

**Выводы:**

1. Накопленный опыт показывает, что: возможно амбулаторное лечение гемангиом мягких тканей носа с помощью методики селективного ангиофототермолиза. Под воздействием DL и VL-излучения происходит быстрая регрессия гемангиом. В принципе, лечению поддаются опухоли любых размеров и локализаций на коже носа не зависимо от возраста больного.
2. Лазер позволяет работать в труднодоступных местах: ушные раковины, преддверие носа, носа, носогубные складки.
3. Достигается хороший косметический эффект.
4. Все операции по лечению опухолей кожи носа проводятся амбулаторно, без специальной подготовки, быстро, бескровно, асептично, малотравматично, абластично.
5. В послеоперационном периоде не бывает гнойных осложнений
6. Рассматривая достижения в части хирургического применения СО-2 лазера в ЛОР-патологии возможности лазера увеличиваются, значительно повышая доступность ЛОР-операций населению, снижая затраты на лечение.
7. Отсутствие рецидивов заболеваний вдохновляет на более широкое применение лазеров при лечении заболеваний кожи носа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баиров Г. А. Хирургия пороков развития у детей. /Г. А. Баиров. Л., 1968, С. 561–577.
2. Баллюк Ф. Б. Медицинская лазерология. /Ф. Б. Баллюк, СПб.: 2000 г.
3. Вуд М. Э. Секреты гематологии и онкологии. /Мари Э. Вуд, Пол А. Банн. М.: Бином, 1997 г.
4. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни у детей. /Ю. Ф. Исаков. М., 1993, С. 519–562.
5. Кандель Э. И. Криохирurgia. /Э. И. Кандель. М., 1974, – 303 с.
6. Клиническая онкология. Под редакцией Н. Н. Блохина, Б. Е. Петерсона. М.: Медицина, 1979 г.
7. Коган Е. А. Фотодинамическая терапия. /Е. А. Коган, Н. Л. Торшина, Г. А. Меерович. Мат. 2-го Всерос. симпозиума с международным участием М. Видное 1997 г. С. 68–79.
8. Кондрашин Н. И. Клиника и лечение гемангиом у детей. /Н. И. Кондрашин. М., 1963, – 103 с.
9. Краковский Н. И. Гемангиомы. /Н. И. Краковский. М., 1974, – 168 с.
10. Странадко Е. Ф. Фотодинамическая терапия /Е. Ф. Странадко, Н. А. Маркичев, М. В. Рябов. Мат. 3-го Всерос. симпозиума – М., 1999 – С. 56–65; 3–15
11. Харнас С. С. Фотодинамическая терапия /С. С. Харнас, М. Н. Кузин, В. Б. Лощенов. /Мат. 2-го Всерос. симпозиума с международным участием М., Видное 1997 г. С. 26–29.

**УДК: 616. 216. 1–002. 3+616. 323–007. 61]–036. 1–091. 8**

**КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ  
ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТОВ И АДЕНОИДИТОВ  
ГРИБКОВОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**Т. Н. Буркутбаева, Г. А. Хамидуллина**

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова  
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Д. Е. Жайсакова)*

*Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии  
(Директор – проф. Ж. А. Арзыкулов)*

Диагностика микозов строится на общепринятых методах обследования больных, учете клинических проявлений заболевания, данных лабораторных исследований. Однако, если в одних случаях диагноз легко ставится уже на основании клинической картины микотического поражения (кандидоз слизистых оболочек полости рта, поверхностные формы некоторых дерматомикозов), то в других случаях постановка диагноза требует применения различных методов исследования. К последним относится обнаружение элементов гриба в патологическом материале, выделение возбудителя в чистой культуре, серологические исследования, аллергические пробы, эксперименты на лабораторных животных.



