

При выборе ИОЛ необходимо учитывать не только конструктивные особенности ИОЛ (дифракционную решетку), сопутствующие фотические феномены, снижение световой контрастной чувствительности, но и профессиональные особенности работы (близкое фокусное расстояние, работа в ночные часы с повышенной освещенностью).

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Davison J.A. Positive and negative dysphotopsias in patients with acrylic intra ocular lenses / J.A. Davison // J Cataract Refract Surg. 2000;26:1346-1355. [https://doi.org/10.1016/S08863350\(00\)00611-8](https://doi.org/10.1016/S08863350(00)00611-8)
2. Henderson B.A. Negative dysphotopsia: A perfect storm / B.A.Henderson, I.I. Geneva // Journal of Cataract & Refractive Surgery 41(10):p 2291-2312, October 2015. DOI: 10.1016/j.jcrs.2015.09.002
3. Woodward M. A. Dissatisfaction after multifocal intraocular lens implantation / M. A. Woodward, J. B. Randleman, R. D. Stulting //Journal of Cataract & Refractive Surgery. – 2009. – Т. 35. – №. 6. – С. 992-997.
4. Auffarth G.U. Optical fundamentals of refractive IOL correction / G.U. Auffarth // ESCRS Annual Meeting; September 14-18, 2019; Paris, France.
5. Werner L. Intraocular lenses: overview of designs, materials, and pathophysiologic features / L.Werner // Ophthalmology. -2021.- Nov 1;128(11):e74-93.

Сведения об авторах

К.С. Коробейщиков – студент

А.Г. Гринев – доктор медицинских наук, доцент

С.А. Коротких - профессор, доктор медицинских наук

А.А. Гринев – ординатор

Information about the authors

K.S. Korobeishchikov – Student

A.G. Grinev – Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

S.A. Korotkikh - Doctor of Sciences (Medicine), Professor

A.A. Grinev – Postgraduate student

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

Kirkor.kirill@mail.ru

УДК 616-03

АКТИНОМИКОЗ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПОД МАСКОЙ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Королёва София Васильевна, Чалапа Юлия Сергеевна¹, Абдулкеримов Хийир Тагирович^{1,2}, Карташова Ксения Игоревна¹, Давыдов Роман Сергеевич¹, Кириллова Марина Витальевна²

¹Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Детская городская клиническая больница №9»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Актиномикоз - редкое инвазивное бактериальное заболевание, которое может поражать все органы и ткани, при этом наиболее частой локализацией является челюстно-лицевая область. Главной проблемой в диагностике и лечении данного заболевания является отсутствие специфической клинической симптоматики.

Цель исследования – описание и разбор случая актиномикоза небных миндалин, потребовавшего радикального хирургического вмешательства. **Материал и методы.** Данное исследование является описательным в отношении случая актиномикоза, при его составлении авторы опирались на руководство по надлежащей практике написания подобных отчетов (Alsaywid, 2019). **Результаты.** Пациент (возраст 12 лет) был госпитализирован в оториноларингологическое отделение с жалобами на чувство дискомфорта в горле слева. При осмотре ротоглотки у верхнего полюса левой небной миндалины обнаружено объемное образование. На компьютерной томограмме визуализировалось новообразование левой небной миндалины и двусторонняя лимфаденопатия. На основании описанного предполагалось доброкачественное новообразование небной миндалины и была выполнена двусторонняя тонзилэктомия, однако по результатам гистологического исследования диагноз был изменен на актиномикоз небной миндалины. Данные литературы свидетельствуют о редкой встречаемости данного заболевания и сложности его дифференцирования с объемным процессом миндалины. Обнаруженная в литературе рекомендация о возможном дифференцировании актиномикоза и опухолей миндалин по результатам рентгенологических исследований у взрослых (отсутствие местной лимфаденопатии в сочетании с выраженным воспалительным изменением очага) оказалась нерелевантной для описанного случая, что указывает на необходимость дополнительного изучения рентгенологической картины актиномикоза миндалин у детей.

