

После проведенной витреоретинальной хирургии макулярной зоны острота зрения улучшилась у 189 пациентов (79,4%), осталась той же у 49 пациентов (20,6%). Архитектоника сетчатки в макулярной зоне была восстановлена у 158 пациентов (66,4%), неполное закрытие макулярного разрыва со сближением краев наблюдалось у 80 человек (33,6%), 35 пациентам (12,8%) хирургическое вмешательство не проводилось из-за их соматического состояния. ВРХ МЗ при ламеллярном разрыве была проведена только при наличии эпиретинальной мембраны и сильном витреомакулярном тракционном синдроме (ВМТС). Следует отметить, что у всех пациентов с кистозно-макулярным отеком (59 глаз) наблюдалось неполное закрытие макулярного разрыва.

Выводы

Макулярные разрывы чаще диагностируются при первичном обращении у женщин в возрастном диапазоне 61–70 лет. Большую часть макулярных разрывов составили сквозные – 72,4%, большие – 91,9%, 4 стадии – 88,9%, односторонние – 90,8%. После витреоретинальной хирургии макулярной зоны сетчатки архитектура сетчатки восстановлена у 66,4%. Наличие кистозно-макулярного отека значительно осложняет течение и исходы макулярных разрывов. Современные методы хирургического лечения макулярных разрывов обеспечивают восстановление структуры наружных слоев сетчатки и высокие зрительные функции при условии прозрачности оптических сред глаза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобр, Т. В. Ламеллярные макулярные разрывы: практическое пособие для врачей / Т. В. Бобр, А. В. Ракович. – Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2023. – 24 с.

УДК 616.322-002.828-007.61

М. О. Межейникова, И. П. Главацкая, Н. П. Челебиева, Г. В. Тищенко

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МИКОЗ-АССОЦИИРОВАННАЯ ГИПЕРПАЗИЯ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ

Введение

Язычная миндалина располагается у корня языка и входит в состав лимфоэпителиального глоточного кольца Вальдейера – Пирогова, которое относится к периферическому органу иммунной системы [1–2].

Распространенность заболеваний язычной миндалины значительно выше, чем их выявляемость. Это связано с ее анатомо-топографическими и морфологическими особенностями расположения и строения соответственно, а также с относительной трудностью осмотра (высокий глоточный рефлекс), необходимостью владения врачом-специалистом техниками гипофарингоскопии и отсутствием четкого алгоритма клинического обследования таких пациентов [3].

Одной из причин гиперплазии язычной миндалины является врожденная предрасположенность к этой аномалии развития, которая активизируется благодаря анатомическому расположению IV миндалины, лежащей на воздухоносном и пищевом пути, постоянной ее травматизацией грубой, горячей и острой пищей. Среди наиболее частых причин можно выделить влияние вируса Эпштейн – Барра, विकарное увеличение после хирургического удаления других элементов кольца Пирогова – Вальдейера (тонзиллэктомия, аденотомия), гастроэзофагиальный рефлюкс [4].

Наличие гиперплазии и хронического воспаления язычной миндалины может вызывать неприятные ощущения в горле, сухой кашель, периодические боли, затруднение при глотании и дыхании, ошибочно принимаемые за проявление фарингита, служить причиной патологического храпа и остановок дыхания во сне, а также оказывать влияние в качестве очага инфекции на возникновение и течение системных заболеваний организма [3; 5–6].

Одним из самых распространенных способов лечения гиперпластических процессов в глотке является хирургический. На современном этапе развития медицины наиболее актуальным и физиологически оправданным методом хирургического воздействия на структуры глотки является карбондиоксидный (CO₂) лазер. Первый лазер, созданный в 1964 г. Пателом Кумаром, до сих пор остается наиболее востребованным. Это самый мощный из всех используемых в медицине лазеров [7].

В то же время частота фарингитов грибковой этиологии – фарингомикозов (ФМ) – растет с каждым годом. За последние 15 лет частота фарингомикозов в структуре инфекционных поражений глотки и миндалин составила 30%. Потенциальными возбудителями микозов являются более 400 видов грибов. Наиболее часто встречаются представители рода *Candida* (93–97% по разным данным): *C.albicans* – у 39% больных, *C.tropicalis* – 12%, *C.krusei* – 9%, *C.pseudotropicalis* – 4%, *C.glabrata* – 4%, другие виды *Candida spp.* – у 32% больных. В 3% случаев основными возбудителями служит плесень [8].