Наиболее достоверным считается метод выделения гриба в чистую культуру. Однако применение культуральной диагностики в ряде случаев, когда речь идет об оппортунистических микозах, не дает еще права говорить о наличии заболевания. Это может быть еще и проявлением миконосительства. Поэтому наиболее достоверным является установление наличия возбудителя – того или иного гриба – в патологическом материале при цитологическом исследовании мазков, отпечатков и при гистологическом исследовании срезов ткани. [2]

Цитологическое и гистологическое исследование и изучение культуры дополняют друг друга. Ни одним из этих методов не следует пренебрегать. Успешность выявления природы микотического поражения целиком зависит от сотрудничества клинициста, цитолога, гистопатолога и миколога.

По данным литературы основными возбудителями хронического аденоидита являются бактерии, однако, определяется тенденция к увеличению поражения носоглоточной миндалины микотической микробиотой. По данным разных авторов при определении возбудителя аденоидита на долю грибов приходится от 1,3 до 21%. [1]

**Цель исследования.** Определить клинко-эндоскопические и патоморфологические особенности синуситов и аденоидитов грибковой этиологии.

**Материалы и методы.** Обследовано 65 пациентов с риносинуситом грибковой этиологии в возрасте от 15 до 65 лет. Всем больным проводилось углубленное клиническое обследование: эндоскопия носа, КТ-ППН., микологическое обследование с микроскопией нативных препаратов, окраской по Романовскому–Гимзе и выделением чистой культуры плесневых грибов и грибов рода *Candida* с оценкой чувствительности их к антимикотическим препаратам, всем больным проводилось гистологическое исследование операционного и биопсийного материала с окраской гистологических срезов гематоксилином и эозином, а также ставилась ШИК-реакция.

**Результаты.** В результате исследования было выделено и идентифицировано 15 культур плесневых грибов. При синуситах грибковой этиологии процент выделения составлял 16,6% и был представлен только грибами рода *Aspergillus* (*A. Sydowi*, *A. fumigatus*) –  $100 \pm 12,5\%$  случаев ( $P < 0,05$ ). Микроскопический метод оказался информативнее ( $P < 0,05$ ), подтверждая в  $49,5 \pm 3,6\%$  случаев микотическую природу заболевания.

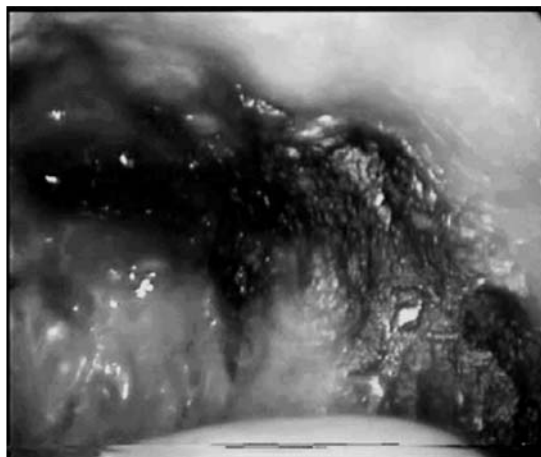
Нами выявлены клинко-эндоскопические особенности хронических риносинуситов грибковой этиологии:

- хронический вялотекущий процесс;
- отсутствие эффекта от стандартной антибактериальной терапии;
- вязкое, «резиноподобное» отделяемое в носовых ходах, мелкие полипы в среднем носовом ходе;
- наличие на слизистой оболочке прозрачных множественных микровезикул, добавочных включений в виде «крупинок» черного цвета на фоне отека слизистой оболочки;
- аномалии строения полости носа.
- дефект латеральной стенки носовой полости и некротические массы при хроническом инвазивном аспергиллезе придаточных пазух носа.

В результате проведенных нами гистологических исследований при наличии отрицательных результатов микроскопических и культуральных исследований удалось подтвердить этиологическую значимость микотического поражения у 5 больных.

