

НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616-006.441:616-06

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СИНУСИТА
У БОЛЬНОГО С ГРАНУЛЕМАТОЗОМ ВЕГЕНЕРА*Л. Р. Кучерова, С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, РоссияFEATURES OF CHRONIC SINUSITIS IN PATIENT WITH
WEGENER'S GRANULOMATOSIS*L. R. Kucherova, S. A. Karpishchenko, A. A. Zubareva*

First St. Petersburg State Medical University named after I. P. Pavlov, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

В статье представлен клинический случай больного с сочетанной патологией гнойного риносинусита и гранулематоза Вегенера. Описаны возможности компьютерной томографии в диагностике поражения околоносовых пазух при системных процессах.

Ключевые слова: гранулематоз Вегенера, острый гнойный риносинусит, компьютерная томография околоносовых пазух.

This article presents a clinical case of a patient with combined pathology of acute rhinosinusitis and Wegener's granulomatosis diseases. Have been characterized capabilities of computed tomography in the diagnosis of lesions of the paranasal sinuses in systemic processes.

Key words: Wegener's granulomatosis diseases, acute rhinosinusitis, computed tomography of the paranasal sinuses.

Введение. Гранулематоз Вегенера считался относительно редким заболеванием, однако в последние годы частота этого заболевания увеличивается. Заболеваемость гранулематозом Вегенера в европейских странах, по некоторым данным, за последние 30 лет возросла в 4 раза. Гранулематоз Вегенера — системный васкулит, характеризующийся гранулематозно-некротическим воспалением с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Частота заболевания среди мужчин и женщин примерно одинакова [1, 2].

Этиология болезни остается неизвестной. Предполагается возможность связи начала болезни с воздействием инфекционного агента. В клинических наблюдениях показано более тяжелое течение гранулематоза Вегенера у пациентов с носительством золотистого стафилококка в полости носа, характеризующееся более частым развитием обострений. Обострения связывают с воздействием экзотоксинов стафилококка, обладающих свойствами суперантигенов. Обсуждается также потенциальное значение вирусов Эпштейна—Барр и цитомегаловируса, так как в крови и сосудистой стенке у некоторых больных обнаруживают иммунные комплексы.

В зависимости от локализации основных поражений в настоящее время в клинической практике принято выделять три варианта гранулематоза Вегенера [1, 2]:

— локальный — изолированное поражение верхних дыхательных путей и/или органа зрения или органа слуха;

— ограниченный — изолированное поражение верхних дыхательных путей и/или органа зрения или органа слуха в сочетании с поражением легких или изолированное поражение легких;

— генерализованный — мультиорганные поражения с обязательным вовлечением почек.

В большинстве случаев заболевание начинается с поражения ЛОР-органов, что маскирует симптомы основного заболевания. Частота поражения легких и почек составляет по данным литературы до 80% [2].

Основой для постановки диагноза является результаты гистологического исследования и определение антител к цитоплазме нейтрофилов.

Первичная диагностика заболевания довольно сложна и требует комплексного подхода — необходимо сопоставление особенностей клинической картины, анамнеза, результатов лабораторных и ин-

струментальных методов исследования. Нередко гранулематоз Вегенера «принимает обличье» синусита, и клиническая мысль направлена на лечение бактериального процесса, что приводит к неэффективности лечения и маскирует симптомы основного заболевания.

Цель исследования: проведение дифференциальной диагностики и раннее выявление системных процессов в практике оториноларинголога.

Материалы и методы исследования. В ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова поступил больной 3., 54 лет, с диагнозом: обострение хронического одонтогенного гайморита и фронтита справа на фоне экстракции 18-го зуба. На рентгенограмме ОНП определялось тотальное снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи и уровень жидкости в правой лобной пазухе. Проводилось консервативное лечение с системной антибактериальной терапией без явной положительной динамики. На 5-е сутки сохранялись жалобы на головную боль, боли в проекции правого глаза, субфебрильную температуру. При эндоскопии полости носа ригидными эндоскопами 0 и 30 обращали на себя внимание гнойно-некротические изменения слизистой оболочки нижней и средней носовых раковин справа (рис. 1).

вие дифференцировки носовых раковин правой половины полости носа (рис. 2).

