

вариабельности расположения, но и индивидуальной анатомической изменчивости размеров вен.

Цель

Определить вариабельность размеров вен яичка.

Материал и методы исследования

Ультразвуковое исследование проводили среди мужчин г. Гомеля. В результате было получено 35 результатов ультразвукового исследования. Среди них 20 — без патологий, а 15 — с расширением вен с левой стороны.

Результаты исследования и обсуждения

Яичковая вена (*v. testicularis*) является висцеральным притоком нижней полой вены. Яичковая вена (*v. testicularis*) парная, начинается от заднего края яичка многочисленными венами, которые оплетают одноименную артерию, образуя лозовидное сплетение, *plexus rampriniiformis*. У мужчин лозовидное сплетение входит в состав семенного канатика. Сливаясь между собой, мелкие вены формируют с каждой стороны по одному венозному стволу. Правая яичковая вена впадает под острым углом в нижнюю полую вену, а левая яичковая вена под прямым углом впадает в левую почечную вену [1]. В месте впадения правая яичковая вена образует клапан, а левая клапана не образует, поэтому варикозное расширение вен семенного канатика встречается слева значительно чаще, чем справа [3]. Коллатеральный отток от яичка и семенного канатика возможен по наружным половым венам (*v. pudendae externae*) в бедренную вену (*v. femoralis*), по задним мошоночным венам (*v. scrotales posteriors*) во внутреннюю половую (*v. pudenda interna*), по вене мышцы, поднимающей яичко (*v. cremasterica*), и вене семявыносящего протока (*v. ductus deferentis*) в нижнюю надчревную вену (*v. epigastica inferioir*).

Согласно данным, приведенным в литературных источниках, средний размеры яичковой вены в норме составляет до 2,5 мм [2].

В ходе проведенного исследования, средний размер вен без патологий оказался равным $2,13 \pm 0,21$ справа и $2,24 \pm 0,23$ слева. Отклонение от нормы оказалось равным $2,22 \pm 0,19$ справа и $2,85 \pm 0,15$ слева. Исследование проводилось в покое, в положении лежа на спине.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования, установлено:

1. Средний размер вен в норме составил: $2,13 \pm 0,21$ справа и $2,24 \pm 0,23$ слева.
2. Отклонение от нормы наблюдается с левой стороны — $2,85 \pm 0,15$.
3. Левая яичковая вена впадает под прямым углом в левую почечную вену и в области впадения клапана не образует. Данный аспект является решающим в возникновении варикоцеле с левой стороны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анатомия человека: в 2 т. / М. Р. Сапин [и др.]; под ред. М. Р. Сапина. — 5-е изд., перераб. и доп.: — М.: Медицина, 2001. — Т. 1. — 640 с.
2. Лопаткин, Н. А. Руководство по урологии: в 2 т. / Н. А. Лопаткин. — М.: Медицина, 1998. — Т. 2. — С. 207–219.
3. Кованов, В. В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В. В. Кованов. — М.: Медицина, 2003. — 400 с.

УДК 616.322-002.828-07-08

ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЕ МИКОЗЫ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Межейникова М. О.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последние десятилетия грибковые заболевания слизистой оболочки полости рта и глотки значительно увеличились. Это связано с грибковой инфекцией, которая относится к

оппортунистической и при определенных иммунодефицитных состояниях может активизироваться в полости рта и глотке. [4] Почти у каждого четвертого пациента с данной патологией глотки диагностируется микоз [5].

Цель

Осветить актуальные проблемы грибкового поражения полости рта и глотки. Отразить значимость данной патологии в общей нозологической структуре заболеваний уха, горла, носа.

