

у 15 (30%), 51-60 лет — 27 (54%). Больные с с-г гортани были в возрасте от 49 до 57 лет.

В 1 случае выявлены эндоскопические признаки с-г гортани, при гисто- и цитологических исследованиях — дискератоз. В 3 случаях проводились контрольные исследования (2 пациентам после лучевой терапии, 1 больному для гистологического подтверждения с-г гортани). Все выявленные больные взяты на диспансерный учёт и направлены на лечение в Областной онкологи-

ческий диспансер или в Областной центр эндо- и микрохирургии верхних дыхательных путей.

Таким образом, ФЛС является необходимым и обязательным методом исследования гортани при подозрении на хронические и онкозаболевания с целью их дифференциальной диагностики, а также у пациентов с особенностями анатомии гортани, что позволяет на более ранних сроках выбрать и провести наиболее эффективное лечение.



Фото 1. Папиллома гортани



Фото 2. Плоскоклеточный рак гортани

К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИЦЕТОМЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

О.В. МОРОЗОВА.

Кафедра оториноларингологии КГМА.

Грибковое тело (мицетома) чаще всего выявляется в верхнечелюстной пазухе и может иметь те же клинические проявления, что и синуситы, вызванные другой патогенной флорой, включая зловонный насморк. Наиболее вероятной причиной образования грибкового тела в верхнечелюстной пазухе является проникновение в нее во время пломбирования верхнего зуба пломбировочного материала. Дело в том, что при достаточно больших размерах пазухи верхушки корней шести зубов (от клыка до третьего большого коренного) могут находиться очень близко от ее дна. Иногда периодонт этих зубов и слизистая дна верхнечелюстной пазухи разделяются лишь тонкой пластинкой кости.

В малопневматизированных черепахами близкими к пазухе являются первый, второй и третий большие коренные и второй малый коренной зубы. Высокий процент случаев интимной анатомической связи зубов с верхнечелюстной пазухой объясняет, почему клинически довольно часто наблюдается переход воспалительного процесса с корней зубов на слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи, а при пломбировании зубного канала проникновение пломбировочного материала через поврежденную костную пластинку в полость синуса.

При лучевых методах диагностики обнаруживаются патологические изменения в околоносовых синусах, характерные для хронического воспалительного процесса, проявляющиеся гиперплазией слизистой оболочки, наличием патологического содержимого. Нередко определяются рентгеноконтрастные включения, представляющие собой пломбировочный материал. При

эндоскопическом осмотре полости носа и, в частности, среднего носового хода, остио-меatalного комплекса, выявляются воспалительные изменения слизистой оболочки в виде отдельных полипов, гиперплазии, блокирующие естественное соусьье верхнечелюстной пазухи. При эндоскопическом исследовании самой верхнечелюстной пазухи с целью диагностики или во время хирургического вмешательства находят серо-черные, реже серовато-желтые фрагменты напоминающего глину вещества — плесневого грибка рода *Aspergillus*, размеры которых могут варьировать от 1 мм и менее до размера практически самой пазухи. Характерно среди грибковых масс наличие одного или нескольких плотных кусочков зубной пломбы — основного причинного фактора данного заболевания. Слизистая оболочка пазухи утолщена, воспалена. Удаление грибкового тела вместе с пломбировочным веществом — единственный метод лечения этого заболевания. При неполном удалении грибковых масс или пломбировочного материала заболевание может рецидивировать.

В ринологическом центре г. Казани было обследовано 19 пациентов с мицетомой верхнечелюстной пазухи, 12 женщин и 7 мужчин в возрасте 20-55 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 5 лет. Во всех случаях процесс был односторонним. Обследование включало выяснение анамнеза, эндоскопию полости носа при помощи ригидных эндоскопов 0° и 30° производства НПО «ЭлэПС», рентгенокомпьютерное исследование околоносовых синусов, определение мукозилиарного клиренса слизистой оболочки носа, микроскопическое исследование содержа-

мого верхнечелюстной пазухи после синусотомии. Все пациенты в анамнезе отмечали визит к стоматологу с пломбированием 4-го или 5-го верхнего зуба. Многим больным был уже проведен курс лечения, в некоторых случаях повторный, включающий антибактериальную терапию, промывания верхнечелюстной пазухи антисептическими растворами после пункции. Эффекта от лечения не получено.

При эндоскопии полости носа были отмечены характерные воспалительные изменения остиоимеatalного комплекса с большой стороны. Рентгенокомпьютерное исследование выявило односторонний воспалительный отек слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, иногда и клеток решетчатого лабиринта с той же стороны с фрагментами вещества большей плотности или рентгеноконтрастными включениями в проекции верхнечелюстного синуса. Все пациенты подверглись хирургическому вмешательству, которое заключалось в выполнении микрогайморотомии доступом через переднюю стенку пазухи при помощи троакара Красножена с удалением патологического содержимого под эндоскопическим контролем, инфундабулотомии – частичной резекции крючковидного отростка, освобождении соустья верхнечелюстной пазухи от полипозной ткани для улучшения ее аэрации.