Произведена трепанопункция правой лобной пазухи, при аспирации гной сливкообразный, с ихорозным запахом, поступал ретроградно под давлением,

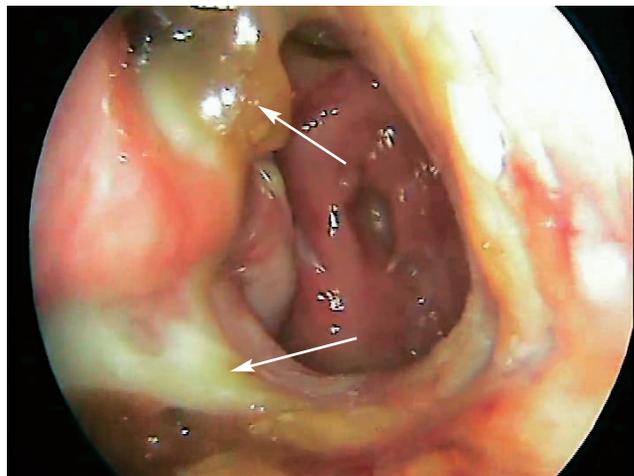


Рис. 1. Эндоскопическая картина полости носа пациента.

при промывании соустье лобной пазухи непроходимо. С учетом неэффективности консервативного лечения принято решение о необходимости оперативного вмешательства. Выполнены эндоскопическая

