

но в группе пациентов с мицетомой ОНП – 8%; значительно большая часть пациентов при инвазивном грибковом синусите – 68% ($p < 0,05$), грибково-бактериальном синусите – 76% ($p < 0,05$). Так, при изучении показателей клеточного иммунитета у пациентов с инвазивной формой синусита отмечено уменьшение относительного количества Т-лимфоцитов (CD3+) в 1,3 раза ($p < 0,01$), Т-хелперов (CD4+) в 1,4 раза ($p < 0,05$), иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) в 1,5 раза ($p < 0,05$). В целом, у 73% пациентов с грибково-бактериальной формой хронического синусита выявлено снижение общего количества Т-лимфоцитов, за счет Т-хелперов и уменьшение соотношения CD4+/CD8+. Снижение фагоцитарного индекса имело место в 65% случаев. Сочетанное угнетение Т-клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности в группе пациентов с инвазивной формой синусита отмечалось в 70% случаев, а при мицетомах ОНП – только у 6,6%. При оценке содержания иммуноглобулинов нарушения выявлены только в группе грибково-бактериальных синуситов (значимое снижение уровня IgM в 1,5 раза). При аллергическом грибковом риносинусите обращает внимание эозинофилия в крови (11 и 15%), увеличение ЦИК и IgG, что можно объяснить общей аллергической настроенностью организма, т.к. у обоих пациентов диагностирована триада Видаля.

Выводы. Более глубокие и частые изменения со стороны показателей клеточного звена иммунитета и фагоцитарной активности были выявлены преимущественно у пациентов с инвазивной формой синусита и синуситом грибково-бактериальными природы ($p < 0,05$), что диктует необходимость иммунологического обследования данной категории пациентов и назначения иммуностимуляторов (полиоксидония). При хронической неинвазивной форме (мицетоме ОНП) грибкового синусита иммунологическое обследование не показано, т.к. доля пациентов с нарушениями показателей иммунитета не превышает 8%.

ВАРИАНТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ

Ядченко Е.С., Ситников В.П., Шляга И.Д., Х. Эль-Рефай
УО «Гомельский государственный медицинский университет»

На современном этапе основным методом лечения хронического гнойного среднего отита (ХГСО) является хирургическое. Несмотря на значительные достижения отохирургии и лекарственной терапии, добиться полной санации уха после хирургического

вмешательства не всегда удастся. Это может быть связано с неправильным выбором варианта санирующей операции, а также с эмпирическим назначением противомикробных препаратов без учета спектра возбудителей и их чувствительности на этапе предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде, а также невозможностью создания высоких концентраций данных препаратов в глубоко расположенных очагах воспаления височной кости.

Цель исследования. Разработка варианта консервативно-щадящей радикальной операции (КЩРО) на ухе, исходя из принципа щадящего и безопасного операционного доступа к адитоантральной области с формированием малой трепанационной полости с учетом адекватной противомикробной терапии.

Материалы и методы. На базе ЛОР-клиники ГГМУ было проведено хирургическое лечение 26 пациентов (10 женщин, 16 мужчин в возрасте от 19 до 57 лет) с различными клиническими формами ХГСО грибково-бактериальной природы. Всем пациентам проводилось полное общеклиническое обследование, включающее микробиологическое исследование ушного отделяемого.

В зависимости от применяемой хирургической методики пациенты были разделены на две группы. Пациентам основной группы (14 человек) проводилась субкортикальная КЩРО на среднем ухе с дренажем послеоперационной полости по разработанной нами методике. Пациентам контрольной группы (12 человек) проведена классическая транскортикальная КЩРО.

Результаты. Длительность операции у пациентов основной группы составила в среднем 90 минут, контрольной – 120 минут. У пациентов основной группы отмечалась полная эпидермизация небольших по размеру трепанационных полостей на 18-е сутки в 89,0% случаев, и лишь в 69,3% – в контрольной. Осложнений при проведении оперативного вмешательства в обеих группах отмечено не было.

При микробиологическом исследовании ушного отделяемого в 73% случаев выделены различные возбудители: стафилококк – (42%), синегнойная – (21%) и кишечная – (11%) палочки. Микотическая природа заболевания подтверждена у 21% пациентов (плесневые грибы *Aspergillus spp.* и дрожжевые грибы *S.albicans* выделяли одинаково часто). Максимальная антибиотикочувствительность ($\geq 90\%$) определена к цефалоспорином II–III поколения и фторхинолонам II–III генерации. По результатам антимикотикочувствительности выделенных штаммов для местного применения наиболее эффективен амфотерицин В, при смешанной грибково-бактериальной природе – раствор ципрофлоксацина. Препаратами

выбора для лечения ХГСО грибковой этиологии в плане общей терапии являются итраконазол, вориконазол.

Выводы.

1. Наиболее оптимальный подход к антруму достигается субкортикально, что приводит к формированию малой трепанационной полости с полной ее эпидермизацией.

2. В плане обследования при ХГСО следует включать микробиологические (в том числе микологические) методы диагностики.

3. Дренирование и многократное промывание трепанационной полости в послеоперационном периоде через систему пластиковых трубок с учетом спектра возбудителей и их чувствительности к противомикробным препаратам позволяет улучшить результаты хирургического лечения пациентов, страдающих хроническим гнойным средним отитом бактериально-грибковой природы.

АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СИНУСИТЕ

Сакович А.Р.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Бактериальные формы острых синуситов являются наиболее частой ЛОР-патологией в структуре госпитализированных в профильные отделения пациентов. При определенных обстоятельствах течение острого бактериально-инфекционного воспалительного процесса может приобретать затяжной характер, что, в свою очередь, может способствовать переходу в подострое и хроническое течение. Факторами, способствующими затяжному течению острого синусита, могут быть свойства микроорганизма, состояние макроорганизма, неблагоприятные факторы внешней среды (экологические и профессиональные). Еще одним немаловажным моментом может быть развитие сенсibilизации и формирование инфекционно-аллергического процесса в околоносовых пазухах. Обстоятельства такого рода требуют особенного внимания со стороны клинициста, поскольку необходима их своевременная оценка и коррекция лечения.

Материал и методы. Обследованы 198 пациентов с острым гнойным синуситом, с вовлечением в воспалительный процесс не менее 2-х пазух. Гнойный характер синусита был подтвержден пункциями (трепанопункциями) во всех случаях. Возраст пациентов от 18 до 55 лет (средний возраст 32,4 года), преобладали мужчины. У всех пациентов в анамнезе не отмечалось каких-либо аллергических реакций. Изучены данные общего анализа крови с ак-