

причиной развития ЭСО. Для успешного лечения пациентов с ЭСО требуются дополнительные временные затраты на проведение хирургических вмешательств с целью санации полости носа и носоглотки.

5. Три четверти (74,4 %) пациентов с ЭСО уже имели комбинированную форму тугоухости. Реабилитировать этих пациентов сложнее и экономически более затратно.

6. Необходим индивидуальный подход к выбору методики лечения пациентов с экссудативным средним отитом для достижения стойкого функционального результата с учетом сопутствующей патологии верхних дыхательных путей.

УДК 616.211-002.7:579.842.16(476.2)

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РИНОСКЛЕРОМЫ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Колесникова С. Н.¹, Ядченко Е. С.²

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Риносклерома — это редкое хроническое заболевание инфекционной этиологии, характеризующееся воспалительными изменениями преимущественно в верхних отделах дыхательных путей с образованием гранулем. Возбудителем является грамотрицательная бактерия *Klebsiella rhinoscleromatis* (палочка Волковича-Фриша). В XX в. в белорусском Полесье и западных областях Украины, приходилось наблюдать частые случаи тяжелых, запущенных форм склеромы.

Специфическим методом диагностики считается микроскопическое исследование склеромных тканей с выявлением клеток Микулича, в цитоплазме которых можно выявить палочки Волковича-Фриша. Склерома имеет тенденцию прогрессировать медленно, в течение многих лет, и характеризуется периодами ремиссии и обострений. Жители сельской местности болеют чаще городских, женщины несколько чаще мужчин и детей.

В нашей республике с начала 1980-х гг. была проведена активная работа по выявлению, постановке на учет и лечению больных склеромой. В 1975 г. в Гомельской области на диспансерном учете с диагнозом склерома дыхательных путей было 668 пациентов (средний возраст 30 лет, женщин 72,5 %, мужчин 27,5 %), ежегодно регистрировалось 10–15 новых случаев заболевания. Такое большое число пациентов было обусловлено, в том числе, хорошо налаженной работой по выявлению заболевания: массовое обследование населенных пунктов, постановка серологических тестов (реакции связывания комплемента (РСК) со склеромным антигеном), обязательная регистрация всех пациентов, диспансерное наблюдение, своевременная врачебная помощь.

Динамическое наблюдение за пациентами продемонстрировало шестикратное сокращение их числа. На январь 2018 г на диспансерном учете состоит 26 пациент с диагнозом склеромы. В настоящее время диагностика базируется на данных клинического обследования пациентов, в том числе с применением эндоскопических методик, а также на данных серологического исследования, однако применение последнего весьма ограничено, что обусловлено отсутствием закупок реактивов для проведения реакции связывания комплемента со склеромным антигеном. Указанное обстоятельство затрудняет диагностику склеромы и не способствует выявлению ранних форм [3, 4].

Цель

Проанализировать современные особенности клинического случая течения склеромы.

Материал и методы исследования

В качестве материала для исследования послужили выписка из стационарной карты пациента с результатами клинических, лабораторных, лучевых методов обследования, результаты хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациентка А., медицинская карта стационарного пациента № 01/18/02700, 78 лет, проживающая в Петриковском районе Гомельской области, РБ, поступила в оториноларингологическое отделение Гомельской областной клинической больницы (ГОКБ) 02.03.2018. Пациентка предъявляла жалобы на отсутствие носового дыхания через левую половину носа в течение последнего года, выделения из носа гнойного характера, новообразование в области преддверия носа.

Из анамнеза известно, что пациентка болеет склеромой верхних дыхательных путей около 46 лет, диагноз был верифицирован серологическим исследованием более 30 лет назад. По поводу склеромы неоднократно лечилась стационарно, но в последнее время противовоспалительное лечение получала не регулярно: последний раз лечилась более 10 лет назад — производилось удаление склеромных инфильтратов из левой половины носа.

Объективно: носовое дыхание справа затруднено, слева отсутствует; наружный нос изменен за счет резкой инфильтрации крыла носа слева, с распространением инфильтрата на верхнюю губу и полость носа с полной ее obturацией. Инфильтрат плотной консистенции, ярко-красного и серо-розового цвета, покрыт гнойными корками, с приторно сладким запахом. Кожа около образования гиперемирована, воспалена, обоняние снижено (рисунок 1). В правой половине носа слизистая оболочка гиперемирована, имеются рубцы в преддверии носа и правой хоане, дыхание несколько затруднено.