Цель

Демонстрация клинического случая микоз-ассоциированного течения гиперплазии язычной миндалины.

Материал и методы исследования

Клинические данные пациентки оториноларингологического отделения учреждения «Гомельская областная клиническая больница», неоднократно находившиеся на стационарном лечении с октября 2019 по июнь 2022 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Данный клинический случай демонстрирует важность своевременной и качественной диагностики заболеваний глотки (микоз-ассоциированной гиперплазии язычной миндалины), включающей сбор анамнеза и жалобы пациента; гипофарингоскопию, прямую видеооптическую эндоскопическую фарингоскопию, что позволяет выявить диффузное увеличение миндалины или разрастание отдельной ее доли, наличие кист, казеоза в лакунах, грибковых налетов, изъязвлений; проведение микроскопического, микробиологического методов для определения микро- и микобиоты гортаноглотки; патологогистологического и гистохимического (ШИК-реакция) исследований послеоперационных и биопсийных образцов пораженной язычной миндалины; ультразвукового, рентгенологического исследований, которые отражают плотность ткани, ее границы и наличие в строме более плотных очагов и кист; а также магнитно-резонансной томографии, при которой отчетливо видна степень увеличения миндалины и ее распространенность [3]. Вышеизложенные информация свидетельствует о необходимости разработки современного диагностического алгоритма хронической патологии глотки для улучшения качества диагностики микоз-ассоциированной гиперплазии язычной миндалины, обладающего медицинской социально-экономической эффективностью, что могло бы служить опорной документацией в работе с такими пациентами.

Важной характеристикой демонстрируемого клинического случая является необходимость настороженности врачей-клиницистов в отношении микотической патологии глотки, ассоциированной с гиперпластическими процессами, которая может влиять на течение основного заболевания, изменяя и маскируя классическую клиническую карти-

ну; продлевать сроки реабилитации пациента. Осведомленность специалистов в отношении возможных причин развития данного заболевания (агрессивность текущей вирусной инфекции и ее тропность к лимфоидной ткани глотки, COVID-19-ассоциированные инфекции, иммунодефициты и дисбаланс в работе как местного, так и системного иммунитета организма; расстройство нейропсихологического статуса пациента на фоне хронического стресса; нарушение мико- и микробиома глотки и кишечника и как следствие дисфункция работы дыхательной, пищеварительной, нервной системы в аспекте существования метаболической оси «глотка-кишечник-мозг»); способов терапевтического лечения (соблюдение диеты, исключающей острые, кислые, горячие блюда, полоскания вяжущими антисептическими средствами, физиотерапия, при необходимости – антибиотикотерапия), а также в случае отсутствия эффекта хирургического лечения (высокотехнологичные методы воздействия на ткань миндалина: лазерное, холодноплазменное, радиоволновое, которые не только удаляют новообразование, но и приводят дезинтеграции, сокращения объема миндалина и элиминация очага воспаления) [3, 8].

Выводы

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует неопределимую значимость многофакторного подхода к вопросам возможных причин развития микоз-ассоциированной гиперплазии язычной миндалина, диагностике и современной тактике лечения данной патологии. В настоящий момент существует потребность разработки современного диагностического алгоритма хронической патологии глотки, обладающего медицинской социально-экономической эффективностью, что могло бы служить опорной документацией в работе врача-клинициста с такими пациентами. Проблема развития микоз-ассоциированной гиперплазии язычной миндалина на фоне других болезней глотки в настоящий момент приобретает все большую актуальность в практической медицине и требует детального изучения этого вопроса. Описание данного клинического примера отражает не только проблему существования таких пациентов и увеличение их доли в структуре ЛОР-патологии, но и служит мотивом к поиску возможных причин, а следовательно, актуальных действенных способов терапии как консервативной (изучение различных схем приема антимикотических препаратов), так и хирургической (применение CO₂-лазера с целью дезинтеграции, сокращения объема миндалина и элиминация очага воспаления) [3, 8]. Особого внимания в современных реалиях заслуживает наличие осведомленности и настороженности врачей всех специальностей в отношении наличия фарингомикоза у пациентов с гиперплазией язычной миндалина для своевременной оценки мико- и микробиома глотки с целью правильного подбора своевременной комплексной терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – 2-е изд., испр. и доп. – М. : Медицина, 2008. – 656 с.
2. Анализ хронической патологии глотки по результатам патологогистологических заключений / И. Д. Шляга [и др.] // Проблемы здоровья и экологии – 2023. – № 20 – С. 65–74.
3. Гришунина, О. Е. Распространенность гипертрофии язычной миндалина и тактика лечения. / О. Е. Гришунина, М. Г. Лейзерман // Проблемы женского здоровья – 2013. – № 8 – С. 77–79.
4. Блоцкий, А. А. Гипертрофия язычной миндалина / А. А. Блоцкий, В. В. Антипенко // Актуальные вопросы оториноларингологии : материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием, Благовещенск, 30 июня 2016 г. / Амурская гос. мед. акад. ; редкол.: А. А. Блоцкий (гл. ред.) [и др.]. – Благовещенск, 2016. – С. 111–113.
5. Апостолиди, К. Г. Роль оториноларинголога в решении проблемы синдрома обструктивного апноэ сна и значение эндоскопии верхних дыхательных путей в диагностике этой патологии / К. Г. Апостолиди, О. В. Савчук, С. Ю. Золотухин, Е. А. Добриков // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова – 2021. – № 16. – С. 158–162.
6. Накатис, Я. С. Радиочастотная редукция и резекция язычной миндалина / Я. С. Накатис, М. Г. Лейзерман, О. Е. Гришунина // Российская оториноларингология. – 2012. – № 6. – С. 114–117.