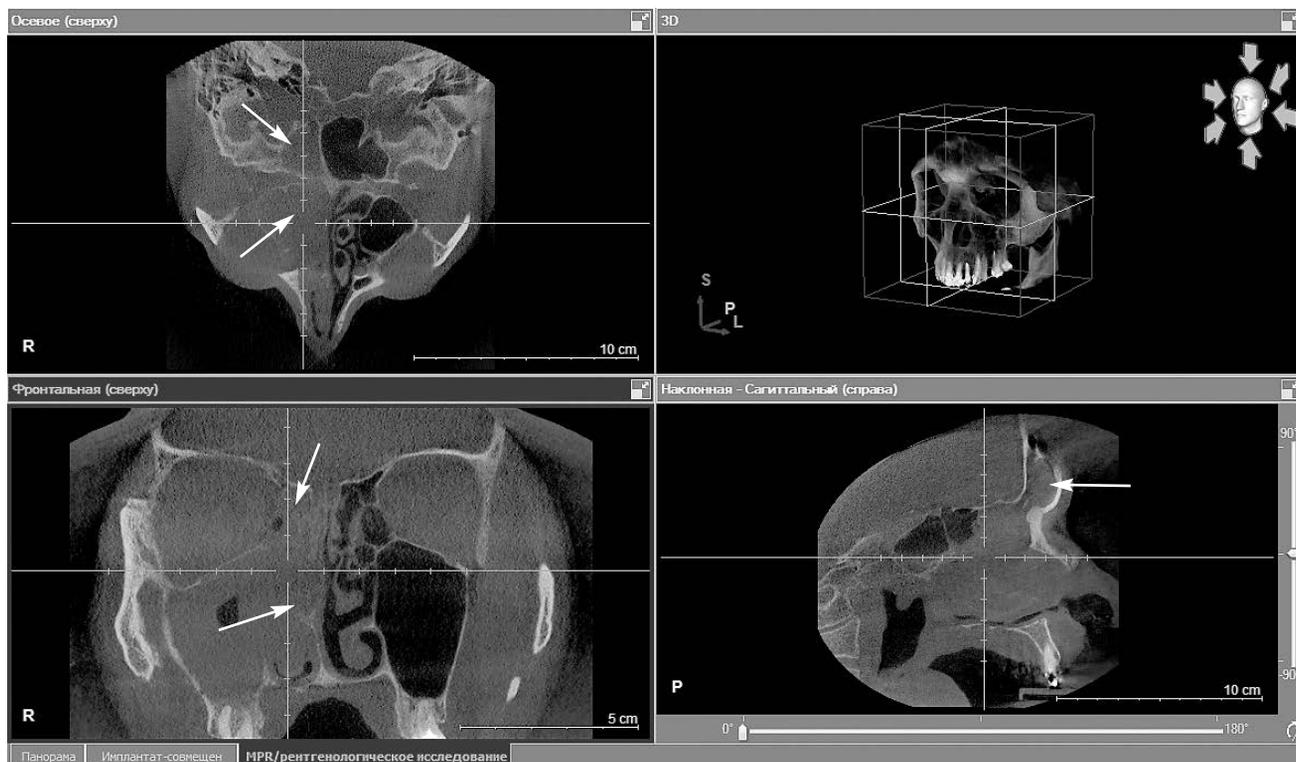


Рис. 2. 3D-компьютерная томография в аксиальной, фронтальной и коронарной проекциях околоносовых пазух на 5-е сутки лечения.

На серии компьютерных томограмм околоносовых пазух на фоне правостороннего гемисинусита стойкого ороантрального сообщения в области 18-го зуба определялось нарушение целостности костных структур решетчатого лабиринта и отсутст-

фронтотомия, этмоидотомия, максиллотомия. Во время операции обнаружено поражение неопластическим процессом с участками некроза латеральной стенки носа справа с распространением в верхнечелюстную пазуху и клетки решетчатого

лабиринта, что вызвало необходимость произвести резекцию средней носовой раковины, пораженную некротическим процессом (рис. 3). При выполнении 3D-компьютерной томографии на 3-и сутки после-

крови на стерильность роста нет. ДНК микобактерий туберкулеза при браш-биопсии из полости носа и содержимого околоносовых пазух не обнаружена. На серии компьютерной томографии черепа и орби-

