

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Повышение эффективности лечения больных с воспалительными заболеваниями лобных пазух и их профилактика. / В. Ф. Антонив. // Вестн. оторинолар. – 2002. – С. 42–43.
2. Волков А. Г. К вопросу о развитии метода трепанопункции лобных пазух. / А. Г. Волков // Рос. ринология. – 2002. – №2. – С. 35–38.
3. Ванин А. Ф. Оксид азота – универсальный регулятор биологических процессов. /А. Ф. Ванин. NO-терапия теоретические аспекты, клинический опыт и проблемы применения экзогенного оксида азота в медицине. – Мат. Науч.-практ. Конф. 2001. – С. 22–27.
4. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Руководство для врачей. / В. Т. Пальчун, А. И. Крюков М. – 2001. – С. 192–194.
5. Пискунов Г. З. Клиническая ринология. / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов – М. – 2002–390 с.
6. Устьянов Ю. А. Параназальные синуситы. / Устьянов Ю. А-м. 1972. – С. 65–73.

616. 216. 1-002-006. 5-053

**СТРУКТУРА ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТОВ С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТОВ, КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ И ПАТОГЕНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ  
POLYPOSIS RHINOSINUSITIS STRUCTURE DEPENDING ON AGE,  
CLINICAL FORMS AND DISEASE PATHOGENESIS**

**С. Ю. Калашникова, С. В. Сергеев**

**S. Yu. Kalashnikova, S. V. Sergeev**

*Пензенский государственный университет, медицинский институт  
Пензенская областная клиническая больница им. Н. Н. Бурденко*

*Проведено ретроспективное исследование возрастной, половой структуры полипозных синуситов, частоты поражения околоносовых пазух полипозным процессом среди пациентов, пролеченных в ЛОР-отделении ПОКБ за 2005–2008 г. г. Выделено 4 группы пациентов в зависимости от наиболее предполагаемого причинного фактора (по Г. З. Пискунову). В каждой из групп определена преобладающая микрофлора полости носа, гистологическая структура полипозной ткани, а также клиническая форма воспаления околоносовых пазух. По результатам исследования определена возрастная подгруппа (пациенты до 20 лет), требующая особого внимания при определении основного патогенетического фактора развития полипоза. Именно в этой группе имеется наибольший рост числа полипозных процессов за исследуемый период, а также отмечено несоответствие гистологической структуры полипов, первоначально определенному патогенетическому механизму их развития.*

**Ключевые слова:** полипозный риносинусит, возрастная структура, клиническая форма полипозного риносинусита.

**Библиография:** 4 источника.

*The age and sex structures of polyposis sinusitis, the rate of paranasal sinus damages by polyposis were retrospectively studied. The patients have been treated during 2005–2008 in Otolaryngology Department in Penza Regional Clinical Hospital. All patients have been divided into 4 groups depending on causal factor (by G. Z. Piskunov). In each group prevailing microflora of nasal cavity was defined. Histological structure of polyposis tissue and clinical form of paranasal sinus inflammation were defined as well. By the results special age group, patients under 20 years old, was determined. It is stated that it is necessary to define basic pathogenetic factor of polyposis in these patients. It is this group of patients that demonstrates the greatest growth of polyposis. The disparity between histological polyposis structure and the original pathogenetic mechanism of its development is noted as well.*

**Key words:** polyposis sinusitis, age structures, clinical form of polyposis rhinosinusitis

**Bibliography:** 4 sources.



Полипозные синуситы являются довольно распространенной, но мало изученной патологией полости носа и околоносовых пазух. Полипы представляют собой довольно пеструю картину самых различных заболеваний, далеко неоднородную в этиологическом, патогенетическом и морфологическом отношении – от доброкачественных опухолей до гиперпластических новообразований воспалительной или аллергической природы [3].

Полипоз носа обнаруживается при целом ряде заболеваний и имеет различную гистологическую картину, определяемую основной нозологией.

Полипы носа встречаются у пациентов с аспириновой непереносимостью, бронхиальной астмой, муковисцидозом. Состояниями, связанными с полипами носа, являются синдром Чарга-Стросса, синдром ресничной дискинезии и др [2].

Учитывая неоднородную структуру данной патологии, Г. З. Пискунов выделил 5 форм полипозного риносинусита:

- полипоз в результате нарушения аэродинамики в полости носа и околоносовых пазух;
- полипоз в результате хронического гнойного воспаления слизистой оболочки носа и околоносовых пазух;
- полипоз в результате грибкового поражения слизистой оболочки;
- полипоз в результате нарушения метаболизма арахидоновой кислоты;
- полипоз при муковисцидозе, синдроме Картагенера [1].