Материал и методы исследования

Анализ различных источников литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным микологического обследования 347 пациентов с клиническими признаками грибковой инфекции со стороны глотки (290) и гортани (157), находившихся на лечении в ЛОР-клинике ГомГМУ и консультативно-поликлиническом отделении РНПЦ радиационной медицины и экологии человека (2006–2012 гг.), пациенты распределены по нозологическим формам следующим образом: орофарингеальный микоз (ОРФМ) — 215 (45 %), фарингомикоз (ОФК) — 75 (15 %), ларингомикоз — 157 (32 %), фаринголарингомикоз — 39 (8 %). Получен следующий спектр микобиоты при фарингомикозах: *C. albicans* (74 %), *C. krusei* (7,5 %), *C. parapsilosis* (3,5 %), *C. tropicalis* (3,2 %), *C. valida* (1,2 %), *C. glabrata* (1,0 %), *Aspergillus spp.* (3,5 %), *Penicillium spp.* (1,6 %), *Mucor* (1 %), *Geotrichum capitatum* (2,2 %), *Saccharomyces spp.* (1,8 %), ассоциация микобиоты — 6,2 %. *C. albicans*, являясь ведущим возбудителем кандидозов, сохраняет высокую чувствительность к флуконазолу (86 %) и итраконазолу (82 %). Устойчивость к флуконазолу отмечена у *C. krusei* (100 % устойчивых штаммов), *C. valida* (67 %), *C. tropicalis* (60 %) и *C. glabrata* (33 %). Все выделенные штаммы грибов рода *Candida* (100 %) чувствительны к амфотерицину В и вориконазолу. *Geotrichum capitatum* чувствительны только к амфотерицину В и вориконазолу. Плесневые грибы рода *Aspergillus* и *Mucor* устойчивы (100 %) к флуконазолу, флуцитозину, чувствительны к амфотерицину В, вориконазолу, итраконазолу. [4]

В большинстве случаев грибковое заболевание полости рта и глотки вызывает *C. albicans*. Этот вид обнаруживается в полости рта у около 60 % здоровых взрослых, с большей частотой у женщин и у курящих мужчин. Другие виды *Candida* по числу выделений от здоровых лиц значительно уступают *C. albicans*, составляя от 10 до 20 % всех случаев орального кандидоносительства. На втором месте после *C. albicans* обычно стоит *C. glabrata*, особенно у пожилых пациентов, реже — *C. tropicalis*, *C. parapsilosis* (в последнем случае — почти у 50 % детей-кандидоносителей) [2, 3]. При орофарингеальном кандидозе у ВИЧ-инфицированных в числе возбудителей чаще появляются редкие виды *Candida* — *C. sare*, *C. dubliniensis*, *C. famata*, *C. lipolytica* и *C. guilliermondii*. Сообщалось также о выделении у пациентов сахарным диабетом — *C. rugosa*, от онкологических пациентов — *C. inconspicua* и других дрожжевых грибов. При лечении системными антимикотиками и антибиотиками может повышаться доля устойчивых к ним видов, *C. glabrata* и *C. krusei*, а также *C. kefyr*, в том числе выделенных одновременно с устойчивыми штаммами *C. albicans*. Источник инфицирования может быть как эндогенным, когда повреждения слизистой оболочки вызывают грибы рода *Candida*, уже обитающие там, и внешним, экзогенным. У взрослых экзогенный путь — чаще алиментарный, когда в полость рта грибы попадают вместе с контаминированной ими пищей, или бытовым, когда, например, в рот попадают *Candida*, обитающие в зоне гипонихия, или просто временные коммсалы кожи. Экзогенное инфицирование у здоровых людей, как правило, не приводит к колонизации полости рта. Кандидоз полости рта встречается у 5 % новорожденных, и почти у 10 % грудных младенцев, это связано с незавершенностью формирования иммунной защиты от воздействия микотической инфекции. Также к факторам риска относятся раннее искусственное вскармливание, кормление смесями с высоким содержанием сахара, длительное пребывание ребенка в больнице, бесконтрольное применение антибактериальных препаратов. В 56,4 % случаев источником заражения являются матери с влагалищным кандидоносительством или урогенным кандидозом, наблюдающимся у 25 % рожениц. Позднее инфицирование новорож-

денного от матери осуществляется со слизистой оболочки полости рта, с кожи соска и рук, или обслуживающего медицинского персонала. У здоровых взрослых людей это довольно редкое заболевание, встречающееся почти исключительно у предрасположенных субъектов. У пожилых людей распространенность кандидоза полости рта в силу разных причин опять приближается к 10 %, а у постоянных носителей зубных протезов — до 60 %. У здоровых взрослых людей это довольно редкое заболевание, встречающееся почти исключительно у предрасположенных субъектов [5].

