

4. Половина больных в выборке асоциальна; 67% не осознавали в полной мере угрозы своему здоровью и здоровью половых партнеров, нерегулярно наблюдались на КСК и/или уклонялись от лечения, создавая угрозу распространения инфекции.
5. Учитывая, что заболевание в целом протекало мало-заметно для пациентов, а также учитывая малую заинтересованность многих пациентов в лечении и обследовании, можно предположить, что статистическая картина заболеваемости сифилисом далека от реальной, весьма вероятно существует большое количество людей, больных сифилисом в той или иной форме и не попавших в учет, продолжающих служить источником инфекции. Это могло бы объяснить рост заболеваемости нейросифилисом при общем снижении заболеваемости сифилисом.
6. Вероятно, необходимы новые методики работы с населением, для выявления неучтенных случаев инфекции и повышения мотивации пациентов в получении лечения, профилактики распространения инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Л., и др. Об особенностях сифилиса нервной системы // Вестник дерматологии и венерологии. 2002. № 4, С. 53-57.
2. Дмитриев Г. А., Глазко И. И. Диагностика инфекций передаваемых половым путем. БИНОМ, 2007.
3. Дмитриев Г. А., Доля О.В, Василенко Т. И./ Сифилис: феномен, эволюция, новации. БИНОМ, 2010.
4. Кубанова А. А., и др. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010-2014 гг. // Вестник дерматологии и венерологии, 2015. № 5. С. 15-23.
5. Мавлютина Г. И., Кочергина О. С., Рахматуллина Э. Ф. «Нейросифилис» Практическая медицина, (2) апрель 2014.
6. Потекаев С. Н., и др. Спинная сухотка как проявление раннего сифилиса на фоне иммунодефицитного состояния // Вестник дерматологии. 2000. № 1. С. 43-45.
7. Прохоренков В. И.. Сифилис. Иллюстрированное руководство. Медицинская книга, 2002. С. 148-150.
8. Скрипкин Ю. К.. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей: в 4-х томах Медицина, 1996. Т. 4. С. 102-112.
9. Ходжаев А. И., и др. Диагностика и варианты течения нейросифилиса // Вестник дерматологии и венерологии. 2003. № 6. С. 29-30.
10. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных сифилисом, 2013 год.

Сведения об авторах

Ковкова Г. Ю., к. м. н., ассистент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Винтоняк А. П., врач-интерн.

Матусевич С. Л., д. м. н., доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Бахлыкова Е. А., к. м. н., доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Гореликова Н. А., врач-дерматовенеролог высшей категории Тюменского ОКВД.

Муллин М. А., ассистент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Кротова А. С., Щербаков Д. А., Екимова А. Е., Адамчук А. М.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень

РАЗРАБОТКА МРТ РЕЖИМОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГРИБКОВОГО ТЕЛА В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХАХ

Статья посвящена диагностике грибкового тела верхнечелюстной пазухи. Клиническая картина данного заболевания не специфична, в связи с чем необходимо проводить дополнительные неинвазивные методы диагностики. Декретированным группам населения единственным информативным неинвазивным методом диагностики является магнитно-резонансная томография. В исследование было включено 17 пациентов. На первом этапе 11 пациентам с грибковым телом, подтвержденным мультиспиральной компьютерной томографией, проводилась магнитно-резонансная томография для отработки методики. На втором этапе 6 беременным пациенткам с клиническими признаками грибкового синусита выполняли магнитно-резонансную томографию для подтверждения результатов. Выявлены патогномоничные МР-признаки грибкового тела. Доказана эффективность применения МРТ в диагностике грибковых синуситов.

Ключевые слова: грибковое тело, верхнечелюстная пазуха, магнитно-резонансная томография.

Актуальность. В настоящее время наблюдается значительный рост числа случаев грибковых заболеваний у человека [1]. Наиболее часто диагностируемой формой микоза, встречающейся в практике врача оториноларинголога, является грибковое тело верхнечелюстной пазухи (ВЧП) [12].

Наличие неспецифической клинической картины значительно затрудняет постановку диагноза на ранних стадиях заболевания, что повышает риск развития орбитальных и внутричерепных осложнений [4, 9].

Наиболее информативными неинвазивными методами исследования околоносовых пазух (ОНП) являются

конусно-лучевая компьютерная томография (КЛКТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), которые не применимы у декретированной группы населения [3, 10].

В данном случае методом выбора будет магнитно-резонансная томография (МРТ) околоносовых пазух (ОНП) [11, 13].

На кафедре ЛОР-болезней Тюменского медицинского государственного университета ведутся научные разработки в области оториноларингологии [7, 8].