7. Болотин, М. В. Трансоральные лазерные резекции опухолей полости рта и ротоглотки / М. В. Болотин, А. М. Мудунов, Р. И. Азизян, О. А. Саприна // Опухоли головы и шеи – 2016. – № 6. – С. 28–32.

8. Васильева, Л. Н. Фарингомикозы: современные клинические аспекты / Л. Н. Васильева, А. Г. Ксенофонтова, С. В. Баюкова // Антибактериальная терапия в оториноларингологии: материалы Межрегиональной научно-практической конференции, Чебоксары, 28 марта 2019 года. Чебоксары: Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2019. – С. 15–21.

УДК 616.321-002-002.828-039.4

М. О. Межейникова, А. А. Степанец, М. М. Морковкина

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАРИНГОМИКОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ИНФЕКЦИОННОГО ГЕНЕЗА

Введение

Возбудители инфекций по-разному воздействуют на организм человека и в месте внедрения, запуская каскад патологических процессов, и в месте основной локализации. Формирование комплексной патологии инфекционного генеза зависит от неспецифических защитных сил, биологических свойств возбудителей, одновременности или последовательности заражения, интервалов между инфицированием различными агентами и пр. [1]. Наличие ассоциативной и антагонистической форм взаимодействие нескольких возбудителей в человеческом организме обуславливает сложный и качественно иной инфекционный и эпидемический процесс, который не может быть выражен простым сложением признаков, характерных для каждой из составляющих его моноинфекций. Активизация инфекционного процесса, вызванного обоими (всеми) возбудителями, часто встречается на практике и, как правило, приводит к утяжелению клинического течения каждого заболевания и, скорее всего, соматических заболеваний в целом, к затяжному течению и ухудшению прогноза [2]. Наиболее распространенным вариантом течения сочетанных инфекций являются сочетанные инфекции, протекающие с преимущественной активизацией одного инфекционного процесса и, следовательно, доминированием клинической картины одного из имеющихся инфекционных заболеваний. В случае антагонизма между возбудителями сочетанной инфекции, когда происходит одновременное инфицирование двумя вирусами, это может приводить к частичному угнетению их репродукции [3]. Особо интересной остается проблема изучения патологий инфекционного генеза на фоне фарингомикоза. Данная категория пациентов представляет из себя наиболее важный научный интерес в плане возникновения, течения и исхода данного заболевания.

Цель

Изучить частоту встречаемости фарингомикоза у пациентов, находящихся на лечении в учреждении «Гомельская областная клиническая инфекционная больница» (У «ГОКИБ») в период с 2019 по 2022 гг.

Материал и методы исследования

На базе У«ГОКИБ» в период с 2019 по 2022 годы нами произведен ретроспективный анализ 56 историй болезни пациентов с патологией инфекционного генеза (ВИЧ-инфекция, Covid-19, острая респираторная инфекция (ОРИ), хронический тонзиллит, внегоспитальная двухсторонняя пневмония, ларинготрахеит, лакунарная ангина). В исследо-