



При выполнении эндоскопической эпифарингоскопии у 15 больных с грибковым поражением на глоточной миндалине определялись мелкоочечные 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. Гапоева, 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;



- болезнь Меньера, отосклероз, заболевания среднего уха;
- возрастные изменения организма;
- наследственные заболевания и врожденные пороки развития;
- анатомические аномалии лабиринтной артерии. [1, 2, 4]

В основе патогенеза СНТ лежат изменения, возникающие в слуховом сенсоневральном аппарате вследствие воздействия вышеперечисленных факторов и особенностью кровоснабжения внутреннего уха, осуществляемого из внутренней слуховой артерии – конечной ветви передненижней мозговой артерии, отходящей непосредственно от базилярной артерии. Гистологически обнаруживаются ишемия и расстройство питания чувствительных клеток и других нервных элементов вплоть до их дегенерации, нарушения микроциркуляции и капиллярного стаза. [7]

Заболевание характеризуется прогрессирующим понижением слуха по типу звуковосприятия, наличием шума в ушах.

В зависимости от течения различают внезапную, острую и хроническую. Причинами острой и внезапной сенсоневральной тугоухости чаще всего является спазм, приводящий к микроэмболии сосудов внутреннего уха, на втором месте по частоте заболевания – это вирусное поражение, как осложнение, возникающее после гриппа на 6–7 дней заболевания. При хронической СНТ имеет место двусторонняя стойкая в течение многих лет тугоухость с медленным или быстрым прогрессированием. При острой и внезапной СНТ процесс односторонний. Внезапная заключается в неожиданной и мгновенной потере слуха в сроки, измеряемые часами (до 12 ч) с присущей ей особенностями: больные описывают потерю слуха как обрыв телефонного провода. Если это происходит во сне, больные нередко просыпаются от возникающего чувства выключения уха из слуховой функции или фиксируют произошедшее как катастрофу по пробуждении. При увеличении этих сроков до суток обозначается как острая [7].

Диагностика СНТ основывается на тщательно собранном анамнезе и клинических данных.

Цель работы: дать оценку эффективности метода озono-кислородной смеси у больных острой и хронической сенсоневральной тугоухостью.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 54 больных с острой и хронической СНТ в возрасте от 20 до 73 лет, среди них 18 больных с острой СНТ: 8 женщин и 10 мужчин; с хронической 36 больных – 18 женщин и 18 мужчин. Длительность заболевания колебалась от 1 недели до 10 лет. дель. больных с острой сенсоневральной тугоухостью терапия 5 капельниц через день. больных разделили на групп

На основании анамнестических и клинических данных, а также результатов проведенных исследований всех больных разделили на 4 группы, в зависимости от этиологии поражения (табл.).

Таблица

Группы больных с СН тугоухостью

1-я группа	2-я группа	3-я группа	4-я группа
15 больных с ХСНТ вирусной этиологии	21 больных с ХСНТ сосудистого генеза	9 больных с ОСНТ сосудистого происхож-я	9 больных с ОСНТ вирусной этиологии
Итого: 54 больных от 20 до 73 лет, из них 26 женщин и 28 мужчин.			

Помимо стандартной тактики лечения (дезинтоксикационные препараты, средства, улучшающие реологию крови и мозговое кровообращение, витаминотерапия) больным всех групп проводилось фармакопунктура биологически активных точек парааурикулярно озono – кислородной смесью 1,0 мл от 1 до 3-х инъекций. Концентрация озона 5 мг/л. Курс лечения – 10 дней.

Озонотерапия имеет широкий диапазон воздействия, оказывает противогипоксическое, дезинтоксикационное, бактерицидное, вирусоцидное, фунгицидное, иммуномодулирующее воздействие, обладает хорошей переносимостью и практически не имеет побочных эффектов. [5]

Озон восстанавливает кислородный транспорт, высвобождает кислород, нормализует обмен веществ, гормональный фон, снимает интоксикацию, расширяет сосуды, улучшает микроциркуляцию.

В процессе лечения больные отмечали положительный эффект (рис.).

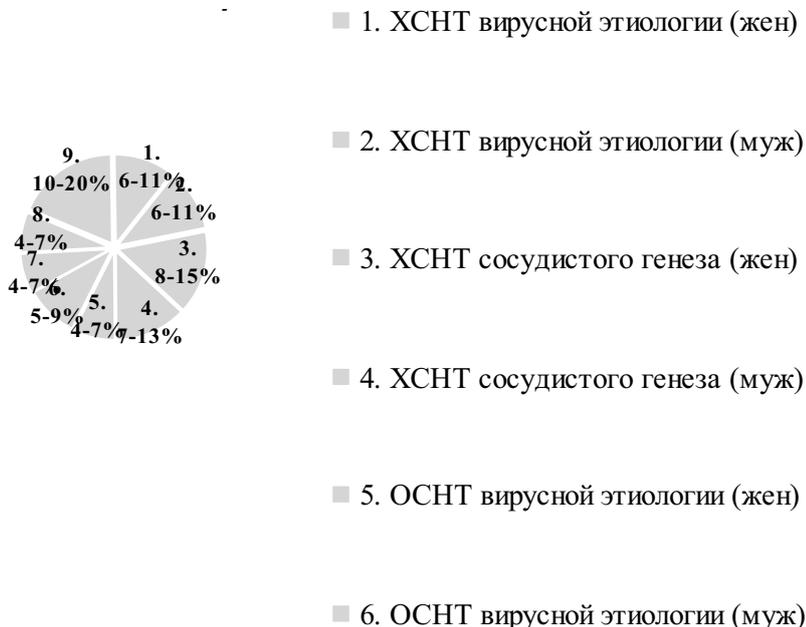


Рис. 1. Результаты лечения.