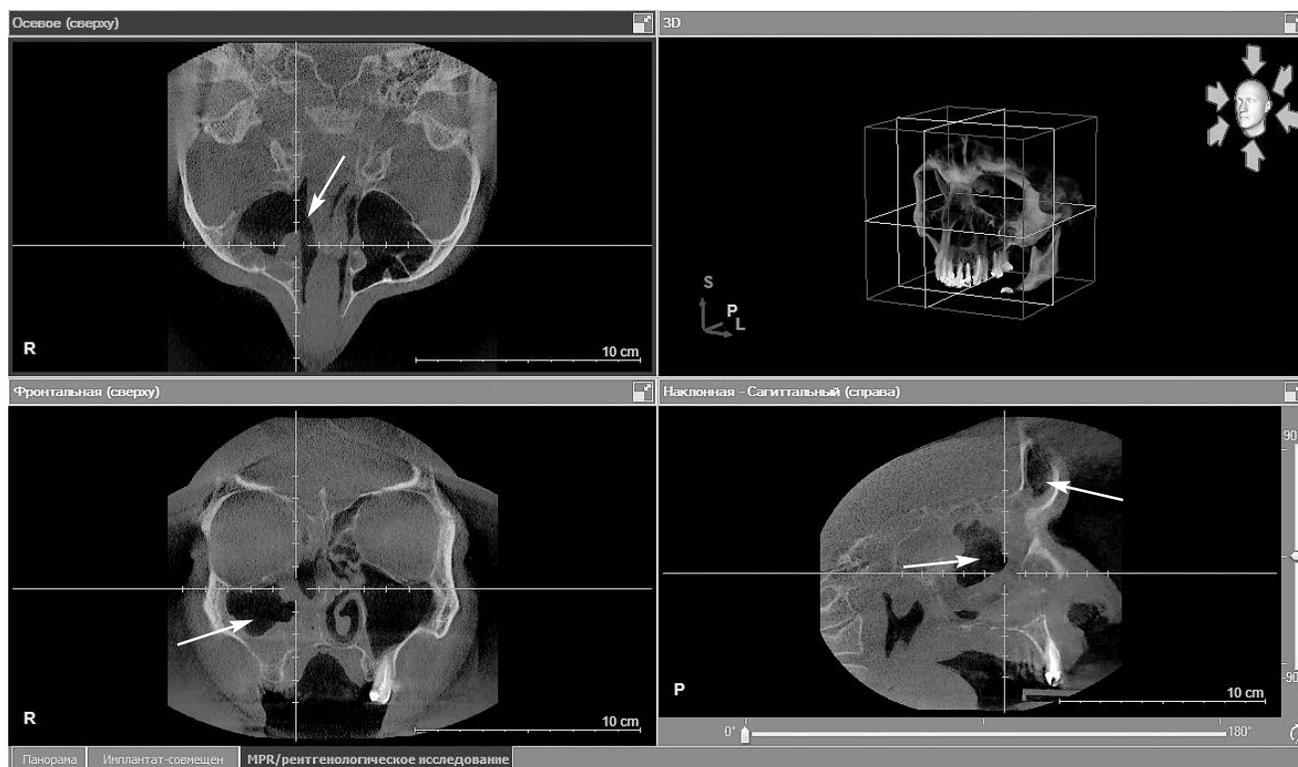


Рис. 3. 3D-компьютерная томография в аксиальной, фронтальной и коронарной проекциях околоносовых пазух в послеоперационном периоде (3-и сутки).

операционного лечения определяется улучшение пневматизации правой лобной и верхнечелюстной пазух, широкое послеоперационное соустье со средним носовым ходом.

В послеоперационном периоде у больного сохранялся стойкий субфебрилитет с повышением до фебрильных значений, наблюдались головная боль, увеличение шейных лимфоузлов, боли в проекции правого глаза, усиливающиеся при движении глазного яблока, тяжесть и отечность мягких тканей в проекции правой орбиты, бинокулярная диплопия при взгляде кверху, чувство увеличения языка и его кровенаполнения (рис. 4), массивное коркообразование в полости носа (рис. 5), выраженная слабость и потливость на фоне системной противовоспалительной терапии.

Больной консультирован офтальмологом, неврологом, фтизиатром, инфекционистом, терапевтом — патологии не выявлено. В клинических анализах крови нарастание СОЭ до 58 мм/ч, лейкоцитоз до $16,1 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. На 15-е сутки после операции в биохимическом анализе крови выявлен С-реактивный белок до 57,3 мг/л (норма до 7,5), концентрация иммуноглобулинов классов А, М и G в пределах нормы. В бактериальных исследованиях из полости носа — низкопатогенная микрофлора (*S. Viridians*), в посевах

ты, органов грудной и брюшной полости патологии не выявлено.

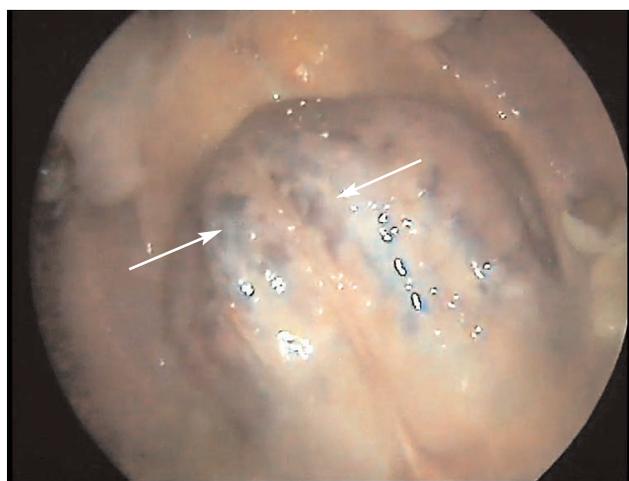


Рис. 4. Эндоскопическая картина расширения мелких сосудов языка.

С учетом неэффективности системной антибактериальной терапии, результатов комплексного обследования и клинической картины консилиумом специалистов принято решение о начале системной глюкокортикоидной терапии. На ее фоне больной отметил улучшение общего самочувствия, снижение болевых ощущений в проекции правого глаза,

снижение отека верхнего века справа, купирование лимфаденопатии шеи, улучшение носового дыхания.

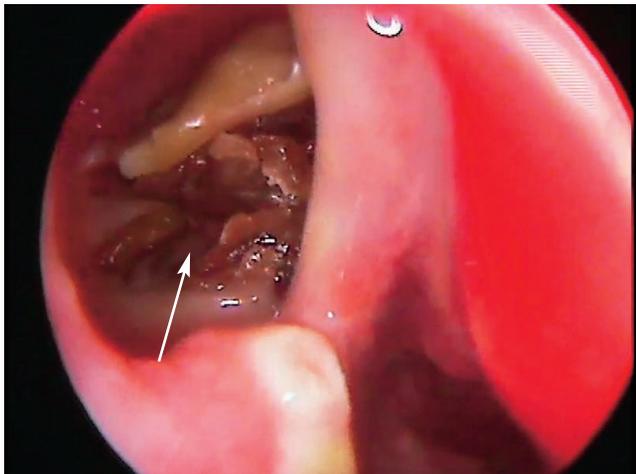


Рис. 5. Эндоскопическая картина полости носа на 8-е сутки после оперативного лечения.