Цель исследования. Разработать МР- режимы для диагностики грибкового тела в верхнечелюстной пазухе для декретированных групп населения.

Материалы и методы. В исследование включено 17 пациентов с грибковым телом ВЧП проходивших лечение на базе ОАО МСЧ Нефтяник в отделении оториноларингологии за 2016-2017 гг. Средний возраст пациентов 31,4 года. Среди пациентов 5 мужчин, 12 женщин из которых 6 беременных. Исследование проведено после получения информированного добровольного согласия каждого пациента.

На первом этапе исследования отрабатывали МР- режимы, позволяющие диагностировать грибковое тело ВЧП. Для этого пациентам ($n = 11$) с первично выявленным грибковым телом ВЧП по данным МСКТ [2, 5], проводили МРТ исследование в T1 и T2 режимах на аппарате МРТ SIEMENS MAGNETOM Skyra 3T на базе «Областной клинической больницы № 1» в отделении лучевой диагностики.

После выявления патогномоничных признаков грибкового тела ВЧП переходили к следующему этапу исследования.

На втором этапе беременным пациенткам ($n = 6$) с клиническими признаками грибкового синусита (рецидивирующее течение хронического синусита, слизисто-гнойное отделяемое из полости носа, одностороннее нарушение носового дыхания, односторонняя головная боль) [6] для подтверждения диагноза проводили МРТ исследование в T1 и T2 режимах.

Результаты. При анализе данных МР-снимков выделили ряд характерных симптомов в T1 и T2 режимах, позволяющих заподозрить наличие грибкового тела в ВЧП:

1. T1-ВИ
 - участки с очень низкой интенсивностью сигнала, окруженные гипointенсивной слизистой;
2. T2-ВИ
 - области с выраженной гипointенсивностью сигнала;
 - участки «пустого» сигнала;
 - воспаленная слизистая гиперинтенсивна.

МРТ не уступает в чувствительности МСКТ в диагностике грибкового тела ВЧП.

Всем пациентам диагноз грибковое тело ВЧП подтвердился во время операции.

Клинический случай 1. Пациент Г. 29 лет. В течение года возникали периодические обострения хронического синусита. В ноябре 2016 г. пациент отмечает ухудшение состояния – появились выделения слизисто-гнойного характера и заложенность носа. По результатам МСКТ ОНП, в аксиальной проекции в правой ВЧП выявлено

инородное тело высокой плотности округлой формы диаметром 5,5 мм. Левая ВЧП totally заполнена содержимым с гиперинтенсивными включениями (рис. 1). Пациент обратился за медицинской помощью в отделение оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник. По данным эндоскопического осмотра: слева в среднем носовом ходе полипозная ткань, скудное слизисто-гнойное отделяемое, справа скудное слизисто-гнойное отделяемое. Назначена медикаментозная терапия, эффект положительный. Направлен на МРТ ОНП для отработки режимов. Из заключения МРТ ОНП от 21.11.16: Пневматизация левой и правой ВЧП снижена за счет гиперинтенсивного в T2-ВИ и гипointенсивного в T1-ВИ содержимого. На T2-ВИ в коронарной плоскости в правой и левой ВЧП визуализируются участки «пустого» сигнала (рис. 2). Было принято решение о госпитализации в отделение оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник для оперативного лечения. 24.11.2016 под эндотрахеальным наркозом выполнена двусторонняя эндоскопическая операция на ВЧП через нижний носовой ход, извлечены грибковые тела (рис. 3).



Рис. 1. Пациент Г. 29 лет. МСКТ ОНП. Аксиальная проекция. В правой ВЧП инородное тело высокой плотности округлой формы диаметром 5,5 мм (стрелка). Левая ВЧП totally заполнена содержимым с гиперинтенсивными включениями



Рис. 2. Пациент Г. 29 лет. МРТ ОНП. Коронарная проекция, T2-ВИ. В правой и левой ВЧП участки «пустого» сигнала (стрелки)

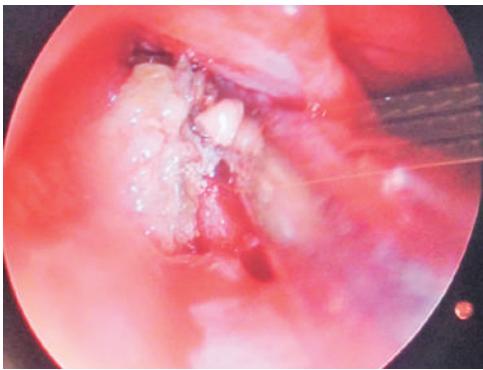


Рис. 3. Эндоскопическая операция на верхнечелюстной пазухе через нижний носовой ход. Визуализируется грибковое тело