Выводы. Несмотря на известную связь актиномицетов с хроническим тонзиллитом, актиномикоз миндалин является редким заболеванием, и постановка диагноза по данным инструментальных исследований может быть затруднена. Существующая рекомендация дифференцировать актиномикоз от объемного образования миндалины по рентгенологическим данным оказалась нерелевантной для описанного случая.

Ключевые слова: актиномикоз, небные миндалины, удаление небных миндалин.

TONSILLAR ACTINOMYCOSIS IN OTORHINOLARYNGOLOGICAL PRACTICE: A CASE REPORT

Korolyova Sofiya Vasilitvna, Chalapa Yuliya Sergeevna¹, Abdulkirimov Khiyir Tagirovich^{1,2}, Kartashova Kseniya Igorevna¹, Davydov Roman Sergeevich¹, Kirillova Marina Vitalievna²

¹Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery

Ural State Medical University

²Children's City Clinical Hospital № 9

Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Actinomycosis is a rare invasive bacterial disease with various localization, predominantly cervicofacial, and diagnosis complicated and predominantly incidental. **The aim of the study** is to describe a case of tonsillar actinomycosis with subsequent surgical removal. **Material and methods.** The study is descriptive, conducted following the guideline (Alsaywid, 2019). **Results.** The patient, aged 12, has been hospitalized due to throat discomfort. During examination a mass formation of palatine tonsil was found, subsequent CT revealed neoplasm and adjacent lymphadenopathy. Based on clinical features, surgical removal of tonsils was conducted, but histopathological findings revealed actinomycosis of tonsils. Literature search suggest low prevalence of tonsillar actinomycosis and obstacles in its distinguishing with malformations. Previous suggesting to distinguish actinomycosis from a malignancy radiologically, based on lack of lymphadenopathy despite a large mass with an inflammatory in adults was irrelevant to the case. Therefore, further investigation in field of radiological differentiating of tonsillar actinomycosis and neoplasm in children are proposed. **Conclusion.** Despite correlation between actinomyces infection and tonsillitis, tonsillar actinomycosis is uncommon and its diagnostics is often incidental. Previous suggesting to distinguish actinomycosis from a malignancy radiologically was irrelevant to the presented case.

Keywords: actinomycosis, palatine tonsils, removal of palatine tonsils.

ВВЕДЕНИЕ

Актиномикоз - редкое инвазивное бактериальное заболевание, которое может поражать все органы и ткани, при этом наиболее частой локализацией является челюстно-лицевая область (около 80-85% случаев). Основными возбудителями являются представители рода *Actinomyces*. Заболевание выявляется у людей всех социальных групп и возрастов, независимо от климата и времени года [1,2].

Актиномицеты являются представителями нормальной микрофлоры полости рта, и колонизируют ее уже в раннем возрасте. Хотя описано более 30 видов бактерий рода *Actinomyces*, наиболее значимыми возбудителями являются *A. israelii*, *A. viscosus*, *A. meyeri* и *A. odontolyticus*. Часто при развитии активного процесса актиномицеты находятся в ассоциации с другими бактериями полости рта, такими как *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Fusobacterium* spp., *Campylobacter* spp., *Bacteroides* spp., которые способствуют снижению местного иммунитета в полости рта, что является предрасполагающим фактором для развития актиномикоза [1,2].

Главной проблемой в диагностике и лечении данного заболевания является отсутствие специфической клинической симптоматики. Актиномикоз маскируется под туберкулез, в том числе туберкулез шейно-лицевой области, болезнь Крона и онкологическую патологию [1,2].

Выделяют общие и специфические предрасполагающие факторы для развития инфекции. Общие факторы включают иммуносупрессию (ВИЧ-инфекция, состояние после трансплантации органов, онкогематологическая патология, химиотерапия, длительный прием кортикостероидов), алиментарную недостаточность, сахарный диабет и алкоголизм. К специфическим факторам относят плохую гигиену полости рта, выраженный кариес, гингивиты, хронический тонзиллит, состояние после хирургических вмешательств и имплантации в челюстно-лицевой области [1,2].