Нами выполнено исследование, **целью** которого является изучение структуры полипозных синуситов, возрастного распределения различных их форм, а так же частоты поражения тех или иных околоносовых пазух полипозным процессом среди больных, пролеченных в ЛОР-отделении ПОКБ им. Н. Н. Бурденко за 2005–2008 г. г. В данном исследовании учитывались пациенты с различными формами полипозных риносинуситов, пролеченные оперативно. (Ретроспективный анализ историй болезни, операционных журналов, амбулаторных карт).

**Материал и методы.** За период 2005–2008 г. г в ЛОР-отделении ПОКБ им. Н. Н. Бурденко выполнено 812 оперативных вмешательств на различных околоносовых пазухах. В 2005 г. – 144 вмешательства, в 2006 г. – 193, в 2007 г. – 229, в 2008г. – 256. Из них по поводу полипозных процессов: 97 (67,4%), 128 (66,32%), 151(65,9%), 167 (65,2%) соответственно.

У мужчин полипозный синусит встречается несколько чаще, чем у женщин: 62,9% и 36,1%. Половая структура полипозных синуситов за период 2005–2008 г. г. существенных изменений не претерпевала.

Возрастное распределение полипозных риносинуситов в 2005–2008 г. г. (%) представлено в таблице.

Таблица

Возраст обследованных пациентов

	2005	2006	2007	2008
До 20 лет	4,6	4,7	8,6	8,2
21-30 лет	13,8	12,5	12	12,7
31-40 лет	21,5	16,4	12	15
41-50 лет	20	21,8	19,8	20,1
51-60 лет	27,7	22,6	29	27
61-70 лет	7,7	17,9	12	12,4
71-80 лет	4,6	3,9	6,6	4,6

Изучив данные анамнеза, эндоскопического исследования до оперативного вмешательства, дополнительных методов исследования (рентгенография (в некоторых случаях КТ) околоносовых пазух, бактериологическое исследование отделяемого полости носа), мы выделили несколько групп пациентов в зависимости от наиболее предполагаемого причинного фактора полипозного процесса (по Г. З. Пискунову).

К первой группе были отнесены пациенты с нарушением аэродинамики в полости носа (искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, и др.) – всего 63 больных. Преобладающей флорой полости носа у этой группы больных является *St. Epidermidis* (75%). Основной клинической формой воспаления ОНП были гаймориты. Гистологически, в большинстве случаев исследования операционного материала, определялось мукозное набухание стромы, но у 8 пациентов имелась эозинофильная инфильтрация стромы полипозной ткани. По данным анамнеза у 5 из них имел место хронический бронхит; явления непереносимости НПВС, бронхиальная астма по данным анамнеза у этих пациентов зафиксированы не были.

Средний возраст данной группы больных составил 31,6 лет.

Вторую группу составили пациенты с хроническим полипозно-гнойным процессом в ОНП – 325 человек. По частоте поражения патологическим процессом в данной группе пациентов на первом месте стоят клетки решетчатого лабиринта и гайморова пазуха (преимущественно двусторонний процесс), несколько реже полипозно-гнойным процессом поражаются лобные пазухи. Спектр бактериальной флоры у пациентов данной группы достаточно обширный: *Str. viridans*, *Str. Pneumoniae*, синегнойная палочка и др., без выраженного преобладания какого-либо микроорганизма. Средний возраст больных данной группы составил 48,4 года.

По данным гистологического исследования операционного материала в данной группе пациентов преобладала лимфоплазмозитарная инфильтрация стромы.

К третьей группе были отнесены пациенты с бронхиальной астмой и непереносимостью НПВС – 149 больных. Нами отмечено преимущественное поражение полипозным процессом в данной группе пациентов клеток решетчатого лабиринта. Во всех случаях поражение носило двусторонний характер. В мазках из полости носа при бактериологическом исследовании выделялась преимущественно сапрофитная флора, у 20% пациентов этой группы роста микрофлоры не было выявлено. Гистологически, в большинстве случаев исследования операционного материала, определялась эозинофильная инфильтрация стромы полипозной ткани.

Средний возраст больных данной группы составил 37,5 лет.

В группу с предположительно грибковым поражением пазух мы отнесли 6 пациентов, у которых по данным КТ ОНП выявлено ограниченное повреждение пазухи повышенной плотности с окружающим его мукоидным материалом пониженной плотности. Лишь у одного из пациентов при бактериологическом исследовании аспирированного при пункции верхнечелюстной пазухи содержимого были выявлены грибы рода *Aspergillus*. При исследовании мазков из полости носа грибковая флора у данной группы пациентов выделена не была. В патологический процесс у всех пациентов были вовлечены верхнечелюстные и решетчатые пазухи (одностороннее поражение). У двух пациентов этой группы имели место внутриглазные осложнения в виде реактивного отека тканей орбиты на соответствующей стороне. Трое пациентов данной группы страдали сахарным диабетом.

