

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 остиомеатального комплекса с больной 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 Красножона с удалением патологического содержимого под эндоскопическим контролем, инфундибулотомии — 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 дру- зы 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 гноя секретата 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 остиомеатального 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. Снижению 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 глюкокортикостероиды. Недавние научные ис-

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

Воздействуя на все звенья патогенеза воспалительного процесса в слизистой оболочке носа на клеточном и субклеточном уровне, интраназальные глюкокортикостероиды оказывают выраженный 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 глюкокортикостероидов при лечении острых тубоотитов и экссудативных средних отитов.

Цель исследования: изучить эффективность применения интраназального глюкокортикостероида мометазона фуората (Назонекса) в комплексном лечении больных острым тубоотитом и экссудативным средним отитом.



Материал и методы: Было обследовано 35 пациентов в возрасте от 18 до 56 лет, 21 женщина и 14 мужчин с нарушением функции слуховой трубы. Заболевание развилось в результате перенесенного или продолжающегося острого гнойного или катарального ринита или риносинусита.

Всем больным производился осмотр ЛОР-органов, эндоскопическое исследование полости носа при помощи ригидных эндоскопов фирмы «ЭлеПС», отомикроскопия, определение времени мукоцилиарного клиренса, проводились акуметрические тесты, тональная аудиометрия и импедансометрия в начале и конце лечения, рентгенологическое исследование околоносовых синусов. 24 пациентам был установлен диагноз острый тубоотит (односторонний или двусторонний), у 7 пациентов был выявлен острый серозный средний отит и у 4 пациентов — острый мукозный средний отит.

Пациенты были разделены на 2 группы. Группу исследования составили 18 больных, которым в комплексе с антибактериальной общей и местной терапией, физиотерапией был назначен мометазона фураат (Назонекс) в дозе 200 мкг дважды в день в течение всего курса лечения. Группу сравнения составили пациенты, которые получали аналогичное лечение, однако вместо Назонекса были применены назальные деконгестанты в течение 5 дней. При наличии экссудата в барабанной полости пациентам обеих групп

производился парацентез барабанной перепонки с удалением экссудата и введением дексаметазона транстимпанально.

Результаты: Оценка жалоб пациентов в различные сроки лечения, данные объективного исследования, клинических и параклинических тестов позволили выявить более раннее восстановление функций слизистой оболочки носа и слуховой трубы в группе пациентов, применявших интраназально Назонекс. В среднем сроки лечения до полного отсутствия жалоб, восстановления слуха и нормализации показателей акуметрических тестов, тональной аудиометрии и импедансометрии, мукоцилиарного транспорта в группе исследования составили 16,5 дня. В группе контроля эти сроки были значительно больше — 21,7 дня. Кроме того, у некоторых пациентов контрольной группы оставались жалобы на низкочастотный шум в ухе, несмотря на восстановление проходимости слуховой трубы.

Таким образом, применение интраназального глюкокортикоидного мометазона фураата (Назонекс) повышает эффективность комплексного лечения пациентов с острым тубоотитом и экссудативным средним отитом, позволяет в более короткие сроки купировать воспалительный процесс в слизистой оболочке носа и слуховой трубе, что приводит к нормализации функций слуховой трубы, улучшению аэрации барабанной полости и полному восстановлению слуха.

ОБОСНОВАНИЕ АЛГОРИТМА АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА

Н.А. АРЕФЬЕВА, профессор, Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа.

Причины перехода острого воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей и уха в рецидивирующее и хроническое течения интенсивно изучаются.

В оториноларингологии одними из наиболее значимых в хронизации воспаления признаны анатомические особенности строения структур полости носа и уха [3, 5]. Также не вызывает сомнения роль иммунологических аспектов в отсутствии завершенности воспалительного процесса и его рецидивах и хронизации [1].

Рассматривая проблему с позиции этиологии респираторных заболеваний, следует признать ведущую роль вирусов в инициации воспаления [4]. Вирусы могут супрессировать активность иммунного ответа, что проявляется снижением способности лейкоцитов к продукции альфа- и гамма-интерферонов. Нарушение в системе интерферона способствует персистенции вирусной инфекции [2]. Вирусная инвазия и персистенция в клетках предшествует бактериальному инфицированию. При формировании микст-инфекции происходит суммация патологических проявлений и видоизменение клиники заболевания. Установлена зависимость между гриппозной инфекцией и вторичной бактериальной флорой (пневмококк). При тонзиллярной патологии имеется сочетание вируса Эпштейна-Барр и бета-гемолитического стрептококка и др.

Известно, что развитие острого респираторного заболевания «простуда» опосредовано вирусами: риновирусы, вирусы гриппа, парагриппа, вирусом простого герпеса, цитомегаловирусами и др. Воспаление слизистых сопровождается усилением кровотока в сосудах, повышением проницаемости сосудистой стенки и миграцией иммунокомпетентных клеток в очаг воспаления. Клинически в первые дни заболевания это выражается отеком тканей и экссудацией. В последующем присоединяется бактериальная суперинфекция, которая сопровождается усилением клинических симптомов в виде острого бактериального синусита, экссудацией в среднем ухе (острый средний отит).

При этом показано, что микроорганизмы гнойных секретов среднего уха и синусов представлены в основном пневмококками (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильной палочкой (*Haemophilus influenzae*). Определенную роль могут играть *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* [6]. Среди бактериальных возбудителей тонзиллофарингита признан бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА). При этом и другие бактериальные патогены — *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae* должны учитываться в качестве возбудителей.

С учетом сказанного на этапе вирусного воспаления рациональной тактикой лечения следует признать наряду с использованием противовирусной терапии преимущественно местное применение лекарственных средств.

При остром воспалении среднего уха в стадии доперфоративной (1-я стадия) назначаются: Отипакс (спирт 960, феназон, лидокаин, глицерин); Полидекса (неомицин сульфат, полимиксин В, дексаметазон), Анауран (неомицин, полимиксин, лидокаин), Гаразон (бекламетазон натрия фосфат и гентамицин сульфат) по 5 капель 2-4 раза в день в больное ухо. Не потерял своего значения и спиртовой раствор борной кислоты 3%. Эти препараты не рекомендуются при наличии перфораций барабанной перепонки.

При острых и хронических отитах с перфорацией медикаментозные средства не должны иметь ототоксического эффекта или раздражать слизистую оболочку среднего уха. Из применяемых в настоящее время средств рекомендуются: Отофа (рифамицин натрия и нейтральные ингредиенты) и Ципромед (ципрофлоксацин), они выпускаются во флаконах по 10 мл. После вливания лекарства в ухо следует надавить на козелок для его перераспределения в ячейки сосцевидного отростка и слуховую трубу.

Антибактериальные препараты местного применения на слизистую носа — это Биопарокс в виде спрея на слизистую оболочку носа и глотки, спреи для носа Полидекса с фенилэфрином, Изофра.

Группа деконгестантов (сосудосуживающих препаратов) — Нафтизин, Санорин, Називин, Тизин, Вибрацил и др. имеют