Актиномикоз достаточно тяжелое хроническое гнойное неконтагиозное гранулематозное заболевание. Специфический процесс развивается довольно медленно и стадийно. Входными воротами в основном являются кариозные зубы, патологические десневые карманы и поврежденная слизистая оболочка полости рта. Инкубационный период длительный: от 2-3 недель до нескольких месяцев. В ответ на внедрение актиномицетов

образуется специфическая гранулема. В дальнейшем в центре гранулемы происходит некроз клеток и их распад, макрофаги устремляются к колониям актиномицетов, захватывают кусочки мицелия и мигрируют в соседние ткани, где развивается вторичная, третичная гранулема и т.д. Формируется плотный инфильтрат, мало васкуляризированный, появляются волокнистые структуры. Часто присоединяется вторичная гноеродная микрофлора и гранулема превращается в абсцесс с дальнейшим развитием свища и последующим рубцеванием [1].

Иногда на поверхности гранулемы, абсцесса и свища могут визуализироваться желтоватые гранулы диаметром 1–2 мм, содержащие компактные скопления бактерий – друзы, которые видны уже невооруженным глазом. Данная инфекция имеет гематогенный и контактный пути распространения [1].

Примечательно, что поражение небных миндалин зачастую возникает без предварительной травмы и может приводить к их гипертрофии одно или двухсторонней. Диагностика данного заболевания включает себя микробиологическое исследование и гистологическое исследование. Достоверным признаком актиномикоза является обнаружение характерных актиномикотических друз при микроскопии гноя из свищей или биоптатов пораженных тканей. Наиболее информативно гистологическое исследование удаленного участка пораженной ткани. При микроскопическом методе исследования применяется окраска по Граму и Цию–Нильсену, причем данный метод может быть более информативным, чем посев, ввиду приема пациентом антибактериальных препаратов [1].

Подходы к лечению определяются клинической картиной и стадией заболевания. Перед решением о начале антибактериальной терапии, стоит учитывать анаэробную активность препарата. Оптимальным выбором являются препараты пенициллинового ряда: пенициллин G для взрослых и ампициллин для детей, с последующей сменой на пенициллин V или амоксициллин в течение длительного времени для профилактики рецидива. При гиперчувствительности рассматривают такие препараты как клиндамицин, макролиды (эритромицин, кларитромицин). В обязательном порядке необходимо провести последующее иссечение пораженных тканей. Оперативное вмешательство выполняют после специальной подготовки – дренирования гнойного очага и антибиотикотерапии [1].

Цель исследования – описание и разбор случая актиномикоза небных миндалин, потребовавшего радикального хирургического вмешательства.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Данное исследование является описательным в отношении случая актиномикоза, при его составлении авторы опирались на руководство по надлежащей практике написания подобных отчетов [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ

Пациент Л, 12 лет, был госпитализирован в отоларингологическое отделение ГАУЗ СО ДГКБ№9 в неотложном порядке с жалобами на чувство дискомфорта при глотании, чувство инородного тела в глотке слева, привкус крови во рту, однократное кровотечение. Из анамнеза заболевания: на фоне полного здоровья в течение 3-х дней стали беспокоить и прогрессировать вышеописанные жалобы. Из анамнеза жизни: ребенок от 2 беременности, развивавшейся без особенностей. Рос и развивался по возрасту, привит по календарю. Аллергоанамнез спокоен. Объективный статус: слизистая ротоглотки розовая, чистая, налетов нет; небные миндалины гипертрофированы до I степени, у верхнего полюса левой небной миндалины определяется образование округлой формы, размерами 10мм*6мм, покрытое фибрином, кровотечения нет. При пальпации подчелюстные лимфоузлы с двух сторон слабо болезненны, кожа над ними не изменена. Слизистая гортани розовая, анатомические структуры симметричны, голосовая щель широкая. Истинные голосовые складки серые, подвижные. На основании жалоб и объективного статуса был поставлен предварительный диагноз «новообразование левой небной миндалины».