Определение антител к цитоплазме нейтрофилов выявило повышение антител к протеиназе 3 при нормальном уровне антител к миелопероксидазе. По результатам гистологического исследования (материал из пяти анатомических зон) — полипно-измененные фрагменты слизистой оболочки с хроническим гнойным воспалением и участками некрозов, только в одном фрагменте гистологичес-

ния, гистологических и лабораторных результатов позволили предположить наличие системного заболевания соединительной ткани. Назначена пробная системная гормональная терапия глюкокортикостероидами, на фоне однократного применения которой больной отметил улучшение общего состояния, снижение болевого синдрома, улучшение состояния слизистой оболочки полости носа при эндоскопиче-

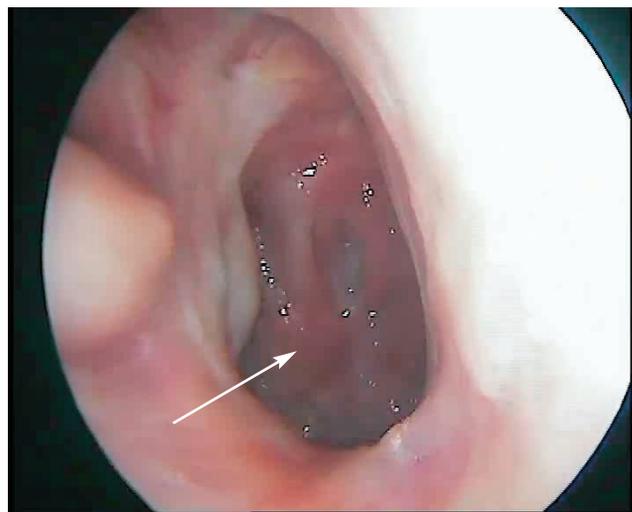


Рис. 6. Эндоскопическая картина полости носа через 6 мес после оперативного лечения (слизистая оболочка розовая, просвет носовых ходов свободен, патологического отделяемого нет).

