

нормализовать функцию почек у 71,6% пациенток с нарушениями функции до операции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кан, Д. В. Руководство по акушерской и гинекологической урологии / Д. В. Кан. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1986. – 487 с.
2. Нечипоренко, А. Н. Состояние мочевыводящих путей и почек у женщин с опущением и выпадением внутренних половых органов / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко // *Урология*. – 2012. – №3. – С. 14-19.
3. Нечипоренко, А. Н. Генитальный пролапс / А. Н. Нечипоренко, Н. А. Нечипоренко, А. В. Строчкий. – Минск: «Высшая школа», 2014. – 399с.
4. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах : учеб. пособие / В. Е. Радзинский [и др.] ; под ред. В. Е. Радзинского. – М. : Мед. информ. агентство, 2006. – 331 с.
5. Goeschen, K. Urogynäkologie aus Sicht der Integraltheorie: funktionelle Anatomie, Diagnostik und Therapie nach der Integraltheorie / K. Goeschen, P. P. Petros. – Heidelberg : Springer., 2009. – XI, 228 S.

### КЛИНИКО МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОРТАНИ

**Никита Е.И., Гавриленко А.С, Лой В.Ю., Хоров О.Г.**  
*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Гортань – одна из наиболее частых локализаций воспалительных изменений, опухолеподобных образований, доброкачественных и злокачественных опухолей среди патологии головы и шеи. Особое место среди них занимает хронический ларингит (ХЛ). По данным различных авторов, ХЛ составляет до 34% патологии гортани. Как правило, выраженные воспалительные изменения в эпителии голосовых складок в форме гиперкератоза, дискератоза, акантоза, лейкоплакии, дисплазии и клеточной атипии, могут маскировать продуктивные неопластические процессы. Уже в 1976 году была предложена классификация предопухолевых процессов гортани, где хронический гиперпластический ларингит (ХГЛ) был отнесен к облигатному предраковому состоянию. По мнению различных авторов, процент озлокачествления гиперпластических процессов гортани составляет от 5% до 30%, достигая в отдельных случаях 60% в сроки от 6 месяцев до 7 лет. А своевременное выявление и лечение хронических процессов и облигатных состояний гортани играет одну из ключевых ролей в профилактике злокачественных опухолей.

Актуальность данной патологии связана с ростом заболеваемости ХЛ, особую остроту проблемы придает тот факт, что пик заболеваемости приходится

на трудоспособный возраст 35-60 лет, причем чаще страдают мужчины, в соотношении 2:1.

Хронический ларингит имеет многофакторную этиологию, чаще встречается у лиц с повышенной голосовой нагрузкой, как правило, связанной с профессиональной деятельностью, как результат длительного воздействия холодного или горячего воздуха, в результате ирритации слизистой гортани профессиональными или бытовыми вредностями: контакте с пылью, парами газов, горюче-смазочными материалами, токсическими веществами. Большинство пациентов являются активными курильщиками с длительным стажем курения. Немаловажная роль отводится вирусной, бактериальной и грибковой микрофлоре. К основным патогенетическим механизмам развития и поддержания воспалительных изменений гортани можно отнести фаринголарингеальный рефлюкс, воспалительные заболевания верхних и нижних дыхательных путей, нарушение функции вегетативной нервной системы и обмена веществ.

Учитывая разнообразие жалоб, зачастую связанных с длительным стажем курения, отсутствие интоксикационного синдрома пациенты нередко не обращаются за медицинской помощью. Многообразие клинических проявлений воспалительных, предопухолевых и опухолевых заболеваний гортани, значительное сходство их ларингоскопических картин, а также сложности при гистологическом толковании процесса затрудняют дифференциальную диагностику этих заболеваний. Степень дисплазии эпителия, является в настоящее время единственным на практике методологическим подходом скрининга пациентов групп риска. Практическое исполнение такого подхода сопряжено с трудностями, в частности, с проблемой регулярного получения и изучения ткани слизистой оболочки гортани, а также отсутствием четких критериев и показаний о необходимости проведения биопсии конкретному пациенту. Однако наличие очагов дисплазии в эпителии гортани недостаточно для включения пациента в группу онкологического риска, поскольку неоднородность диспластических изменений внутри подгруппы не позволяет адекватно определить сроки динамического наблюдения. Неверная интерпретация ведет к не правильному и неэффективному лечению, что способствует хронизации воспаления в гортани .

**Цель.** Установить значимость использования микроларингоскопии и выявить показания для проведения прямой микроларингоскопии с прицельной биопсией у пациентов с хроническим ларингитом. Выявить пациентов с предопухолевыми состояниями, подлежащих динамическому наблюдению, которых следует рассматривать в качестве группы онкологического риска.

**Методы исследования.** В исследование включен анализ медицинской документации 60 пациентов, поступивших в оториноларингологическое отделение в период с 2014 по 2019 года с предварительным диагнозом хронический ларингит. Всем пациентам было проведено консервативное лечение. При отсутствии эффекта от консервативного лечения или при

неудовлетворительной ларингоскопической картине, а именно разрастании соединительной ткани в виде гиперкератоза и лейкоплакии, подэпителиальном отеке, расширении капилляров, утолщении голосовых складок с мацерацией, наличие рельефности голосовых складок, неполном смыкании, наличии опухолеподобных образований, выполнялась прямая микроларингоскопия с прицельной биопсией. Все анатомические отделы гортани были осмотрены, биопсии подвергался каждый очаг слизистой аномалии с оценкой морфологии микрососудов слизистой оболочки в месте изменения тканей и на границе со здоровой слизистой оболочкой.

