

5. Раджабова З.А. Распространенный рак гортани: обзор литературы / З.А. Раджабова, М.А. Котов, М.А. Эберт, А.С. Митрофанов, М.А. Раджабова, Е.В. Левченко // Сибирский онкологический журнал. – 2019. – №18(5). – Р. 97-107

УДК 616-06

**Ведерникова Е.Э., Егорушкина А.В., Давыдов Р.С., Абдулкеримов З.Х.  
РОЛЬ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА В ДИАГНОСТИКЕ  
ГРАНУЛЕМАТОЗА**

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-  
лицевой хирургии

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Vedernikova E.E., Egorushkina A.V., Davydov R.S., Abdulkarimov Z.Kh.  
ROLE OF OTORINOLARYNGOLOGIST IN DIAGNOSTICS OF  
GRANULEMATOSIS**

Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery  
Ural State Medical University  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [ekaterina.vedernikova20@gmail.com](mailto:ekaterina.vedernikova20@gmail.com)

**Аннотация.** Гранулематоз Вегенера - аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, венулы, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, легких и других органов. На базе ЛОР отделения ГАУЗ СО ГKB №40 за период с января 2018 по март 2021 год мы наблюдали восемнадцать пациентов с подтвержденным диагнозом гранулематоз Вегенера. Средний возраст составил 44 года, в том числе 6 мужчин и 12 женщин. Все пациенты прошли комплексное обследование.

**Annotation.** Wegener's granulomatosis is an autoimmune granulomatous inflammation of the vascular walls, involving small and medium blood vessels: capillaries, venules, arterioles and arteries, involving the upper respiratory tract, eyes, kidneys, lungs and other organs. On the basis of the ENT department of GAUZ SO GKB №40 for the period from January 2018 to March 2021, we observed eighteen patients with a confirmed diagnosis of Wegener's granulomatosis. The average age was 44, including 6 men and 12 women. All patients underwent a comprehensive examination.

**Ключевые слова:** Гранулематоз Вегенера, клинические проявления, антинейтрофильные цитоплазматические антитела.

**Key words:** Wegener's granulomatosis, clinical manifestations, antineutrophilic cytoplasmic antibodies.

## **Введение**

Гранулематоз с полиангиитом (гранулематоз Вегенера) - аутоиммунное гранулематозное воспаление стенок сосудов, захватывающее мелкие и средние кровеносные сосуды: капилляры, венулы, артериолы и артерии, с вовлечением верхних дыхательных путей, глаз, почек, легких и других органов [1,2].

Сложность диагностики заболевания, связанная с относительно низкой заболеваемостью (4:1 000 000), а также малой настороженностью врачей амбулаторного звена, является актуальной проблемой [1,3].

Патогенез заболевания изучен недостаточно хорошо, однако установлено, что ключевую роль в развитии данной патологии играют антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) – это аутоантитела к компонентам цитоплазмы нейтрофилов. По одной из версий, АНЦА, атакуя нейтрофилы, приводят к их дегрануляции, разрушению с развитием воспалительных реакций. АНЦА являются одними из лабораторных показателей, на основании которых подтверждается диагноз некоторых аутоиммунных заболеваний.

Различают несколько стадий течения болезни: I - риногенный гранулематоз (гнойно-некротический, язвенно-некротический риносинусит, назофарингит, ларингит, деструкция костной и хрящевой перегородки носа, глазницы); II - легочная стадия -распространение процесса на легочную ткань; III - генерализованное поражение - изменение дыхательных путей, легких, почек, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (афтозный стоматит, глоссит, диспептические расстройства); IV - терминальная стадия - почечная и легочно-сердечная недостаточность, приводящая к гибели больного в течение года от начала болезни [4].

Чаще всего клинические проявления гранулематоза Вегенера манифестируют на ЛОР органах, поэтому ответственность за распознавание заболевания и назначение своевременного лечения возлагается на специалиста оториноларинголога.

Американской ассоциацией ревматологов (1990) установлен ряд диагностических критериев:

Воспаление слизистой оболочки носа и ротоглотки: язвы в полости рта и носа, гнойные или кровянистые выделения из носа.

- Изменения при рентгенологическом исследовании лёгких: узелки, инфильтраты, полости.

- Нефритический осадок мочи: микрогематурия (более пяти эритроцитов в поле зрения).

- Биопсия: гранулематозное воспаление в стенке артерии или периваскулярном пространстве.

