

Д. В. Воробьева, К. В. Вазовикова

Научный руководитель: к.м.н., доцент Д. Д. Редько

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ СИНУСИТОВ В ЛОР-ОТДЕЛЕНИИ ГОСКБ

Введение

Грибковые риносинуситы за последние 20 лет стали весьма распространенной патологией в ЛОР отделениях. В большинстве случаев диагностируется неинвазивная и благоприятная по течению и прогнозу форма – грибковое тело околоносовых пазух (ОНП). Ошибочно используют некорректный термин «мицетом». Грибковое тело представляет собой плотный конгломерат грибковых гиф в одной из ОНП (чаще всего верхнечелюстной) без признаков инвазии в слизистую оболочку. В большинстве случаев диагностируется гриб рода *Aspergillus*, роль которого велика в связи с широким распространением в природе. Однако встречаются и другие грибы, вызывающее это заболевание: грибы рода *Penicillium*, *Candida*, *Mucor*, *Alternaria* и *Capphalisparium*. Наиболее часто микотическому процессу подвержены верхнечелюстные пазухи, реже решетчатые и в меньшей степени лобные и клиновидные пазухи. Клинически грибковое тело может протекать бессимптомно и обнаружить ее удастся только на рентгенологическом исследовании ОНП [1]. Однако характерна клиника хронического рецидивирующего синусита или скрывающегося под маской одностороннего аллергического ринита, для которого характерны такие симптомы, как резкая заложенность носа (двух-односторонняя), ринорея, часто приступообразная, вязкие крошковидные черные выделения, зуд в носу, какосмия, стойкая отечность мягких тканей лица, тянущая или распирающая головная боль, а также чувство тяжести в проекции пазух.

При отсутствии лечения данное заболевание начинает прогрессировать, грибковые колонии растут и заполняют весь объем пазухи. Провоцирующими факторами грибкового тела являются: бесконтрольный прием антибактериальных препаратов, наличие сопутствующих хронических заболеваний, снижение иммунной защиты организма, а также неблагоприятные экологические факторы. Наиболее частой причиной разрастания в верхнечелюстной пазухе грибкового тела можно назвать ошибки, допущенные стоматологом при лечении зубов верхней челюсти. Результатом этого может стать выведение в полость синуса пломбировочного материала, в состав которого входят соли цинка, что в свою очередь влияет на рост грибковой биоты.

Диагностика грибковых заболеваний ОНП основывается на результатах: 1) передней риноскопии; 2) гистологическом исследовании; 3) компьютерной и магнитно-резонансной томографии, а также конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) ОНП [3]. При передней риноскопии может отмечаться отек средней и нижней носовых раковин, наличие полипозных разрастаний в среднем носовом ходе. Тем не менее, диагностировать грибковое тело околоносовой пазухи только на основании данных обычного осмотра ЛОР-органов сложно. При гистологическом исследовании грибковых масс определяются скопления мицелия грибов вне слизистой оболочки [3]. Довольно часто в центре грибкового тела обнаруживают фрагменты пломбировочных материалов. Патогномичными

изменениями на компьютерных томограммах при грибковом теле являются наличием в пазухе неправильной формы образования с интенсивностью сигнала, что характерно для мягкотканых структур с гиперденсивным включением в центре [1]. Единственным методом лечения является оперативное вмешательство, целью которого является удаление грибкового тела и восстановление оттока содержимого из пазухи [2].

Цель

Изучить клиничко-диагностические проявления и эффективность лечения грибковых синуситов за трехлетний период в ЛОР-отделении ГОСКБ.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением за 2022–2024 гг. в ЛОР-отделении ГОСКБ находилось 60 пациентов с хроническими синуситами грибковой этиологии в возрасте от 22 до 81 лет, из них 43 женщины и 17 мужчин. Средний возраст составил 52 года (женщин 51 год, мужчин – 52,5 года соответственно). У всех пациентов была диагностирована неинвазивная форма грибкового синусита – грибковое тело. Всем пациентам проводилась гистологическое исследование во время операции (биопсия грибковых масс и фрагментов слизистой оболочки околоносовых пазух).

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам обследования диагнозы пациентов, поступивших в стационар следующие: хронический полипозно-гнойный верхнечелюстной синусит – 50 человек (83,3%), хронический гнойный (одонтогенный) верхнечелюстной синусит – 8 человек (13,3%), хронический фронтальный синусит – 1 человек (1,7%), хронический сфеноидальный синусит также 1 человек (1,7%). В 95% случаев в качестве инородного тела был выявлен пломбирочный материал, фрагмент иглы для удаления нерва составляет 1,7%, фрагмент импланта – 1,6%, на зачатки корня зуба 2.7 приходится 1,7%.

