

Хронический грибковый риносинусит в этиологическом и клиническом аспекте

В. Н. КРАСНОЖЕН, З. Х. КАЛИМУЛЛИНА, М. Б. БРОДОВСКИЙ.

Кафедра оториноларингологии КГМА (зав. кафедрой — д.м.н. В. Н. Красножен).

Клинический ринологический центр городской больницы № 16 (главный врач — Р. А. Мустафин).

Воспалительные заболевания околоносовых пазух до настоящего времени остаются одной из актуальных проблем в оториноларингологии. Сталкиваясь в повседневной практике с обострением хронического риносинусита, оториноларинголог, как правило, ограничивается стандартной схемой обследования пациента, назначает традиционную противовоспалительную терапию. Однако причина заболевания, в т.ч. обострение хронического процесса, зачастую требует более детального подхода, в частности, обследование на микотическую инфекцию.

Цель исследования: изучение особенностей хронического риносинусита грибковой этиологии.

Материал и методы: обследовано 75 пациентов, страдающих хроническим риносинуситом, в возрасте от 15 лет до 61 года, имеющих рецидивирующее течение и резистентность к проводимой терапии. Продолжительность заболевания составила: от 2 до 5 лет — 46,4%, от 5 до 10 лет — 44,2%, свыше 10 лет — 9,4%. Всем пациентам проводилось углубленное клиническое, эндоскопическое, культуральное микологическое обследование, а также определение циркулирующего антигена *Candida albicans* в сыворотке крови методом амперметрического иммуноферментного сенсора.

Результаты: грибковая колонизация слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при хроническом риносинусите наблюдалась в 75% случаев. Из них на дрожжевые грибы рода *Candida* пришлось 77%, на плесневые грибы (*Aspergillus*, *Penicillium*) — 23%. В обеих группах микотическая инфекция, как правило, сочеталась с бактериальной, которая усугубляла воспалительный процесс. С этиологической точки зрения первичная принадлежность в этом симбиозе не имеет значения, однако следует учитывать, что условно-патогенные микроорганизмы (в частности грибы рода *Candida*, плесневая микробиота), которые широко распространены в окружающей среде и постоянно вступают в контакт с макроорганизмом, способны реализовать «дремлющие» патогенные свойства лишь при нарушении защитных барьеров

макроорганизма. Можно выделить целую группу факторов риска, которые определяют инфекционный процесс, вызванный условно-патогенными грибами.

Клиническая картина грибкового поражения околоносовых пазух при хроническом риносинусите имеет свои особенности. Кандидозный хронический риносинусит — это длительный, вялотекущий процесс с периодическими обострениями, головная боль тянущего характера без четкой локализации, умеренное затруднение носового дыхания, отделяемое из носа слизистое или слизисто-гнойное (в зависимости от выраженности сопутствующей бактериальной флоры). При диагностической эндоскопии носа и околоносовых пазух определяется триада симптомов: стойкая гиперемия и умеренный отек слизистой оболочки, прозрачные множественные микровезикулы и/или белые точечные высыпания на слизистой оболочке, аномалии строения остиематального комплекса, которые отмечены у 90% обследуемых.

Среди больных с кандидозной колонизацией слизистой оболочки носа и околоносовых пазух в 93% случаев определяется циркулирующий кандидозный антиген в сыворотке крови, который подтверждает инвазивность грибов рода *Candida*. Имеется достоверная корреляция между тяжестью клинических проявлений хронического риносинусита, вызванных плесневыми грибами, помимо общехарактерных признаков, отличаются пролиферативными (грануляции, полипозные изменения слизистой оболочки) и экссудативными (отделяемое вязкой, резиноподобной консистенции) изменениями; воспалительный процесс зачастую приводит к костным деструкциям.

Следовательно, хронический риносинусит, обусловленный условно-патогенными грибами, нередко протекает под «маской» бактериальной инфекции. Поэтому обследование пациента на грибковую инфекцию является обоснованным, а вовремя назначенное антимикотическое лечение способствует успешному излечению больного.