Клинический случай 2. Пациентка М. 34 года, беременность 14 недель. В течение последних 2 лет возникали обострения хронического синусита, которые купировались медикаментозным лечением. В декабре 2016 года состояние ухудшилось, и пациентка обратилась за медицинской помощью в отделение оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник, с жалобами на боли давящего характера в левой половине лица, затруднение носового дыхания с одноименной стороны. По данным эндоскопического осмотра полости носа после анемизации слизистой оболочки полости носа: слева в среднем носовом ходе скучное слизисто-гнойное отделяемое, справа без особых особенностей. Выполнена пункция ВЧП слева, получено 12 миллилитров содержимого гноиного характера, проведено промывание. Назначена медикаментозная терапия с положительным эффектом. Направлена на МРТ ОНП для подтверждения результатов. Из заключения МРТ ОНП от 14.12.16: Пневматизация левой ВЧП снижена за счет гиперинтенсивного в Т2 ВИ и гипointенсивного в Т1 ВИ содержимого, верхняя треть медиальной стенки не визуализируется. На Т1 ВИ в аксиальной плоскости визуализируется участок с низкой интенсивностью сигнала в области медиальной стенки левой ВЧП (рис. 4). На Т2-ВИ в аксиальной плоскости в левой ВЧП визуализируется участок «пустого» сигнала (рис. 5).



Рис. 4. Пациентка М. 34 года, беременность 14 недель. МРТ ОНП. Аксиальная проекция. Т1-ВИ. В левой верхнечелюстной пазухе снижена пневматизация за счет гипointенсивного содержимого, стрелкой отмечен участок с очень низкой интенсивностью сигнала

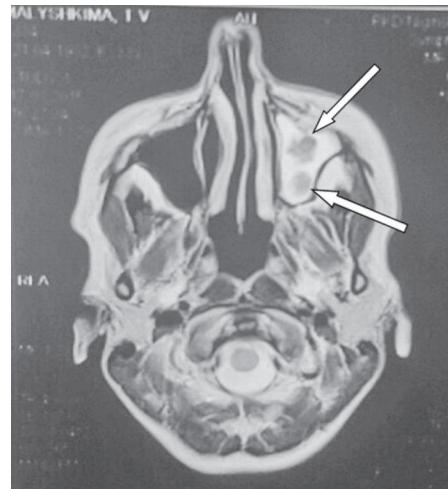


Рис. 5. Пациентка М. 34 года, беременность 14 недель. МРТ ОНП. Аксиальная проекция. Т2-ВИ. В левой ВЧП снижена пневматизация за счет гиперинтенсивного сигнала, стрелками указаны участки гипointенсивного сигнала

Было принято решение о госпитализации в отделение оториноларингологии ОАО МСЧ Нефтяник для оперативного лечения. 16.12.2016 под местной анестезией, выполнено оперативное вмешательство на левой верхнечелюстной пазухе под контролем эндоскопа, извлечено грибковое тело (рис. 6).



Рис. 6. Фрагменты грибкового тела, извлеченные из левой верхнечелюстной пазухи

Выводы. Выявлены патогномоничные МРТ признаки грибкового тела ВЧП: визуализация на Т1-ВИ участков с очень низкой интенсивностью сигнала, на Т2-ВИ областей с гипointенсивностью сигнала и участков «пустого» сигнала.

Приведенные клинические примеры показывают эффективность применения МРТ диагностики грибкового тела ВЧП у декретированных групп населения.

ЛИТЕРАТУРА

- Бустонов М. О., Азизов К. Н., Беков А. А., Дусанова С. Б., Каширков М. Н. Особенности патоморфологических поражений слизистых при грибковых синуситах // Научно-практический журнал ТИППМК. 2015. № 1. С. 5-7.
- Кульбаев Н. Д., Нигматуллин Р. Т., Щербаков Д. А. Роль компьютерной томографии с функцией 3d в подготовке к дакри-