Для постановки диагноза необходимо наличие двух критериев и более. Чувствительность 88% , специфичность 92% .

**Цель исследования** - оптимизировать диагностическую тактику у больных с гранулематозом Вегенера.

### **Материалы и методы исследования**

На базе ЛОР-отделения ГАУЗ СО ГКБ №40 за период с января 2018 по март 2021 наблюдалось 18 пациентов с подтвержденным диагнозом грануломатоз Вегенера. Средний возраст составил  $44 \pm 0,5$  лет, из них 6 мужчин и 12 женщин. Всем больным проведено комплексное обследование, включающее в себя общеклинические исследования, консультации смежных специалистов (офтальмолог, эндокринолог, ревматолог), современные лучевые методы исследования, биопсия с последующим гистологическим исследованием, иммунологические методы. После подтверждения диагноза пациенты переводились в ревматологическое отделение для дальнейшей терапии. Статистическая обработка данных производилась с использованием t-критерия и точного критерия Фишера в программном пакете Statistica 6.0.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Двенадцать пациентов первично обращались к оториноларингологу с жалобами на поражение ЛОР органов. Пятерых пациентов беспокоило затруднение носового дыхания, заложенность носа, у одного пациента появились жалобы на осиплость голоса и боли в области гортани, и у одного больного имелись жалобы на нарушение слуха на правое ухо и гнойные выделения из него. Шестеро больных находились на лечении у ревматолога по поводу заболевания соединительной ткани неуточненного, и были направлены к отоларингологу в связи с жалобами на поражение ЛОР органов.

Диагнозы при поступлении: острый ларингит (1 пациент), обострение хронического эпителимпанита справа (1 больной), обострение хронического синусита (9 наблюдаемых), остеомиелит верхней челюсти (1 человек), а также болезнь соединительной ткани неуточненная (6 лиц). Результаты лучевых исследований. Разрушение костных структур по данным КТ носа и околоносовых пазух наблюдалось у пятерых пациентов ( $n=5$ ), разрушение ячеек сосцевидного отростка – у одного больного. Результаты иммунологического исследования: у 16 больных обнаружены АНЦА (среднее значение  $34,6 \pm 0,5$ ), средний уровень С-реактивного белка  $24,5 \pm 0,5$  мг/л. В общем анализе крови обращал на себя внимание лейкоцитоз, септический характер клинических проявлений (высокая температура гектического типа).

Клинический пример. Пациент Н., 33 года (карта №5481) поступил в оториноларингологическое отделение в неотложном порядке с жалобами на боль в глазах, преимущественно справа, припухлость в области век, сухость в носу, затруднение носового дыхания, периодические выделения из отверстия в области нижнего века правого глаза. Со слов пациент первые признаки заболевания в виде появления отверстия в области нижнего века правого глаза возникли на фоне усиленного сморкания во время туалета носа около месяца назад, далее присоединялись вышеописанные симптомы. Самостоятельно не лечился. После усиления симптоматики обратился в приемное отделение ГАУЗ СО ГКБ №40. Из анамнеза жизни: имеет сопутствующие заболевания: Хронический холецистит, вне обострения. Хронический панкреатит, вне

обострения. Вторичный быстро прогрессирующий гломерулонефрит. Гранулематоз Вегенера. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Поверхностный гастрит, вне обострения. Аллергическая реакция на препарат гемодез (проявляется зудом кожных покровов, крапивницей).

Из проведенных обследований: определен уровень прокальцитонина в сыворотке -  $< 0,135$  нг/мм (низкий риск развития системной инфекции, локальная бакинекция). АНЦА (протеиназа 3) – 5,9. Рентгенография органов грудной клетки: Свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. На КТ носа и придаточных пазух носа - картина гранулематоза Вегенера придаточных пазух носа (лобные, клиновидные, верхнечелюстные пазухи, клетки решетчатых пазух пневматизированы частично, в полости всех пазух отмечается пристеночный или субтотальный мягкотканый компонент. Отмечаются обширные костные дефекты перегородок ячеек решетчатых пазух, крючковидного отростка и медиальной стенки верхнечелюстной пазухи справа, а также и перегородки носа (Рис. 1).