По данным лабораторных исследований отмечен лейкоцитоз ($12,14 \cdot 10^9/\text{л}$), остальные показатели общих анализов крови и мочи в пределах нормы. По данным УЗИ мягких тканей

шей обнаружено образование левой небной миндалины. НаКТ и МРТ шеи визуализировалось полиповидное новообразование левой небной миндалины, киста верхнечелюстной пазухи слева, аденопатия средних яремных групп лимфоузлов с обеих сторон. На основании полученных результатов исследований предполагалось доброкачественное новообразование левой небной миндалины (которое очистилось от фибрина в процессе предоперационной подготовки и обследования). План дальнейшего лечения включал радикальное хирургическое вмешательство – тонзилэктомию с двух сторон, антибиотикотерапию в послеоперационном периоде. Операция была выполнена под эндотрахеальным наркозом, удаленный материал направлен на гистологическое исследование. Дополнительных оперативных вмешательств не потребовалось.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Медикаментозное лечение включало ибупрофен при болях более 4 баллов по шкале Вонга, ампициллин сульбактам. Пациент лечению привержен, непереносимости лекарственных препаратов не отмечено. За время стационарного лечения отмечена нормализация лабораторных показателей. Пациент выписан с выздоровлением на 16 сутки под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства. По результатам гистологического исследования был поставлен диагноз «актиномикоз небных миндалин».

ОБСУЖДЕНИЕ

Будучи компонентом нормальной флоры, актиномицеты нередко встречаются при ЛОР-патологии могут обнаруживаться при хроническом и рецидивирующем тонзиллите, по-видимому, осложняя его течение [4,5]. Так, по данным раннего исследования, в выборке из 129 пациентов актиномицеты были обнаружены в 29,5% случаев; описанный результат был воспроизведен в более позднем исследовании [5]. Вместе с тем, собственно актиномикоз миндалин - редкое заболевание и, по-видимому, его клиническое распознавание может представлять сложности в связи со схожестью с объемным образованием [6]. В частности, описаны случаи актиномикоза, который был принят за опухоль миндалины [6]. Однако поскольку для актиномицетов не характерно лимфогенное распространение [6], существует рекомендация подозревать актиномикоз, когда по данным рентгенологических исследований обнаруживается массивный воспалительный очаг в отсутствие лимфаденопатии; данная рекомендация была сделана на основании наблюдения за взрослыми пациентами [7]. Приведенный случай указывает на необходимость осторожного отношения к описанной рекомендации, поскольку у данного пациента была обнаружена двусторонняя лимфаденопатия шейных лимфоузлов по данным КТ, в то время как местная воспалительная реакция была минимальной. Необходимо проведение дополнительных научных исследований для оценки возможности дифференциации актиномикоза миндалин от других объемных образований по данным рентгенологических исследований у детей.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на известную связь актиномицетов с хроническим тонзиллитом, актиномикоз миндалин является редким заболеванием, и постановка диагноза по данным инструментальных исследований может быть затруднена.

2. Существующая рекомендация дифференцировать актиномикоз от объемного образования миндалины по отсутствию местной лимфаденопатии в сочетании с выраженным воспалительным изменением очага оказалась нерелевантной для описанного случая.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Diaz A. Laryngeal and pharyngeal actinomycosis: a systematic review and report of 3 cases/ Diaz A. [et al.] //American Journal of Otolaryngology. – 2022. – Vol. 43, No. 6. – P. 103609.
2. Курбатова И. В. «Нетипичный» актиномикоз-микробиологические аспекты и клинические проявления / И. В. Курбатова, Г. А. Плахотная //Лечащий врач. – 2008. – Т. 5. – С. 53-6.
3. Alsawy B. S. Guideline on writing a case report / B. S. Alsawy, N. M. Abdulhaq //Urology annals. – 2019. – Vol. 11, No 2. – P. 126-131.
4. Samaila M. O. Incidental Histopathological Diagnosis of Tonsillar Actinomycosis: A Report of Four Cases / M. O. Samaila [et al.] //Nigerian Postgraduate Medical Journal. – 2023. – Vol. 30, No 3. – P. 262-264.
5. Riffat F. Prevalence of tonsillar Actinomyces in children undergoing tonsillectomy for sleep disordered breathing compared with recurrent tonsillitis / F. Riffat, P. Walker //International journal of pediatric otorhinolaryngology. – 2009. – Vol. 73, No 8. – P. 1111-1113.

