

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГРИБКОВОГО СИНУСИТА

О.В. МОРОЗОВА, В.Н. КРАСНОЖЕН.

Кафедра оториноларингологии Казанской медицинской академии.

Первые описания микозов околоносовых пазух относятся к концу XIX века. В 1883 году P.Shubert, а затем в 1889 году J.Maskenzie и H.Siebertmann опубликовали наблюдения грибковых поражений верхнечелюстных пазух, вызванных грибами рода *Aspergillus*. Аспергиллез лобной пазухи был впервые описан в 1933 году W.Adams. Все авторы подчеркивали исключительную редкость подобных наблюдений.

За последнее десятилетие распространенность грибкового синусита значительно возросла. Результаты исследования Mayo Clinic (1999, США) показали присутствие грибов в смывах из околоносовых синусов у 96% пациентов с хроническим синуситом. По данным отечественных авторов, более чем у половины больных хроническим синуситом выявлены грибы или грибово-микробные ассоциации (Д.И. Заболотный и др., 2003; В.Н. Красножен и др., 2003). У многих пациентов наблюдаются стертые, субклинические формы.

Спектр грибковой микрофлоры значительно варьирует. Наиболее частой причиной развития микозов полости носа и околоносовых синусов являются грибы рода *Candida*, *Aspergillus*, многие авторы придают значение грибам рода *Penicillium*. Плесневые микромицеты *Alternaria*, *Rhizopus*, *Absidia* встречаются реже. Нередко хронический синусит бактериальной этиологии предшествует грибковой инфекции.

Грибковые синуситы подразделяются на несколько категорий: аллергический, грибковое тело (мицетома) и инвазивные формы.

Аллергический грибковый синусит чаще всего вызывается грибами рода *Aspergillus*, а также *Fusarium*, *Curvularia* и другими. Нередко такие больные имеют ассоциированную бронхиальную астму. Диагностические критерии этого вида синусита включают КТ- или МРТ- картину, темно-зеленый или черный материал из пазух густой консистенции (арахисового масла), называемый «аллергический муцин», который обычно содержит немного грибов, отсутствует инвазия, нет предрасположенности к системному заболеванию. Нередко обнаруживаются кристаллы Шарко-Лейдена, которые являются продуктами распада эозинофилов.

Обычно выявляются аллергические реакции на грибки, хотя этот вопрос дискутируется. Это заболевание является аналогом аллергического бронхолегочного аспергиллеза (J.W. Miller et al., 1981). Термин «аллергический грибковый синусит» характеризует не вновь появившееся, неизвестное ранее заболевание, а скорее более подробно объясняет патогенез одной из наиболее тяжелых форм полипозного синусита, грибковая этиология которой ранее была неизвестна. По наблюдениям А.С.Лопатина (1999), данная форма заболевания не является редкостью в центральной части России, но она обычно трактуется как банальный полипозный процесс или полипозный синусит в сочетании с бронхиальной астмой, а сложность лабораторного подтверждения грибковой аллергии, нехватка необходимых диагностикомов и неосведомленность специалистов являются причиной недостаточно точной постановки диагноза.

Грибковое тело чаще всего выявляется в верхнечелюстной пазухе и может клинически проявляться наподобие других синуситов, включая зловонный насморк. Кроме патологических изменений при лучевых методах диагностики, в околоносовых синусах обнаруживается густой гной или напоминающее глину вещество. Аллергический муцин отсутствует, но плотные гифы, как правило, обнаруживаются. Инвазии также нет, а только воспалительные изменения в слизистой оболочке пазухи. При эндоскопическом осмотре пазухи грибковые тела могут варьировать по диаметру от 1 мм и менее до размера самой пазухи. Они могут иметь серовато-черный цвет. Удаление грибкового тела возможно только при хирургическом вмешательстве.

Инвазивный синусит может развиваться быстро и обычно требует хирургического лечения, нередко и срочного, а также назначения противомикозной терапии. Встречаются и такие формы

инвазивного грибкового синусита, которые вызывают проптоз. Это форма хронического инвазивного грибкового синусита, которая сочетается с развитием косметических дефектов лица в результате эрозии кости.

В качестве причин, вызывающих развитие грибкового синусита, наиболее часто стоят состояния, сопровождающиеся системным или локальным иммунодефицитом, беременность, ранний детский возраст, сахарный диабет, СПИД, онкологические заболевания, аутоиммунные процессы и др. Длительная антибактериальная терапия, прием цитостатиков, глюкокортикостероидов также способствуют развитию иммунодефицита. Неоспорим тот факт, что кроме антимикозной терапии в этих случаях необходима системная или топическая иммунокоррекция. Грибковое тело (мицетома) чаще имеет одонтогенную природу и нередко вызывается присутствием пломбирочного материала в верхнечелюстной пазухе.

В Риноцентре горбольницы № 16 г. Казани было обследовано в 2005 году 36 пациентов с хроническим синуситом грибковой этиологии — 25 женщин и 11 мужчин в возрасте 25–60 лет. Обследование включало сбор анамнеза, клиническое исследование ЛОР-органов, эндоскопию полости носа и синусов, рентген-компьютерное сканирование околоносовых пазух, бактериологическое и культуральное микологическое исследование секрета из полости носа и околоносовых синусов, цитологическое исследование мазков-отпечатков из полости носа у пациентов с аллергическим грибковым синуситом.