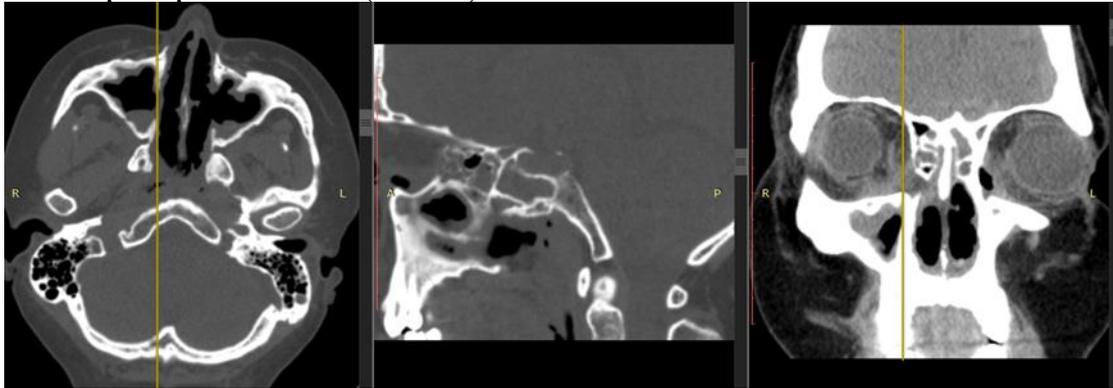


Рис.1. КТ носа и придаточных пазух носа пациента Н.

Пациенту проводилось консервативное и местное лечение. Носовое дыхание после проведенной терапии восстановилось умеренно, выделения из отверстия нижнего века, боль в глазах регрессировали. Пациент переведен в ревматологическое отделение.

### Выводы

Первичность поражения носа и придаточных пазух носа в более, чем 80% случаев. Это и определяет ведущую роль оториноларинголога в диагностике, клиническом наблюдении и лечении больных. Определение антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА) имеет существенное значение для диагностики заболевания и своевременного назначения адекватного лечения.

### Список литературы:

1. Григорьев, Г.М. Вестибулярные симптомы при некоторых формах сосудистой патологии / Г.М. Григорьев // Автореф. дис. д-ра мед. наук. - Челябинск, 1976
2. Пискунов, С.З. Изолированные поражения клиновидной пазухи / С.З. Пискунов, И.С. Пискунов, А.М. Лудин // Курск.- 2004.- 152 с.
3. Воробьев, С. П. Лечение эпилепсии / С.П. Воробьев // Л.: Медицина.- 1965.- 110 с.

4. Зенков, Л.Р. Функциональная диагностика нервных болезней / Л.Р. Зенков, М.А. Ронкин // Руководство для врачей.- М.- 1991

УДК 617.7

**Данилов А.М., Коротких С.А., Гринев А.Г., Свиридова М.Б.  
РЕЗУЛЬТАТЫ ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ КАТАРАКТЫ У  
ПАЦИЕНТОВ С АВИТРИЕЙ В ОТДАЛЕННЫХ СРОКАХ**

Кафедра офтальмологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Danilov A.M., Korotkikh S.A., Grinev A.G., Sviridova M.B.  
RESULTS OF CATARACT PHACOEMULSIFICATION IN PATIENTS  
WITH AVITRIA IN LONG TERM**

Department of ophthalmology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: [lexaugma@gmail.com](mailto:lexaugma@gmail.com)

**Аннотация.** Потребность в хирургическом лечении катаракты неизбежно возникает у пациентов перенесших витрэктомию, однако выполнение факоэмульсификации при авитрии сопряжено с рядом особенностей, что обусловлено нарушением состояния иридохрусталиковой диафрагмы, отсутствием стекловидного тела, как естественной поддерживающей структуры капсульного мешка хрусталика. В статье приводится анализ результатов хирургического лечения катаракты при авитрии с использованием различных методик в отдаленные сроки.

**Annotation.** The need for surgical treatment of cataracts inevitably arises in patients who have undergone vitrectomy, however, phacoemulsification in avitria is associated with a number of features, which is due to a violation of the condition of the iridociliary diaphragm, the absence of the vitreous body, as a natural supporting structure of the lens capsule sac. The article presents an analysis of the results of surgical treatment of cataracts in avitria using various methods in the long term.

**Ключевые слова:** катаракта, авитрия, стекловидное тело, витрэктомия, инфузия.

**Key words:** cataract, avitria, vitreous body, vitrectomy, infusion.

**Введение**

Различные патологии стекловидного тела зачастую требуют от хирурга выполнения витрэктомии. В зависимости от тяжести и распространённости ряда нозологий витрэктомия может быть выполнена частично или тотально