Локализация грибкового тела в верхнечелюстной пазухе отмечена у 58 пациентов (96,8%), в лобных – у 1 (1,6%) и в клиновидной пазухе – также у 1 пациента (1,6%). С помощью КТ грибковое тело было диагностировано у 9 человек (15%), в то время как при КЛКТ данное заболевание выявлено у 51 пациента (85%). Случайное нахождение грибкового тела ОНП при лечении других заболеваний, таких как: ЧМТ, рассеянный склероз, катаракта, васкулиты, синкопальный пароксизм, было диагностировано при помощи КТ головного мозга, отмечено у 8 пациентов при бессимптомном течении синусита.

В ЛОР-отделении было выполнено 60 хирургических вмешательств: на верхнечелюстных пазухах проведено 58 операций (96,8%), из них верхнечелюстных синусотомий – 38 (63,3%), операций по Колдуэлл-Люку – 20 (33,3%), фронтотомий – 1 (1,7%), сфенотомий – 1 (1,7%). Под эндоскопическим контролем выполнено 19 операций (31,7%), без использования эндоскопа – 41 (68,3%). За исследуемый период было проведено всего 4 (6,67%) повторных операции (3 синусотомии и 1 операция по Колдуэлл – Люку). У 43 пациентов (71,6%) была использована местная анестезия, эндотрахеальный наркоз получили 10 человек (16,7%), а комбинированная анестезия использовалась лишь у 7 пациентов (11,7%).

По результатам гистологического исследования была установлена грибковая этиология заболевания у всех 60 пациентов.

Важно отметить, что КЛКТ в отличие от спиральной компьютерной томографии является более безопасным и доступным для пациентов методом диагностики, т.к. используется меньшая доза облучения. Также исключаются искажения в процессе дальнейшей реконструкции трехмерного изображения, поэтому изображение остается

динамичным, что позволяет изучить любой интересующий участок под нужным углом и во всех плоскостях.

Выводы

1. Преобладающей формой (100%) грибкового синусита в ЛОР отделении является грибковое тело ОНП. За трехлетний период в отделении пролечено 60 пациентов с данной патологией.

2. Статистические данные свидетельствуют о наибольшей частоте локализации грибкового тела в верхнечелюстной пазухе – 96,5%. Во всех случаях отмечалось одностороннее поражение ОНП.

3. Среди всех используемых методов диагностики грибкового синусита – КЛКТ является «золотым стандартом».

4. У 94% пациентов хирургическое лечение пациентов с грибковым телом ОНП прошло успешно и без рецидивов, в то время как реоперация потребовалась лишь 6 % пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Банников, С. А. Совершенствование диагностики неинвазивных микозов околоносовых пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 – медицина / С. А. Банников; Военно-медицинская Академия имени С. М. Кирова. – СПб., 2019. – 124 с.
2. Васильева, А. А. Клинический пример диагностики и лечения грибкового инородного тела верхнечелюстной пазухи / А. А. Васильева, Х. Т. Абдулкеримов, К. И. Каргашова. // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: сб. науч. ст. VIII Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, Екатеринбург, 19–20 апреля 2023 г. – Екатеринбург : УГМУ, 2023. – С. 2193–2197.
3. Современные аспекты диагностики грибковых тел околоносовых пазух / В. В. Дворянчиков, В. Г. Мионов, А. В. Черныш [и др.] // Российская оториноларингология. – 2019.– Т. 8, № 3. – С. 33–38.
4. Anatomical variation associated with maxillary Sinus fungal ball / M. Basurrah, H. LEE, D.H. Kim [et al.] // Journal of Ear Nose Throat. – 2023. – Vol. 102, № 11. – P. 727–732.
5. Paranasal sinus fungus ball, anatomical variations and dental pathologies: is there any relation? / B. Şahin B, Çomoğlu Ş, Sönmez [et al.] // Turk Arch Otorhinolaryngol. – 2022. – Vol. 60, № 1. – P. 23–28.

УДК 616.284-002.2/.3-036.2:31

А. С. Ежкова

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Введение

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) – это хроническая инфекция среднего уха, которая характеризуется 3 основными признаками: стойкая перфорация барабанной перепонки, периодическое или непрерывное истечение гноя из уха, прогрессирующая тугоухость. Данная нозология является одной из самых распространенных причин ухудшения слуха, что ведет за собой значительное снижение качества жизни и инвалидизацию населения. Также ХГСО представляет опасность ввиду возможных внутричерепных осложнений [1].

В зависимости от характера патологического процесса, степени тяжести и вовлечения в гнойно-воспалительный процесс структур среднего уха различают мезотимпанит и эптитимпанит. По Международной классификации болезней 10-го пересмотра