

1. Черемисина, О. В. Возможности эндоскопической диагностики предопухолевых заболеваний и рака гортани в современной онкологии / О. В. Черемисина, Е. Л. Чойнзонов // Сибирский онкологический журнал. — 2007. — № 3 (23). — С. 5–9.
2. Татчихин, В. В. Рак гортани, гортаноглотки, корня языка: монография / В. В. Татчихин, И. Д. Шляга, Е. П. Медведева. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — 224 с.
3. Оториноларингология: учеб пособие / П. А. Тимошенко [и др.]; под ред. П. А. Тимошенко. — Минск: Выш. шк., 2014. — 432 с.
4. Шляга, И. Д. Хронический гиперпластический ларингит. Классификация и лечение: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / И. Д. Шляга. — Минск, 1995. — 137 л.

УДК 616.22-002.2-002.18-07

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИМ ЛАРИНГИТОМ

Солодкая А. Б.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Среди воспалительных заболеваний гортани особое место занимает хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ), который характеризуется длительностью течения, частыми рецидивами, приводящими к длительной нетрудоспособности, что ведет как к нарушению голосообразования, затруднению речевого общения, выполнению профессиональных обязанностей так и возможности возникновения злокачественных новообразований на фоне хронического воспаления.

Актуальность данной проблемы связана с ростом заболеваемости ХГЛ, вследствие воздействия на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, и в частности гортани, неблагоприятных экологических факторов [1].

Диагностический комплекс, включающий микологическое, микробиологическое, иммунологическое, морфологическое исследование является полноценным и диагностически важным [2].

В последнее время одним из наиболее ценных и значимых методов в ларингологии является иммунологический метод, который включает данные как общего, так и местного иммунологического статуса с определением содержания секреторного IgA в ротовой жидкости, как фактора первой линии иммунологической защиты [3].

Цель

Провести иммунологическое, микробиологическое, микологическое исследование пациентам с различными формами ХГЛ. Изучить спектр микробиоты и микобиоты у пациентов и определить уровень резистентности к основным антимикотическим препаратам клинически значимых штаммов.

Материалы и методы исследования

Проведено комплексное обследование и лечение 118 пациентов с ХГЛ в условиях ЛОР-стационара УГОКБ и консультативного ЛОР-кабинета РНПЦ с января по декабрь 2014 г.

Микробиологическое и микологическое исследование (определение микробиоты и микобиоты с видовой идентификацией и чувствительностью к антимикотическим и антибактериальным препаратам).

Иммунологическое исследование — популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов, функциональную активность нейтрофилов, уровень сывороточных IgA, M, G; ЦИК, определение уровня sIgA ротовой жидкости.

Результаты исследования

После проведения специальных микробиологических исследований, был выявлен

следующий спектр микробиоты *St. aureus* — 75–80 %, *St. haemolyticus* — 10–15 %, гр. «-» палочки — 9–11 %, *E. coli* — 10–14 %. Бактериальные ассоциации (*St. aureus*, гр. «-» палочки) — 1–2 %.

При изучении спектра микробиоты у 45 % пациентов были получены следующие данные: дрожжеподобные грибы рода *Candida* — 90,4 %. Видовой состав рода *Candida*: *C. albicans* — 72 %, *C. krusei* — 10 %, *C. parapsilosis* — 2,8 %, *C. valida* — 2,8 %, *C. tropicalis* — 1,4 %, *C. glabrata* — 1,4 %. Плесневые грибы рода *Aspergillus* — 5,6 %. Видовой состав *Aspergillus* spp. — 4,4 %, *Penicillium* spp. — 1,6 %. Ассоциация микробиоты была выявлена в 3,5 % случаев.

При определении спектра чувствительности к антимикотическим препаратам были получены следующие результаты: *C. albicans* в 82 % случаев чувствительны к интраконазолу, в 86 % к флуконазолу. Выявлена устойчивость к флуконазолу: *C. krusei* — 100 %, *C. valida* — 67 %, *C. tropicalis* — 60 %, *C. glabrata* — 33 %. Род *Candida* и *Geotrichum capitatum* в 100 % случаев чувствительны к амфотерицину В и вориконазолу. Плесневые грибы: *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* в 100 % устойчивы к флюцитозину и флуконазолу, и в 100 % случаев чувствительны к амфотерицину В и вориконазолу, в 98 % чувствительны к интраконазолу.

Данные иммунограмм, обследуемых нами 41 пациента, отражали наличие дисбаланса в иммунном статусе. Было обнаружено снижение уровней CD3+T — общего и CD4+T-хелперов и CD8+T-лимфоцитов, снижение иммунорегуляторного индекса, в основном за счет дефицита CD4+T-хелперов.

Отмечено значительное повышение уровня ЦИК.