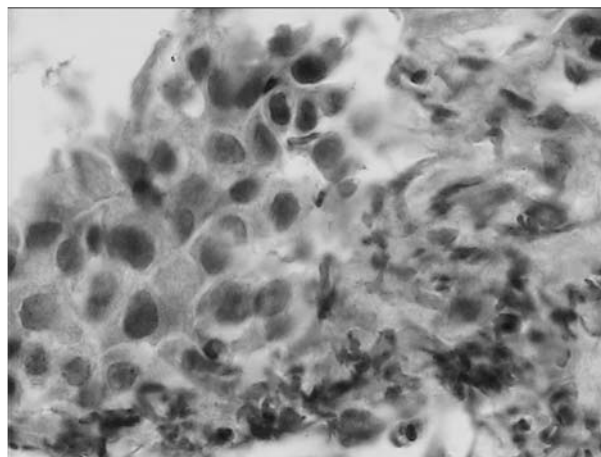
Приводим данные эндоскопического и патоморфологического исследования у больной с инвазивной формой микоза верхнечелюстной пазухи, у которой наблюдалась длительно существовавшая припухлость мягких тканей лица, наличие свища в области верхней челюсти.

При эндоскопическом исследовании в области среднего носового хода и средней раковины некротические массы коричневого цвета с запахом, дефект костной латеральной стенки носа справа, слизистая оболочка пазухи утолщена, представляет собой конгломерат легко кровающейся грануляционной ткани, в области задней стенки пазухи – некротические массы, костная стенка глазницы отсутствует (рис. 1)



**Рис. 1.** Эндоскопическое исследование верхнечелюстной пазухи.

При гистологическом исследовании слизистой верхнечелюстной пазухи выявлена нитевидная форма гриба в ткани, которая явилась неоспоримым обоснованием диагноза микотического поражения пазухи, несмотря на отрицательные результаты микроскопического и культурального микологического исследования (рис. 2)



**Рис. 2.** Микоз верхнечелюстной пазухи. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 1000.

На рисунке видны нити мицелия, проникающие в подслизистый слой.

В подслизистом слое отмечается формирование гранулемы с преобладанием лимфоидных элементов с нитями мицелия.

В данном наблюдении отмечена своеобразная клиническая картина, характерная для микотического поражения. Воспалительный процесс протекал как остеомиелитический, распространился со слизистой оболочки на надкостницу и кость, разрушены медиальная и орбитальная стенка верхнечелюстной пазухи. Данное наблюдение свидетельствует о важности проведения гистологического исследования при наличии отрицательных результатов микроскопического и культурального исследования у больных при подозрении на грибковую форму риносинусита.

Клиническая картина аденоидита грибковой этиологии зачастую идентична бактериальному аденоидиту, что затрудняет ее диагностику. Течение грибкового аденоидита характеризуется длительной назальной обструкцией, частым рецидивированием, и малой эффективностью при стандартном подходе к лечению аденоидита.



Приводим краткую выписку из истории болезни.

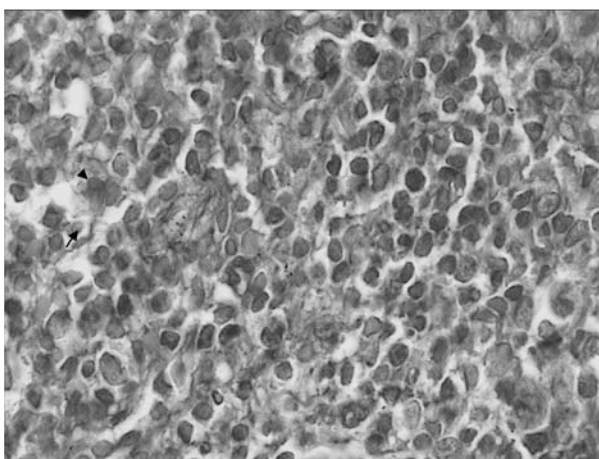
Больной Л., 15 лет обратился 11.XI.2004 г. с жалобами на постоянную заложенность носа, периодически слизистое отделяемое из носа, сопровождающимся приступами чиханья, которое усилилось после операции аденотомии 7.VII.2004 г. При эндоскопическом исследовании полости носа отмечалось наличие отека слизистой оболочки нижних и средних носовых раковин, наличие на слизистой оболочке средних носовых раковин прозрачных множественных микровезикул, добавочных включений в виде «крупинок» черного цвета на фоне отека слизистой оболочки.