6. Karaca R. Tonsillar actinomycosis that mimics tonsillar neoplasm / R. Karaca, S. Karaca // Oral Radiology. – 2022. – Vol. 38, No 1. – P. 171-174.
7. Heo S. H. Imaging of actinomycosis in various organs: a comprehensive review / S. H. Heo [et al.] // Radiographics. – 2014. – Vol. 34, No 1. – P. 19-33.

Сведения об авторах

С.В. Королёва - ординатор

Ю.С. Чалапа* - ординатор

Х.Т. Абдулкеримов - доктор медицинских наук, профессор

К.И. Карташова – кандидат медицинских наук, доцент

Р.С. Давыдов - кандидат медицинских наук, доцент

М.В. Кириллова - врач-оториноларинголог

Information about the authors

S.V. Korolyova* - Postgraduated student

Yu.S. Chalapa - Postgraduated student

Kh.T. Abdulkirimov - Doctor of Science (Medicine), Professor

K.I. Kartashova - Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

R.S. Davydov - Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

M.V. Kirillova – otorhinolaryngologist

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

julia98om@yandex.ru

УДК: 616.21

СИНДРОМ МИНОРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Овчинникова Екатерина Сергеевна¹, Аюбов Амир Уктамович², Давыдов Роман Сергеевич^{1,2}

¹Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

²ГАУЗ СО «Городская клиническая больница №40»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Синдром дегисценции костной стенки верхнего полукружного канала (СДВПК) – редкое поражение внутреннего уха, для которого характерны нарушение слуха и вестибулярные явления. Врожденный синдром, который в основном затрагивает верхний и, реже, задний полукружные каналы. Диагноз синдрома дегисценции верхнего полукружного канала зависит от наличия очень маленького дефекта в костной стенке верхнего полукружного канала. По данным аутопсии, у 2% людей встречаются двусторонние дегисценции или чрезвычайно тонкая кость, лежащая над ВПК в средней черепной ямке или в области борозды верхнего каменистого синуса, что делает стенки ВПК более хрупкими и чувствительными к механическим травмам черепа и к медленному образованию их эрозии. Отоневрологическая и предоперационная диагностика имеет немаловажное значение для врача оториноларинголога. **Цель исследования** – описание клинического случая дегисценции костной стенки верхнего полукружного канала. **Материал и методы.** Проведено исследование пациента с синдромом Минора на базе муниципального автономного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 40» г. Екатеринбурга. **Результаты.** Синдром Минора редкое заболевание в практике врача оториноларинголога. Клиника сопровождается нарушением слуха и вестибулярными расстройствами. **Выводы.** Проявления заболевания, степени выраженности жалоб и их сочетания настолько разнообразны, что диагностика крайне затруднена. И пациенты лечатся у невролога или даже психиатра, пока случайно не обнаружат заболевание после прохождения КТ. Для такой редкой патологии как синдром Минора необходимо своевременное выявление и подбор последовательной тактики диагностики. Лучевые методы диагностики являются обязательными для постановки данного диагноза.

Ключевые слова: клинический случай, синдром Минора, синдром дегисценции костной стенки верхнего полукружного канала

MINOR'S SYNDROME IN THE PRACTICE OF AN OTORHINOLARINGOLOGIST

Ovchinnikova Ekaterina Sergeevna¹, Ayubov Amir Uktamovich², Davydov Roman Sergeevich^{1,2}

¹Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery

Ural State Medical University

²City Clinical Hospital № 40

Yekaterinburg, Russia.

Abstract