Результат иммунологического исследования ротовой жидкости: секреторный IgA был снижен у 41 пациента (100 %). Сывороточный IgA был повышен всего лишь у 7 пациентов (17 %). IgM повышен у 29 пациентов (71 %). IgG повышен у 31 пациента (76 %).

Выводы

1. Диагностика ХГЛ должна быть комплексной и базироваться на клинико-лабораторных данных, так как клинические проявления различных форм ХГЛ не имеют абсолютных специфических проявлений, а наличие грибковой инфекции на слизистой оболочке гортани требует индивидуального подхода к лечению.

2. Комплексное обследование пациентов с различными формами ХГЛ рекомендуется дополнять оценкой иммунного статуса пациента с анализом параметров общего и местного иммунитета, а также родовой и видовой идентификацией гриба с анализом чувствительности к антимикотическим препаратам, что вносит существенный вклад в вопросы дифференциальной диагностики, прогнозирования течения заболевания, контроль эффективности лечения, и предупреждение возникновения и развития злокачественных процессов.

3. При ларингомикозах ведущим возбудителем грибковой инфекции являются грибы рода *Candida*: *C. albicans* — 72 %, *C. krusei* — 10 %.

4. Поскольку данные микробиологических исследований позволяют выявить наличие резистентных штаммов к флуконазолу (в 100 % случаев плесневая микробиота, *C. krusei* в 100 %, *C. valida* в 67 %, *C. tropicalis* в 60 % случаев). Подбор антимикотических препаратов должен осуществляться строго с учетом видовой идентификации и чувствительности к антимикотическим препаратам.

5. У пациентов с ХГЛ грибково-бактериальной природы, выявлены признаки недостаточности как в общем, так и в местном иммунологическом статусе, что вероятнее всего обуславливает затяжной характер процесса, частые рецидивы.

6. На основе проведенных иммунологических анализов, у пациентов с различными формами хронического гиперпластического ларингита, можно судить о важности sIgA, который у 41 пациента был снижен (100 %). Повышение IgG у 31 пациента (76 %) сви-

детельствует о хронизации процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шляга, И. Д. Хронический гиперпластический ларингит. Классификация и лечение: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / И. Д. Шляга. — Минск, 1995. — 137 л.
2. Койко, Р. Иммунология: учеб. пособие / Р. Койко, Д. Саншайн, Э. Бенджамини; пер с англ. А. В. Камаева, А. Ю. Кузнецовой; под ред. Н. Б. Серебряной. — М. : Издательский центр «Академия», 2008. — 368 с.
3. Старосентский, Б. В. Хронический фарингит грибковой этиологии. Клинико-микологическое исследование: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.04 / Б. В. Старосентский. — М., 1990. — 161 л.

УДК 615.825:616.717.7/9-001

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ПРИ ТРАВМАХ КИСТИ

Солон В. В.

Научный руководитель: преподаватель А. Н. Поливач

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Кисть руки способна выполнять самые различные, подчас очень сложные профессиональные и бытовые функции. К важнейшим из них относят захват и удержание предметов. Являясь очень тонким сенсорным аппаратом, кисть и пальцы обладают возможностью определять болевой, температурный, тактильный и стереогностический виды чувствительности, а также степень давления. Когда нагрузки на кисть превышают ее адекватную работоспособность, происходит повреждение связок, сухожилий, костей. Для восстановления работоспособности кисти необходим комплекс реабилитационных мер.

Цель

Рассмотреть роль лечебной физической культуры в реабилитации при повреждениях кисти.

Материалы и методы исследования

Анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Результатом реабилитации при травмах кисти является восстановление рабочей функции и укрепление травмированной области. Одним из основных методов по восстановлению работоспособности кисти является лечебная физическая культура (ЛФК). Действующим фактором ЛФК являются физические упражнения, специально организованные (гимнастические, спортивно-прикладные, игровые) и применяемые в качестве неспецифического раздражителя с целью лечения и реабилитации больного. Физические упражнения способствуют восстановлению не только физических, но и психических сил [1].

Особенностью ЛФК является естественно-биологическое содержание, так как в лечебных целях используется функция движения, которая представляет собой биологический раздражитель, стимулирующий процессы роста, развития и формирования организма. Любой комплекс лечебной физкультуры включает больного в активное участие в лечебном процессе, в противоположность другим методам лечения, когда больной обычно пассивен и все процедуры выполняет медицинский персонал (например, физиотерапевт) [2].

При применении ЛФК необходимо равномерно распределить нагрузку в зависимости от времени начала лечения. В первый период реабилитации больной должен выполнять упражнения для восстановления рабочей деятельности кисти как больной, так и здоровой руки. Все движения не должны вызывать боли в месте повреждения. На первом этапе рекомендуется выполнять следующие специальные упражнения:

1. Руки на скользящей плоскости стола. Активные сгибания и разгибания пальцев,