплаквания (болка) се открива забита рибена кост, като за радост, по статистически данни в над 80% от тези случаи симптомите постепенно отзвучават. Това вероятно се дължи или на спонтанното преминаване на чуждото тяло в стомаха и безпроблемната му по-нататъшна евакуация от организма, или на възстановяване на наранения от преминаването му лигавичен участък на уста, фаринкс или хранопровод. В представения от нас клиничен случай бе подхотено по идентичен начин – пациентката бе проследена за едноседмичен период, за който оплакванията не изчезнаха, при което последва хоспитализация, извършване на образна диагностика (КТ) и хирургично лечение.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Попадането на рибени кости в меките тъкани на уста и фаринкс е често срещана патология, характерна за всички възрасти.

Подробно снетата анамнеза, детайлният оглед и образната диагностика (КТ) са от критично значение за откриването на забитата кост. Неоткритите рибени кости могат да причинят редица тежки усложнения – хеморагия, абсцес, флегмон и други, като в макар и редки случаи може да доведат и до летален изход.

Обикновено локалната екстракция под визуален контрол е достатъчна, но при изцяло потъ-

нала в тъканите кост или при трудна за достъп локализация може да се наложи екстракцията да се извърши чрез ендоскопска или класическа хирургична интервенция.

Неподценяването на случаите със забита в устната кухина, фаринкса и хранопровода рибена кост от страна на общопрактикуващите лекари и специалистите (оториноларинголози, гастроентеролози и лекари в спешните отделения) е в основата на минимализиране на усложненията и оптимизиране на изхода от това състояние.

Библиография

1. Kim HU. Oroesophageal fish bone foreign body. *Clin Endosc.* 2016;49(4):318-326.
2. Ngan JH et al. A prospective study on fish bone ingestion. *Ann Surg.* 1990;211(4):459-462.
3. Iwata N et al. Fish bone foreign bodies in the oropharynx: retrospective review of 368 cases. *Clin Case Rep.* 2021;9(8):e04844.
4. Ojala L et al. Unusual location of fish bone foreign body in the tonsil. *J Laryngol Otol.* 2018;132(3):280-282.
5. Lim CT et al. Pathophysiological mechanisms in tonsillar impaction of fish bones. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019;276(6):1673-1679.
6. Chiu TF et al. Predictive factors for location of fish bones in the throat. *Am J Emerg Med.* 2006;24(7):785-790.
7. Tohoku University Hospital Study Group. Epidemiological trends in oropharyngeal fish bone impaction. *Jpn J Otolaryngol.* 2020;123(2):91-98.
8. Kim JP et al. Management of foreign bodies in the pharynx and esophagus. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2008;1(1):23-28.
9. Lue AJ et al. Clinical features and management of fish bone ingestion. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;123(4):435-438.
10. Zhang X et al. Endoscopic removal of fish bones in the upper aerodigestive tract: a 5-year study. *Laryngoscope.* 2019;129(2):458-463.
11. Kang KJ et al. Pediatric ingestion of fish bones: clinical characteristics and management. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2016;19(3):168-174.
12. Santosh Kumar Swain, Santosh Kumar Pani, Mahesh Chandra Sahu. Management of fish bone impaction in throat – Our experiences in a tertiary care hospital of eastern India; *Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences* 18 (2017) 27-30.
13. Sanei Taheri M et al. Imaging findings of fish bone foreign bodies. *Radiographics.* 2014;34(7):1959-1974.
14. Kuo CL et al. Deep neck infection caused by migrated fish bone. *Head Neck.* 2011;33(10):1490-1494.
15. Lim JH et al. Mediastinitis secondary to fish bone perforation: case report. *J Korean Med Sci.* 2005;20(6):1079-1081.
16. Huang T et al. Thyroid migration of fish bone: case report and review. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2013;122(10):631-634.

✉ *Адрес за кореспонденция:*
Д-р Стоян Марков
e-mail: Stoyan.Markov@mu-plovdiv.bg