- оцисториностомии. Офтальмологические ведомости. 2011. Т. 4, № 3. С. 38-40.
3. Терновой С. К., Араблинский А. В., Арцыбашева М. В. Диагностика заболеваний полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти при помощи компьютерной и магнитно-резонансной томографии // Радиология – практика. 2007. № 4. С. 4-12.
 4. Тулебаев Р. К., Жусупов Б. З., Байменов А. Ж., Аженов Т. М. Клинические особенности аспергиллезного риносинусита // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. 2014. 20 (2): 12-15.
 5. Щербаков Д. А., Володеев А. В., Лукманов В. И., Красножен В. Н., Гайдей А. И. Стоматогенный верхнечелюстной синусит. Тюмень, 2016.
 6. Яременко А. И., Штеренберг Д. Г., Щербаков Д. А. Варианты атрофии альвеолярного отростка верхней челюсти по данным дентальной компьютерной томографии // Институт стоматологии. 2012. Т. 1. № 54. С. 106-107.
 7. Ястребский А. П., Извин А. И., Соколовский Н. С. Оценка значимости диагностических признаков острых заболеваний глотки при разработке экспертной системы портретным методом // Медицинская наука и образование Урала. 2016. Т. 17, № 2 (86). С. 168-172.
 8. Ястребский А. П., Санников А. Г., Соколовский Н. С., Воронов С. В. Возможности и ограничения традиционных способов разработки экспертных систем в оториноларингологии // Медицинская наука и образование Урала. 2013. № 1. С. 155-157.
 9. Lund V. J., Lloyd G., Savy L., Howard D. Fungal rhinosinusitis // Journal of Laryngology and Otology. 2000. 114 (1): 76-80.
 10. Mossa-Basha M., İlca A. T., Maluf F., Karakoç O., İzbudak İ., Aygün N. The many faces of fungal disease of the paranasal sinuses: CT and MRI findings // Diagnostic and Interventional Radiology. 2013. 19 (3): 195-200.
 11. Puhakka T., Heikkinen T., Makela M. J. et al. Validity of Ultrasonography in Diagnosis of Acute Maxillary Sinusitis // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000. 126 (12): 1482-1486.
 12. Sandeep Suresh, M.S., Dayanand Arumugam, D.N.B., George Zacharias, M.S., Sengottaiah Palaninathan, M.S., Ravisan Kar Vishwanathan, M.S., and Vaidyanathan Venkatraman, M. S. Prevalence and clinical profile of fungal rhinosinusitis // Allergy Rhinol (Providence). 2016 Summer; 7 (2): 115-120.
 13. Vicky S Khattar, Bachi T Hathiram. Radiologic Appearances in Fungal Rhinosinusitis // Otorhinolaryngology. Clinics: An International Journal. 2009. 1 (1):15-23.

Сведения об авторах

Кротова Александра Сергеевна, ординатор 1 года кафедры ЛОР-болезней ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Щербаков Дмитрий Александрович, к. м. н., ассистент кафедры ЛОР-болезней ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Екимова Анастасия Евгеньевна, студент лечебного факультета ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень.

Адамчук Александра Михайловна, врач-рентгенолог первой квалификационной категории ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1», г. Тюмень.

Мальцева О. В., Бородин Н. А., Зайцев Е. Ю., Дгебуадзе В. Т., Ерков А. А., Петухова Г. А.

ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень

ОАО «МСЧ Нефтяник», г. Тюмень

ПАНКРЕОНЭКРОЗ, ЭТИОЛОГИЯ, ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Проведена оценка причин развития тяжелых форм панкреатита и результаты лечения этой патологии в современных условиях. Удельный вес тяжелых форм панкреатита за последние 8 лет вырос. Большинство таких больных оперируется, летальность составляет 9-11%. Наиболее распространенной операцией в настоящее время является лапароскопическое дренирование брюшной полости. Причины развития панкреатита и половая принадлежность пациентов зависели от возраста: в период до 60 лет большинство больных были мужчины с алкогольным панкреатитом, после 60 лет панкреатит чаще развивался у женщин и был билиарным.

Ключевые слова: панкреатит, панкреонекроз, оперативное лечение, лапароскопия, алкогольный, билиарный панкреатит.

Актуальность. Среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит всегда занимал особое место. Несмотря на значительные успехи хирургии в лечении большинства экстренных заболеваний, проблема острого панкреатита в 21 веке, далека от своего полного решения, как и много лет назад.

По данным представляющих обобщенную статистику крупных регионов, включая Москву, Санкт-Петербург, Республику Беларусь и пр. за последние годы среди больных с острым панкреатитом произошло значительной снижение больничной и послеоперационной летальности, хотя она и остается значительной. [2, 3, 5, 6, 7, 9]. Так в г. Москве по объединенной статистике крупных хирургических

стационаров за 20-ти летний период отмечено её снижение практически в два раза. Если в 1993-1994 гг. послеоперационная летальность у больных с панкреонекрозом составляла 31,0-31,9%, то к 2010-2012 гг. она снизилась до 14,9-13,5%. Общая больничная летальность для всех форм острого панкреатита за этот период снизилась с 5,8 до 2,6% [2, 6].

Другой проблемой острого панкреатита является общий рост числа больных с этой патологией. Если количество экстренных госпитализаций с острым холециститом, ущемленной грыжей и даже острым аппендицитом имеет устойчивую тенденцию к снижению, то количество больных с панкреатитом непрерывно растет и это происходит,