Применение углеродного сорбента у больных гипертрофическим ринитом, перенесших эндоскопическое вмешательство

Л. Г. СВАТКО, В. Н. КРАСНОЖЕН, О. В. МОРОЗОВА.

Кафедра оториноларингологии КГМА (зав. кафедрой — д.м.н. В. Н. Красножен).

Клинический ринологический центр городской больницы № 16 (главный врач — Р. А. Мустафин).

Восстановление функций слизистой оболочки носовых раковин после хирургического вмешательства у больных гипертрофическим ринитом в значительной мере определяется течением репаративных процессов в послеоперационном периоде. Выбор оптимальной тактики ведения послеоперационного периода является залогом успеха произведенного вмешательства. Защитные свойства слизистой оболочки в ответ на травму проявляются в образовании плотного лейкоцитарно-некротического дегрита на раневой поверхности, объем которого напрямую связан с величиной травмированной поверхности, но также зависит и от индивидуальных особенностей пациента, степень выраженности воспалительных изменений в слизистой оболочке и активностью воспалительного процесса. Отек слизистой оболочки и защитный каркас, образованный тканевыми элементами вызывают значительное затруднение носового дыхания у оперированных пациентов, отрицательно сказываются на их самочувствии, вызывают неудовлетворенность вмешательством. Кроме того, длительно сохраняющийся отек слизистой оболочки носовых раковин, наличие плотного фибринозного налета на раневой поверхности таят в себе опасность оставить незамеченными образующиеся между различными участками носовой полости послеоперационные спайки — синехии, что является дефектом выполненного вмешательства.

Тактика ведения послеоперационного периода у пациентов, перенесших хирургическое вмешательство на носовых раковинах, включала в себя тампонаду носа, лаваж носа изотоническим раствором и эндоскопический контроль за течением репаративных процессов. Целью тампонады носа после проведенной операции является предупреждение кровотечения в послеоперационном периоде. Однако длительное механическое сдавление травмированной в ходе оперативного вмешательства слизистой оболочки, использование для этой цели грубых гигроскопичных материалов неблагоприятно сказывается на результатах операции. Некоторые авторы предлагают отказаться от введения тампонов после операции в полости носа либо оставлять тампоны на короткий срок (Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов, 2002).

Наше сообщение основано на ведении послеоперационного периода у больных различными формами хронического гипертрофического ринита. Все больные были разделены на две группы. Первой группе больных была произведена тампонада носа при помощи перфорированного тампона из латекса, выполненного с марлевой тканью. Во второй группе был применен аналогичный тампон из латекса, выполненный с углеродной сорбционной повязкой (ПУСТ), разработанной Пермским НИТИУС (Л. Г. Сватко и соавт., 1997). Высокая сорбционная емкость углеродного сорбента, низкая адгезивность отвечает в полной мере требованиям терапии, проводимой в послеоперационном периоде при эндоскопических вмешательствах. Кроме того, углеродная ткань в силу физико-химических особенностей обладает минимальным травмирующим свойством по сравнению с традиционно применяемой марлевой тканью.

Тампоны из латекса с сорбентом применялись в течение 4 дней со сменой через 2 дня. Указанная тампонада способствовала быстрой эпителизации операционной раны, уменьшению раневого отделяемого и отека слизистой оболочки носа по сравнению с контрольной группой. У пациентов исследуемой группы на 5–6-й день после операции полностью восстанавливалось носовое дыхание, на 7–9-й день завершалась эпителизация раневой поверхности, что было подтверждено эндоскопическим контролем.

Таким образом, применение тампонов из латекса с углеродным сорбентом в послеоперационном периоде у больных хроническим гипертрофическим ринитом оказывала благоприятное воздействие на репаративные процессы в области раневой поверхности носовых раковин, ускоряя нормализацию функций слизистой оболочки носа, способствует быстрому восстановлению трудоспособности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. «Миклош». — М., 2002. — С. 211.
2. Сватко Л. Г., Батыршин Р. Г., Красножен В. Н., Латыпов Р. В. Послеоперационное ведение больных полипозным гайморитом, перенесших эндоскопические операции // Российская ринология. — 1997. — № 2. — С. 47.