При гистологическом исследовании, окраске гематоксилином и эозином аденоидная ткань представлена гиперплазированной лимфоидной тканью с формированием лимфоидных фолликулов со светлыми центрами, поверхность покрыта мерцательным эпителием, поверхность на большом протяжении эрозирована. Мерцательный эпителий на сохранившихся участках с признаками выраженной пролиферации. (рис. 3)



**Рис. 3.** Грибковый аденоидит. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 200.

При окраске реактивом Шиффа в толще лимфоидной ткани встречаются разрастания мицелия без формирования гранулемы. (рис. 4)



**Рис. 4.** Грибковый аденоидит. ШИК-реакция, ув. 1000.

Стрелками показаны нити мицелия, окрашенные реактивом Шиффа в розовый цвет.



При выполнении эндоскопической эпифарингоскопии у 15 больных с грибковым поражением на глоточной миндалине определялись мелкоточечные беловатые вкрапления, отек лимфоидной ткани, наличие слизисто-гнойного секрета. По степени разрастания аденоидных вегетаций превалировала II и III степень.

Таким образом, в постановке правильного диагноза синусита и аденоидита грибковой этиологии, помимо традиционных методов диагностики, основополагающим моментом является микроскопия и микологическое исследование мазков, взятых с глоточной миндалины, из носа, придаточных пазух носа, патоморфологическое исследование тканей с окраской реактивом Шиффа.

#### **Выводы:**

1. Клинической особенностью течения риносинуситов и аденоидитов грибковой этиологии является наличие длительного вялотекущего процесса, не поддающегося стандартным методам антибактериальной терапии.
2. Анализ результатов эндоскопического исследования определил ряд признаков, характеризующих микотическую природу риносинуситов и аденоидитов: вязкое, «резиноподобное» отделяемое в носовых ходах, мелкие полипы в среднем носовом ходе, наличие на слизистой оболочке прозрачных множественных микровезикул, добавочных включений в виде «крупинок» черного цвета на фоне отека слизистой оболочки, дефект латеральной стенки носовой полости и некротические массы при хроническом инвазивном аспергиллезе придаточных пазух носа.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кунельская В. Я. Влияние распространенности микобиоты у детей с хроническим аденоидитом / В. Я. Кунельская, А. И. Мачулин Успехи медицинской микологии: Сб. тр. Мат. V Всерос. конгресса по медицинской микологии. – М., 2007. – Т. 10. – С. 179–181.
2. Хмельницкий О. К. Патоморфология микозов человека / О. К. Хмельницкий, Н. М. Хмельницкая. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 432 с.

**УДК: 616. 28–008. 14: 612. 014. 464**

## **ЛЕЧЕНИЕ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ОЗОНОМ**

**Э. Т. Гаппоева, О. В. Пуга**

*ГОУ ВПО Северо-Осетинская медицинская академия Росздрава, г. Владикавказ  
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Георгиади)*

Сенсоневральная тугоухость (СНТ) – полиэтиологическое заболевание, при котором наблюдаются дегенеративно – атрофические изменения в периферическом, а иногда и в центральном отделах слухового анализатора.

СНТ встречается во всех возрастных группах, доминируя у людей наиболее активного возраста от 30 до 50 лет, приводящая к резкому ограничению общения, снижению профессиональной активности, к серьезным изменениям в психоэмоциональной сфере.

Установлено, что у 1–2% населения Российской Федерации имеет место значительное нарушение слуха. [6]

Основу заболевания составляет внутриулитковая гипоксия. Причинами таких нарушений в слуховом анализаторе могут быть:

- сосудистые расстройства;
- перенесенные острые инфекционные заболевания;
- интоксикации аминогликозидными антибиотиками или химическими веществами;
- травмы;