В 1-ой группе у 12 больных (6 женщины и 6 мужчин), во второй группе у 15 больных (8 женщины и 7 мужчин) на 8 сутки лечения отмечали положительный эффект от воздействия газообразного озона, в третьей группе – 8 больных (4 женщины и 4 мужчин), в 4-ой группе – 9 больных (4 женщины и 5 мужчин) на 5 сутки введения озона отметили субъективное улучшение слуха, разборчивость речи, уменьшение шума в ушах, улучшение общего состояния.

10 больных (3 ХСНТ вирусного генеза, ХСНТ сосудистого, 1 ОСНТ сосудистого) больных не отметили улучшения.

На основании наблюдений мы пришли к **выводам:**

1. *Использование газообразного озона в комплексной терапии целесообразно при лечении больных с острой и хронической сенсоневральной тугоухостью как сосудистого генеза и вирусного происхождения.*
2. *Субъективное улучшение слуха, разборчивость речи, уменьшение шума в ушах, улучшение общего состояния наступали у больных с острой СНТ уже на 5 сутки лечения, при хронической форме – на 8 сутки независимо от этиологии.*
3. *Использование газообразного озона при лечении СНТ не вызывало сенсibilизации и практически не имеет побочных эффектов.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаппоева Э. Т. Лабораторно-диагностические критерии терапии острого периода сенсоневральной тугоухости. /Э. Т. Гаппоева. Метод. пособие для врачей, Владикавказ, 2007. – 36 с.
2. Гусейнов Н. М. Этиология и патогенез острой нейросенсорной тугоухости (обзор). / Н. М. Гусейнов. //Азерб. мед. журн. – 1989. – №6. – С. 67–71
3. Дзампаева Э. Т. Лечение нейросенсорной тугоухости фармакопунктурой и электростимуляцией. /Э. Т. Дзампаева, Г. А. Георгиади. Метод. рекомендации №97/160 МЗ РФ. Владикавказ, 1998. – 11 с.
4. Дискаленко В. В. Слуховые нарушения у больных с острой нейросенсорной тугоухостью вирусной и сосудистой этиологии. /В. В. Дискаленко. // Вестн. оторинолар. – 1986. №6. С. 34–38
5. Озонотерапия – новые возможности медицины. /Сб. мат. II-го Конгресса ассоциации специалистов УЗИ в перинатологии, генетике и гинекологии «Плід як частина родини», Харьков, 2000. – С. 459–460.



6. Пальчун В. Т. Острая и внезапная нейросенсорная тугоухость. /В. Т. Пальчун, Е. М. Сагалович. //Вестн. оторинолар. – 1994. – №5–6. С. 5–11
7. Пальчун В. Т. Оториноларингология: Руководство для врачей. /В. Т. Пальчун, А. И. Крюков – М.: Медицина, 2001. – 616 с.

УДК: 616. 21–002. 5–036. 2(470. 631)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛОРОРГАНОВ В КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

А. О. Гюсан

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница

(Главный врач – канд. мед. наук А. М. Тебуев)

Ставропольская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Кошель)

В последние десятилетия рост заболеваемости туберкулезом принял в России угрожающий характер, а летальность среди впервые выявленных больных увеличилась почти вдвое [10, 11]. В 2007 г. заболеваемость туберкулезом составила в стране 82,4 человека на 100 тысяч населения, смертность – 19,7 человека. Число всех впервые заболевших в стране составило 117646 человек. Однако можно с полной уверенностью говорить, что это далеко не точная статистика. Так, как люди очень пассивно относятся к необходимому обследованию. Подобная тенденция роста заболеваемости туберкулезом имеет место во всех странах СНГ, в некоторых из них вплотную приближаясь к границе эпидемиологической опасности [2].

В связи с этим интерес к туберкулезной инфекции возрос, однако вне поля зрения остаются вопросы внелегочного туберкулеза [9].

В высокоразвитых странах Европы, а также в США и Канаде внелегочная локализация туберкулеза в структуре общей заболеваемости туберкулезом колеблется от 25 до 50%. В нашей стране этот процент значительно ниже и составляет 4,6. Такая существенная разница, по мнению ряда исследователей, свидетельствует о недо выявлении и недоучете больных туберкулезом внелегочной локализации в России [1, 7].

Известно, что туберкулез способен поражать любой из ЛОР-органов. В этих условиях вопрос о диагностике специфических изменений верхних дыхательных путей и уха приобрел особую актуальность.

Самым частым осложнением легочного туберкулеза является поражение гортани. Отдельные авторы [17] отмечали наличие туберкулеза гортани у 37% больных туберкулезом легких. В последующем по данным других авторов, под воздействием новых специфичных лекарственных препаратов этот процент снизился до 3–9,6%. Поражение гортани тяжелое и наиболее частое проявление туберкулеза верхних дыхательных путей и, как правило, является осложнением легочного процесса. Хотя по данным иностранных авторов в отдельных случаях отмечается первичный туберкулез гортани (Espinoza S. et al., 1981; Kempf H. G., 1991; Ramadan H. N. et al., 1993 цит. по Чумакову Ф. И., Лукьяновой М. А. [11]), но он является исключительно редким.

Основные симптомы заболевания: охриплость и болезненное глотание (кашель, боль, дисфагия, одышка).

Среди всех форм впервые выявленного туберкулеза легких по Самаре за 5 лет туберкулез гортани составил 0,3% (9 чел.) Основной формой туберкулеза легких с туберкулезом гортани был диссеминированный туберкулез с подострым течением (76%) и инфильтративный (24%) с распадом и бактериовыделением [].

Хотя современная терапия туберкулеза позволяет несколько снизить это осложнение, однако следует иметь в виду, что и в настоящее время оно нередко встречается и может протекать под маской других заболеваний [12].