В результате обследования было выявлено 19 пациентов с мицетомой верхнечелюстной пазухи. Диагноз был установлен клинически и рентгенологически и затем подтвержден в ходе хирургического вмешательства. Микологическое исследование выявляло грибы рода *Aspergillus* (*Aspergillus niger*, *Aspergillus flavus*). Кроме хирургического лечения эти пациенты получали системную противогрибковую терапию препаратом Ламизил в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 10 дней и иммуномодулятор из группы топических бактериальных лизатов ИРС-19 для коррекции местного иммунитета. У всех пациентов наблюдали хороший результат и отсутствие рецидива в ближайшем и отдаленном периоде.

Неинвазивная форма хронического грибкового синусита была выявлена у 3 пациентов, у 6 наблюдался грибковый синусит, ассоциированный с бактериальной инфекцией. Клинически в характере заболевания отмечались некоторые особенности: упорное, мало поддающееся антибактериальной терапии течение, вязкий секрет в полости носа при риноскопии. Рентгенологическая картина выявляла в той или иной степени отек слизистой оболочки одной или нескольких околоносовых пазух, наличие в них патологического содержимого. У всех пациентов при микологическом исследовании выявлен дрожжеподобный гриб рода *Candida* (*Candida albicans*, *Candida tropicalis*). Бактериальное исследование выявляло ассоциации микробов: *S.aureus*, *S.pneumoniae*, анаэробы. Эти пациенты получали консервативную терапию, включающую лаваж полости носа и (или) синусов изотоническим раствором хлорида натрия, пероральный прием Ламизила. В качестве иммунокорректора назначался местно ИРС-19, при более тяжелом течении проводилась системная иммунокорректирующая терапия препаратом Ликопид в дозе 1 мг в течение 10 дней.

Диагноз аллергического грибкового синусита нами был поставлен 8 пациентам с риносинусальным полипозом. Клиническая и рентгенологическая картина не отличалась от других случаев полипозного риносинусита. В мазках, отпечатках слизи из полости носа было обнаружено повышенное содержание эозинофилов (8–16%), кристаллы Шарко-Лейдена. Риноскопически в процессе хирургического вмешательства между полипами и в полипозной массе выявлялся тягучий мукозный секрет. Микозной инвазии не было отмечено. Микологическое исследование выявляло присутствие грибов рода *Fusarium*, *Aspergillus* и *Candida* в незначительном количестве. Таким большим производилось хирургическое



вмешательство, включающее удаление полипов при помощи микродебридера, назализация клеток решетчатого лабиринта, освобождение соустьев околоносовых пазух с целью адекватной аэрации. Противомикотическая терапия пациентам не проводилась. Был назначен лаваж полости носа изотоническим раствором хлорида натрия, топические кортикостероиды (Назонекс) в сочетании с топическим иммуномодулятором (ИРС-19). В настоящее время проводится наблюдение этой группы пациентов для оценки отдаленных результатов лечения.

Таким образом, грибковые поражения околоносовых синусов являются достаточно частыми у пациентов с хроническим синуситом. Наблюдаются различные формы грибковых синуситов, требующие индивидуального подхода к лечению. Для повышения эффекта проводимого лечения больным с хроническими грибковыми синуситами и смешанными формами в сочетании с бактериальной инфекцией необходимо помимо антимикотических и антибактериальных препаратов назначать топические или системные иммуномоду-

ляторы. Дальнейшие исследования в этой области помогут приблизиться к решению проблемы хронических грибковых синуситов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Заболотный Д.И. Диагностика и лечение грибковых синуситов / Д.И. Заболотный, И.С. Зарицкая, О.Г. Вольская // Успехи медицинской микологии. Материалы первого всероссийского конгресса по медицинской микологии. — М., 2003. - Т. 2. - С. 286-288.
2. Красножен В.Н. Роль плесневых и дрожжевых грибов в формировании хронических риносинуситов / В.Н. Красножен, З.Х. Калимуллина, Н.И. Глушко // Успехи медицинской микологии. Материалы первого всероссийского конгресса по медицинской микологии. — М., 2003. - Т. 2. - С. 246-247.
3. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. — М.: Медицина, 1989. - 320 с.
4. Лопатин А.С. Грибковые заболевания околоносовых пазух / А.С. Лопатин // Рос. Ринология. — 1999. — №1. — С. 46-48.
5. Elloy P. et al. Mycotic sinusitis. Acta otorhinolaryngol. Beld. — 1997. - V. 51 (4). — P. 339-352/

МЕСТНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ГНОЙНОГО ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ

А.Г. Сучкова, В.Н. Красножен.

Казанская государственная медицинская академия.

Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух в настоящее время занимают одно из первых мест среди оториноларингологических заболеваний детского возраста — 17-22% (М.Я. Козлов, 1985). Поэтому поиск методов высокоэффективной патогенетической терапии синусита у детей является актуальным.