Во время хирургического вмешательства было выявлено грибковое тело различного диаметра грязно-серого цвета у 13 пациентов и серовато-желтого – у 6, в центре которого располагался кусочек пломбировочного материала. Отмечались повышенная кровоточивость, патологическое утолщение слизистой оболочки пазухи. В некоторых случаях представлялось крайне трудным отделение грибковых масс от слизистой оболочки. Кровоточивость слизистой также затрудняла проведение вмешательства. Область естественного соустья со стороны пазухи была прикрыта воспаленной слизистой оболочкой.

При микроскопии операционного материала обнаружены дружи гриба *Aspergillus niger* или *Aspergillus flavus*.

Хирургическое вмешательство завершалось дренированием верхнечелюстной пазухи через естественное соустье при помощи тонкой пластиковой трубки. В послеоперационном периоде больным проводилось промывание пазухи 2% раствором Бетадина, обладающим антибактериальным и фунгицидным эффектом. При обнаружении в пазухе помимо грибковых масс гнойного секрета больным назначалась антибактериальная терапия в комбинации с противогрибковым препаратом широкого спектра действия Ламизилом. Курс послеоперационного лечения составлял в среднем семь дней.

Контрольный эндоскопический осмотр полости носа на третий, пятый и седьмой день после операции позволил отметить положительную динамику в течении воспалительного процесса со стороны остиоимеatalного комплекса. К концу лечения время мукоцилиарного транспорта достигало нормы. Отсутствие патологического содержимого в промывной жидкости из пазухи свидетельствовало о купировании воспалительной реакции.

Все пациенты хорошо перенесли малоинвазивное хирургическое вмешательство и послеоперационную системную и местную терапию. После выписки из стационара пациенты амбулаторно применяли интраназальный иммуномодулятор ИРС-19 с целью топической иммунокоррекции.

В течение трех месяцев проводилось систематическое наблюдение исследуемых пациентов. Ни одного случая рецидива заболевания не отмечено.

Таким образом, применяемое нами комплексное лечение неинвазивной формы грибкового синусита – мицетомы верхнечелюстной пазухи, включающее малоинвазивное хирургическое вмешательство, направленное на удаление грибкового тела, создание условий для адекватной аэрации пазухи, и послеоперационную местную антисептическую и при необходимости системную антибактериальную и фунгицидную терапию, способствует быстрому выздоровлению пациента, снижает риск рецидива заболевания.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТРАНАЗАЛЬНОГО ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДА НАЗОНЕКС В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ТУБООТИТА И ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

В.Н. КРАСНОЖЕН, О.В. МОРОЗОВА.

Кафедра оториноларингологии Казанской государственной медицинской академии.

Наиболее частой причиной развития острого тубоотита и острого экссудативного среднего отита является воспаление слизистой оболочки носа и носоглотки, возникающее в результате респираторной вирусной и бактериальной инфекции, аллергических заболеваний верхних дыхательных путей. Снижение дренажной функции слуховой трубы способствуют также нарушение архитектоники полости носа, гиперпластические процессы в носовых ходах и носоглотке, околоносовых синусах, вызывающие снижение объема потока воздуха на вдохе или выдохе и приводящие к нарушению сократительной способности ее глоточного устья. Длительное отрицательное давление в барабанной полости вызывает образование экссудата. Патологические процессы в слизистой оболочке носа и глотки приводят к снижению мукоцилиарной активности мерцательного эпителия, задержке слизи на его поверхности, препятствуют инактивации патогенов местными специфическими и неспецифическими факторами защиты.

Исходя из патогенеза острых воспалительных заболеваний слуховой трубы и полости среднего уха несомненно, что этиопатогенетический подход в каждом конкретном случае имеет первостепенное значение в успешном лечении этой патологии.

В течение последних десяти лет для лечения аллергического ринита и полипозного риносинусита с успехом применяются интраназальные глюкокортикоиды. Недавние научные ис-

следования показали эффективность топических глюкокортикоидов также при лечении синусита и различных форм неаллергического ринита. В частности, обосновано использование мометазона фуроата (Назонекса) в комплексной терапии острых и хронических синуситов.

Воздействия на все звенья патогенеза воспалительного процесса в слизистой оболочке носа на клеточном и субклеточном уровне, интраназальные глюкокортикоиды оказывают выраженное противовоспалительное и десенсибилизирующее действие, уменьшают секрецию, тканевой отек не угнетая в то же время процесс фагоцитоза, т.е. не снижают защитных свойств слизистой оболочки против инфекционных агентов. Восстановление поврежденной слизистой оболочки носа благоприятствует нормализации активности мерцательного эпителия, эвакуации секрета из полости носа, восстановлению сократительной способности глоточного устья слуховой трубы. С этой точки зрения интересным представляется возможность использования интраназальных глюкокортикоидов при лечении острых тубоотитов и экссудативных средних отитов.

Цель исследования: изучить эффективность применения интраназального глюкокортикоида мометазона фуроата (Назонекса) в комплексном лечении больных острой тубоотитом и экссудативным средним отитом.