Рисунок 1 — Пациентка А., вид склеромных инфильтратов при поступлении



Рисунок 2 — КТ ОНП пациентки А. аксиальная и коронарная проекции

При фиброскопическом исследовании глотки, гортани и трахеи изменений не выявлено. Лабораторные показатели общего и биохимического анализа крови были в пределах нормы. С целью дообследования, пациентке была выполнена компьютерная томография (КТ) околоносовых пазух (ОНП). В преддверии полости носа слева по нижней стенке обнаружено объемное образование размером 17×27×21 мм, с инфильтративным переходом опухоли на ткани верхней губы, хрящевой отдел носовой перегородки и крыло носа. На уровне образования деструкции кости не выявлено. На уровне хоан в полости носа выявлены пристеночные изменения. Околоносовые пазухи носа пневматизированы (рисунок 2).

Пациентке была выполнена биопсия ткани новообразования с гистологическим исследованием: убедительных данных за неопластический процесс получено не было. Выставлен клинический диагноз: склерома верхних дыхательных путей, инфильтративная

форма. По данным комплексного обследования был выставлен клинический диагноз: Склерома верхних дыхательных путей, распространенная рубцово-инфильтративная форма.

06.03.2018 г. под местной анестезией раствором лидокаина 10 % аппликационно и раствора лидокаина 1 % инфильтрационно пациентке было выполнено оперативное лечение: удаление новообразования левой половины носа и верхней губы с помощью радиоволнового ножа «Сургитрон» с последующим гистологическим исследованием. Хирургическое лечение выполнено круглыми петлевыми волноводами различного диаметра, как в режиме радиоволновой эксцизии, так и в режиме последующей радиоволновой коагуляции для остановки кровотечения. Интраоперационно произведен забор материала для микробиологического исследования — выделена *Klebsiella rhinoscleromatis* 10⁴. Результат гистологического исследования (№ 17778-80 от 15.03.2017): склерома: диффузно-инфильтративная стадия. Выраженный кератоз многослойного плоского эпителия.

12.03.2018 г. выполнена контрольная КТ ОНП (рисунок 3).



Рисунок 3 — КТ ОНП пациентки А. послехирургического лечения, аксиальная и коронарная проекции



Рисунок 4 — Пациентка А., 4-е сутки после хирургического лечения



Рисунок 5 — Пациент Д., в настоящее время житель Буда-Кошелевского района

Оперативное лечение и послеоперационный период протекали без осложнений. Послеоперационная рана зажила вторичным натяжением с хорошей эпидермизацией (рисунок 4).

Пациентка в удовлетворительном состоянии выписана домой. При выписке рекомендовано продолжить противомикробную терапию с учетом чувствительности *Klebsiella rhinoscleromatis* левофлоксацином по 0,5 × 2 раза в сутки в течение 10 дней, местная антибактериальная терапия мазью «Меколь», диспансерное наблюдение у врача-оториноларинголога по месту жительства.

Таким образом, данный клинический случай интересен длительностью и активностью патологического процесса (спустя более чем 40 лет от начала болезни), а также опытом применения радиоволнового метода хирургического лечения склеромного инфильтрата.

В настоящее время также встречается редкая форма риносклеромы — Гебра — Волковича (рисунок 5).

Заключение

1. Несмотря на резкое сокращение числа пациентов, страдающих склеромой, в настоящее время регистрируются единичные случаи тяжелого течения данного заболевания, что требует верификации диагноза и своевременного лечения.

2. Верификация склеромы в настоящее время осуществляется гистологическим и микробиологическим методами.

3. Метод хирургического лечения склеромных инфильтратов с помощью радиоволнового ножа «Сургитрон» удобный в использовании, безопасный и высокоэффективный при заживлении ран и достижения хорошего косметического эффекта.

УДК 616.28-002-073.756.8

КОНУСНО-ЛУЧЕВАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ВЗРОСЛЫХ

Колесникова С. Н.¹, Меркулова Е. П.²

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Экссудативный средний отит (ЭСО) – негнойное заболевание среднего уха, проявляющееся скоплением в его полостях экссудата серозного, слизистого или мукоидного характера, что приводит к формированию определенного симптомокомплекса, основной составляющей которого является тугоухость звукопроводящего или смешанного характера. Согласно классификации Н. С. Дмитриева и соавторов (1996 г.) существует четыре стадии течения ЭСО: катаральная, секреторная, мукозная, фиброзная. Острым считается заболевание, продолжительность которого составляет не более трех недель, подострое течение подразумевает длительность ЭСО от 3 до 8 недель, стадия хронизации наступает после 8 недель от начала заболевания.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) широко используется в практике отохирургов и является общепризнанным «золотым стандартом» исследования височных костей. Однако с активным развитием технологии конусно-лучевой компьютерной томографии (КлКТ) оториноларингологи стали широко использовать этот метод для визуализации не только околоносовых пазух, но и височных костей. Этому способствовало принципиальное отличие КлКТ от МСКТ, заключающееся в форме пучка рентгеновского излучения. При КлКТ применяется конический луч, что позволяет в один оборот системы отсканировать необходимый анатомический объект, что приводит к значительному снижению лучевой нагрузки, которая в среднем в 4–5 раз ниже,