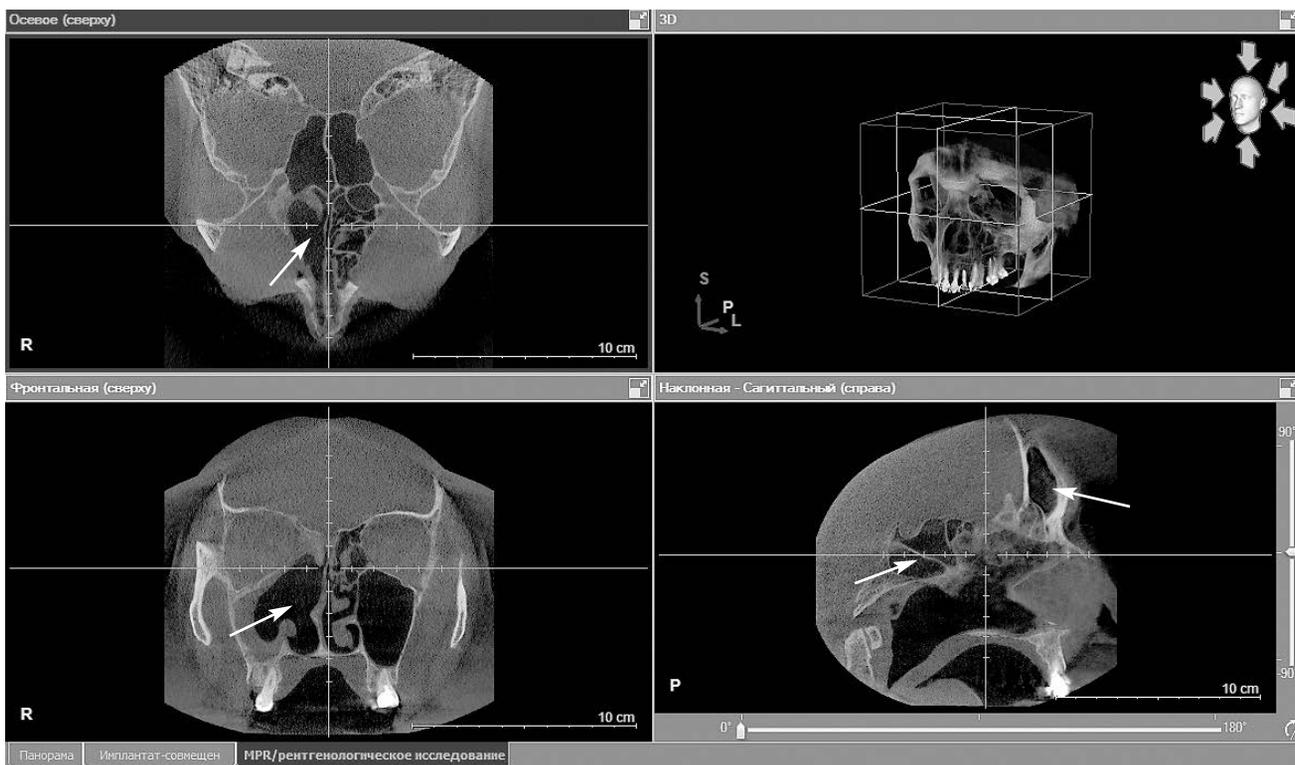


Рис. 7. 3D-Компьютерная томография в аксиальной, фронтальной и коронарной проекциях околоносовых пазух через 6 мес после оперативного лечения (восстановление пневматизации околоносовых пазух).

кого материала обнаружено большое количество полиморфноядерных лейкоцитов.

Особенности клинического течения, данных эндоскопии полости носа, лучевых методов исследова-

ском исследовании. Консультирован ревматологом, установлен диагноз системного заболевания — гранулематоз Вегенера. Локальная форма с поражением ЛОР-органов, глаз (правосторонний эписклер-

рит). АНЦА положительный, активность III степени. При динамическом наблюдении на фоне на фоне курса глюкокортикостероидной и цитостатической терапии отмечены купирование болевого синдрома, нормализация температуры тела и улучшение по данным эндоскопического исследования эндоскопической картины (рис. 6) и рентгенологической картины полости носа и околоносовых пазух (рис. 7).

Вывод. Интерес представленного наблюдения заключается в сочетанной патологии, включающей системное заболевание соединительной ткани (гранулематоз Вегенера) с гнойно-воспалительным поражением в околоносовых пазухах, что создало значительные трудности в диагностике и выборе дифференцированной тактики лечебного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клименко С. В. Гранулематоз Вегенера на современном этапе: варианты течения, прогноз / С. В. Клименко, О. Г. Кривошеев // Врач. — 2005. — № 12. — С. 39–41.
2. <http://www.vasculitis.ru/index.php?type=special&p=articles&id=11>.

Поступила в редакцию: 5.09.2014 г.

Контакт: Карпищенко Сергей Анатольевич, karpischenkos@mail.ru

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: (812) 499-70-19. e-mail: karpischenkos@mail.ru;

Зубарева Анна Анатольевна — д-р мед. наук, доцент кафедры оториноларингологии с клиникой ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: (812) 499-71-76. e-mail: a.zubareva@bk.ru;

Кучерова Любовь Рустемовна — канд. мед. наук, врач-оториноларинголог ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: (812) 499-71-76. e-mail: klr-spb9@mail.ru.



Российская Академия Наук

Институт Мозга Человека

В Институте мозга человека открыт набор в аспирантуру по следующим специальностям:

- лучевая диагностика, лучевая терапия;
- нервные болезни;
- нейрохирургия;
- медицинская психология;
- физиология;
- патологическая физиология.

Обучение проводится в очной, заочной форме, на бюджетной и коммерческой основе.

Также проводится набор в ординатуру по специальности:

- рентгенология.

Контактная информация:

Телефон отдела аспирантуры: +7 (812) 234-93-43

<http://www.ihb.spb.ru>

Шемякина Наталья Вячеславовна