Имеются сведения о положительном эффекте использования кислорода у больных синуситом (Г.З. Пискунов, И.А. Кострова, 1980). Применение локальной оксигенации у больных синуситом обусловлено развитием гипоксии в слизистой оболочке околоносовой пазухи при ее воспалении, приводящей к нарушению окислительно-восстановительных процессов, к снижению способности противостоять влиянию болезнетворных агентов (Ю.В. Митин и др., 1989). Ранее нами показана эффективность местного применения Димефосфона при гнойном гайморите в эксперименте и клинике (Л.Г. Сватко, В.Н. Красножен, 1992).

Цель настоящей работы — клиническая оценка эффективности местного применения Димефосфона в сочетании с локальной оксигенацией при лечении гнойного гайморита у детей в сравнении с традиционным методом лечения 1% раствором диоксида.

Характеристика больных и методы исследования

В детском оториноларингологическом отделении обследовано 172 ребенка в возрасте от 9 до 14 лет (86 мальчиков и 86 девочек), из них с острым гайморитом — 76, хроническим — 96. Все больные разделены на две группы: 1-я — основная, леченная 15% раствором Димефосфона в сочетании с локальной оксигенацией (109 детей — 56 мальчиков и 53 девочки, из них с острым гайморитом — 50, с хроническим — 59, двусторонний процесс — у 36); 2-я группа — группа сравнения, леченная 1% раствором диоксида (63 ребенка — 30 мальчиков и 33 девочки, из них с острым гайморитом 26, с хроническим — 37, двусторонний процесс — у 12). Дыхательную функцию носа, обонятельную, выделительную и мукоцилиарную исследовали в процессе лечения.

Дыхательную функцию носа исследовали методом В.М. Воячка, определяли амплитуду отклонения нити у входа в преддверие носа при глубоком вдохе и выдохе, поочередно исследуя обе половины носа.

Обонятельную функцию носа определяли до, во время и в конце лечения качественным методом с помощью 4 стандартных растворов, помещенных в одинаковые пробирки, — 0,5% раствор уксусной кислоты (I степень — слабый запах), чистый винный спирт (II степень — средний запах), настойка валерианы (III степень — сильный запах), раствор аммиака (IV степень — ультрасильный запах).

Выделительную функцию слизистой оболочки носа оценивали с помощью шариков диаметром 0,3-0,5 см, которые вводили на

1 мин. поочередно в правую и левую половины носа. Выделяли нормальную, сниженную, повышенную функцию. При нормальной функции ватный шарик слегка пропитывается слизистым отделяемым, при сниженной функции шарик остается сухим, при повышенной — пропитывается полностью слизистым отделяемым.

Мукоцилиарную активность мерцательного эпителия слизистой оболочки носа определяли сахаринным тестом (G. Amobile et al., 1984). Частицу сахараина размером 0,6 мм помещали на расстоянии 5 мм от места прикрепления нижней носовой раковины. Определяли время появления вкусового ощущения. Среднее время составляло в норме $14,55 \pm 3,40$ мин.

Введение 15% раствора Димефосфона 5 мл в верхнечелюстную пазуху больным основной группы и такого же количества 1% раствора диоксида больным группы сравнения осуществляли следующим образом. Для ежедневных процедур применяли дренирование околоносовых пазух через нижний носовой ход. Предварительно в основной группе проводили локальную оксигенацию под давлением 7—10 кПа с длительной перфузией физиологическим раствором; в группе сравнения пазухи промывали 0,9% раствором натрия хлорида шприцем. Затем вводили лекарственное средство 2 раза в день. В качестве методов контроля использовали риноскопию, динамику величины объема верхнечелюстных пазух и функцию естественного соустья.

Результаты и их обсуждение

У всех 50 больных острым гнойным гайморитом, леченных Димефосфоном в сочетании с локальной оксигенацией, наступило клиническое выздоровление (100 %); из 59 больных хроническим гнойным гайморитом той же группы выздоровление наступило у 54 (92%), улучшение — у 5 (8%). У 26 больных острым гнойным гайморитом группы сравнения наступило выздоровление (100%); из 37 больных хроническим гнойным гайморитом этой же группы выздоровление наступило у 20 (54%), улучшение — у 15 (41%), без перемен — у 2 (5%).

У больных основной группы дыхательная функция носа нормализовалась к $5,6 \pm 0,1$ сут., у больных группы сравнения — к $10,3 \pm 0,2$ сут. Из 50 детей основной группы обоняние было нормальным у 19 (38%) — I степени, у 31 больного (62%) обоняние снижено до II степени. Адаптация была нормальной у 40 человек (80%), у 10 (20%) — укорочена до 1,5—2,5 мин. После лечения димефосфоном в сочетании с локальной оксигенацией на $3,4 \pm 0,3$ сут., адаптация и обоняние восстановились до нормы. Из 59 детей с хроническим гнойным гайморитом у 51 (87%) обоняние было снижено до III степени, адаптация укорочена до 1—2 мин. У 31 больного (52%) после лечения на $7,1 \pm 0,4$ сут. адаптация и обоняние восстанавливались до нормы у всех больных.