Факторы, индуцирующие кандидоз полости рта (Л. В. Потапов, Т. М. Будумян, 2005): микротравмы (нарушение целостности ткани, создание «входных ворот» для инфекции); прорезывание молочных зубов, зубные протезы, кариозные зубы, элементарные механические травмы; нарушения обмена веществ (углеводный и жировой обмен, гиповитаминозы) и эндокринная патология (сахарный диабет, дисменорея, гипотирозидизм, гипертириозидизм, гиперкортицизм, гипофункция яичников, полиэндокринная недостаточность), железодефицитные состояния; соматические заболевания, ослабляющие резистентность организма (заболевания ЖКТ, урологическая и гинекологическая патология, нарушение иммунитета); вторичные иммунодефицитные состояния, обусловленные длительно протекающими хроническими заболеваниями; кандидоносительство; хронические неспецифические заболевания СОПР [1, 2].

Клиническая классификация кандидоза полости рта, предложенная Н. Д. Шеклаковым (1976): острый псевдомембранозный кандидоз (молочница); острый атрофический кандидоз; хронический гиперпластический кандидоз; хронический атрофический кандидоз.

Диагностика орофарингеальных микозов базируется на следующих данных: сбор анамнеза и клиническая картина заболевания, культуральный метод, биопсия с гистологическими исследованиями, серологические методы, определение маннапротеинов (галактоманнан) в крови, ПЦР, иммунологическое исследование.

Принципы лечения.

Антимикотики (с учетом резистентности микобиоты), антибактериальные препараты (при грибково-бактериальной инфекции), коррекция иммунодефицитного состояния, устранение факторов риска, лечение фоновых заболеваний, патогенетическая и симптоматическая терапия [4].

Выводы

На сегодняшний день микотическое поражение ротоглотки выходит на первое место и имеет тенденцию к росту, среди другой микотической патологии уха, горла, носа. Основными возбудителями микотических поражений ротоглотки являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*. В настоящее время возрастает этиологическая значимость видов *Candida non-albicans* на фоне прогрессирования ВИЧ-инфекции. Частота выявления грибковой инфекции при хроническом фарингите среди всех грибковых заболеваниях уха, горла, носа за последние годы выросла почти в два раза: 24 % — по данным 1989 г. и 44,6 % — по данным 2007 г. [3] Проблема грибкового поражения глотки в настоящее время до конца не освещена и требует дальнейшего изучения ввиду большой своей значимости в общей нозологической структуре заболеваний уха, горла, носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буркутбаева, Т. Н. Диагностика и лечение микотических поражений верхних дыхательных путей, вызванных микотическими микроорганизмами / Т. Н. Буркутбаева // Российская оториноларингология. — 2005. — № 3. — С. 40–43.
2. Заболотный, Д. И. Особенности состава микробиоты при заболеваниях верхних дыхательных путей и уха / Д. И. Заболотный, О. Г. Вольская, И. С. Зарицкая // Тез. докл. I съезда микологов России, Москва, 11–13 апреля 2002 г. / Нац. акад. микологии. — М., 2002. — С. 382.
3. Кунельская, В. Я. Современное состояние вопроса диагностики и лечения грибковых заболеваний ЛОР-органов // В. Я. Кунельская // Вестник оториноларингологии. — 2009. — № 4. — С. 75–78.
4. Анализ микробиоты верхних дыхательных путей у пациентов Гомельского региона / И. Д. Шляга [и др.] // Проблемы медицинской микологии. — 2008. — Т. 10, № 3. — С. 12–14.
5. Agents for treatment of invasive fungal infections / L. Beatriz [et al.] // Otolaryngol Clin North Am. — 2000. — № 33. — P. 277–299.