**Результаты и их обсуждение.** В ходе наших исследований среди анализа 60 пациентов наибольший интерес для наших наблюдений представляла группа пациентов с ХЛ, которым проводился забор биопсийного материала. Все пациенты были распределены по полу и возрасту: мужчин – 38 (63,33%), женщин – 22 (36,66%). Средний возраст женщин составил – 51,18, мужчин – 57,71. У всех пациентов, имелись следующие жалобы с различными сроками давности: охриплость голоса имели - 58 (96,67%) пациентов; першение и/или сухость в горле – 24 (40,0%), чувство дискомфорта при глотании – 8 (13,33%), кашель – 7 (11,67%). Длительность жалоб у 6 (10%) пациентов составила до 3 месяцев; 3-6 месяцев - 12 (20%) пациентов; 6-12 месяцев - 9 (15%) пациентов, более 1 года - 21 (35%) пациент; свыше 5 лет - 12 (20%) пациентов. В 52 (86,67%) случаях пациенты являлись активными курильщиками, в 34 (56,67%) случаях имели профессиональные вредности, в виде контакта с горюче-смазочными материалами, со строительной пылью, парами тяжелых металлов, спиртов и альдегидов. У 5 (8,33%) пациентов была выявлена связь с длительной голосовой нагрузкой.

Всем пациентам была выполнена непрямая ларингоскопия. По показаниям в 31 (51,67%) случае дополнительно выполнялась прямая микроларингоскопия с забором биопсийного материала. В результате при гистологическом исследовании было выявлено 7 случаев злокачественной опухоли, и 24 случая доброкачественных новообразований, дискератозов и дисплазий. Из них в 3 случаях – ангиофиброма, 4 – фиброма, 3 – фиброзный полип, 8 – болезнь Рейнке, 1 – ангиопапиллома, 3 – певческие узелки, 9 – хроническое воспаление с дисплазией различной степени выраженности. Данным пациентам следует предлагать изменить образ жизни, отказаться от вредных привычек, а также проводить обязательное лечение ХЛ и наблюдение у оториноларинголога по месту жительства. В соответствии с рекомендациями ВОЗ ДП–III относится к предопухолевым состояниям, поэтому данных пациентов следует рассматривать в качестве группы онкологического риска, что требует регулярного клинко-эндоскопического наблюдения с забором материала для морфологического исследования. При сохранении исходного уровня дисплазии и отсутствии данных за предопухолевый процесс пациенты продолжают наблюдаться. В случаях прогрессирования степени дисплазии и возникновения очагов опухоли следует

выполнять контрольную биопсию. Дальнейшая тактика зависит от полученных результатов.

**Выводы.** 1). Определение степени дисплазии эпителия, является в настоящее время единственным на практике методологическим подходом скрининга пациентов групп риска. 2). В 51,67% случаях у пациентов с ХГЛ выявляются предопухолевые изменения в слизистой оболочке гортани различной степени выраженности. 3). При выявлении диспластических изменений пациенты с ХГЛ должны быть включены в группу повышенного онкологического риска, проходить регулярный эндоскопический осмотр с морфологическим контролем степени дисплазии и получать патогенетическую терапию.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Немых, О. В. Хронический ларингит: принципы патогенетического лечения : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.04 / О. В. Немых ; ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский гос. мед. университет им. Академика И.П. Павлова». – М., 2008. – 23 с.

2. Ушаков, В.В. Современный подход к диагностике хронического ларингита / В.В. Ушаков, А.Ю. Юркова, Б.В. Куц, Т.И. Шустова // Рос. оториноларингология. – 2019. – № 4. – С. 62–67.

## **ДИСБИОЗ КАК ИНИЦИАТОР ИЗМЕНЕНИЙ В ОСИ КИШЕЧНИК-ПЕЧЕНЬ ПРИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ АЦЕТАМИНОФЕНОМ И ЭТАНОЛОМ**

**Николаева И.В**

*Гродненский государственный медицинский университет*

**Актуальность.** Дисбиоз рассматривается как токсико-инфекционное состояние, развитие которого, в сочетании с нарушением обменных процессов при основной патологии, приводит к усилению тяжести многих хронических неинфекционных заболеваний как неалкогольный стеатогепатит (НАСГ), неалкогольная жировая болезнь печени, алкогольный стеатогепатит (АСГ) и алкогольная жировая болезнь печени (АФЛД), которые могут прогрессировать до цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) [4]. Кишечная микробиота влияет на системный гомеостаз глюкозы, аминокислот и липидов в печени [2-3]. Бактерии участвуют в энергетическом обмене, ферментации полисахаридов и регуляции метаболизма желчных кислот и холина [5]. Обобщая многочисленные данные литературы, исследователи приходят к пониманию важности колонизационной резистентности и метаболической активности микробиоты кишечника для оптимального физиологического состояния организма, называя это явление интеграцией метаболизма человека и его микробиома [1].