Средний возраст больных данной группы составил 49,1 года.

Гистологическая картина в данной группе пациентов достаточно неоднородна – имеются образцы материала как с преобладанием лимфогистиоцитарного компонента воспаления, так и с эозинофильной инфильтрацией.

Пациентов с муковисцидозом, синдромом Картагенера и другими системными васкулитами, ассоциированными по данным литературы с полипозным риносинуситом, за период наблюдений нами встречено не было.

Таким образом, число пациентов, прооперированных на околоносовых пазухах в условиях ЛОР-отделения ПОКБ за период 2005–2008 г. г. возросло в 1,6 раза. Особое внимание обращает на себя рост числа полипозных процессов за исследуемый период в возрастной группе до 20 лет (в 1,8 раз).

Пациенты именно этой возрастной категории составили «подгруппу» пациентов с эозинофильной инфильтрацией стромы полипозной ткани без клинических признаков непереносимости НПВС и бронхиальной астмы, отнесенных нами первоначально к числу пациентов с нарушением аэродинамики в полости носа. Данный факт позволяет сделать предположение, что описанная в литературе временная последовательность развития «аспириновой триады» требует дополнительного изучения (по данным литературы, первой манифестирует бронхиальная астма, и лишь в последующие 10 лет развивается полипоз носа [4, 5]).



## ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З. Дифференциальный подход в лечении хронического полипозного риносинусита/Г. З. Пискунов, Р. Г. Миракян. // Рос. ринология, 2008. №2. – С. 6–13
2. Полипы носа: эпидемиология, патогенез и лечение. /Под редакцией А. Guy M. D. Settipane, M. S., Valerie J. Lund et al(Перевод С. В. Коренченко, 2007).
3. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения. / С. В. Рязанцев, А. А. Марьяновский. Метод. рекомендации. Спб, РИА-АМИ. – 2006. – 28 с.
4. Larsen K. Clinical course of patients with primary nasal polyps. /K. Larsen, M. Tos. // Acta Otolaryngol (Stockh) 114, 1994.
5. Schenck N. L. Nasal polypectomy in the aspirin-sensitive asthmatic. /N. L. Schenck //Trans Am Acad Ophthalmol-Otolaryngol 78, 1974.

УДК: 616. 288: 616992. 282\_\_08\_\_039. 73

## НАШ ОПЫТ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗОВ НАРУЖНОГО УХА

А. Б. Киселев, В. А. Чаукина

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет

(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. М. А. Рымша)

МУЗ Городская клиническая больница №1 г. Новосибирска

(Главный врач – канд. мед. наук В. Ф. Коваленко)

Распространенность микозов среди инфекционных воспалительных процессов возрастает ежегодно на протяжении последних десятилетий. Вариабельность клинического течения грибкового воспаления слизистых оболочек и кожи ЛОР органов, сочетание с бактериальной микрофлорой значительно затрудняют диагностику и лечение, требуют гибких схем назначения противомикробных препаратов, нередко отличающихся от рекомендаций фирм-производителей. При ведении больного микозом часто невозможно провести различие между колонизацией и инфекцией (главным образом именно при заражении *Candida*), посевы становятся положительными лишь в поздней стадии болезни, и на настоящий момент не имеется достоверных серологических техник для рутинной диагностики большинства грибковых инфекций.

Нарушенный иммунитет хозяина, недостаточно чувствительные методы диагностики и несовершенство лечения являются причинами того, что распространенность микозов неприемлемо высока. Рост заболеваемости микозами, инфицирование и суперинфицирование грибами нередко способствуют переходу острых воспалительных процессов в хронические, возникновению рецидивов и более тяжелому течению заболевания. Нерациональное лечение может привести к генерализации грибковой инфекции, протекающей особенно тяжело. В последнее время по многим причинам (стандарт времени приема, материально-технические возможности, реклама и т. д.) в амбулаторной сети отдают предпочтение системной противогрибковой терапии в ущерб местному лечению. В результате, все чаще приходится слышать мнение о малой эффективности системных противогрибковых препаратов отечественного производства, консультировать и лечить пациентов с упорным течением микоза, «не поддающегося лечению» в амбулаторной сети.

Кандидоз – микотическая инфекция, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida*, входящего в семейство *Cryptococcaceae*. К этому роду относятся бесспорные дрожжи, у которых псевдомицелий может быть хорошо развитым, рудиментарным или вовсе отсутствовать; некоторые виды образуют истинный мицелий. *Candida* не образуют каротиноидных пигментов и не формируют капсул. Род *Candida* включает 163 вида, но основную роль в патологии человека играют ограниченное число видов при резком доминировании *C. albicans*. *C. albicans* выделяет протеиназу, способную расщеплять кератин и роговой слой кожи. Локальные канди-