ПОСЛЕДНИЕ ДАННЫЕ О ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ НИЖНЕЙ НОСОВОЙ РАКОВИНЫ

UPDATE ON NONMALIGNANT LESIONS OF THE INFERIOR TURBINATE

J.M. Goldfarb, D. Goldfarb, M.R. Rosen

Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2017;25(1):69-72. (англ. — США)

Нижняя носовая раковина (ННР) хорошо доступна обзору при передней риноскопии и тем более при эндоскопии. Большинство поражений ННР — доброкачественные, но нередко врачи подозревают злокачественные процессы. В данной статье проводится тщательный дифференциальный диагноз в пользу доброкачественности данной патологии и указываются способы их лечения. Различные воспалительные заболевания, инфекционные, неопластические процессы, сосудистые нарушения могут приводит к патологии ННР. Наиболее частые незлокачественные заболевания, встречающиеся в этой области: полипы полости носа, инвертированная папиллома, гемангиома и ангиофиброма. На ранних стадиях эти процессы протекают бессимптомно и обнаруживаются случайно при обычном рутинном осмотре оториноларингологом. По мере разрастания данные образования проявляются неспецифическими симптомами, характерными и для доброкачественных, и для злокачественных заболеваний, и для инфекционных. Наиболее частыми являются заложенность носа, ринорея, носовая геморрагия, признаки синусита и гипосмия. Большинство доброкачественных образований имеют характерные проявления, но должны подтверждаться гистологическим исследованием. При маленьких образованиях биопсия является одновременно и методом лечения. Таким образом, авторы статьи заключают, что поражение нижней носовой раковины изолированно встречается не часто. Тщательное обследование может неинвазивно определиться с ранним диагнозом. Если диагностируются такие процессы, как злокачественное образование, инвазивный грибковый синусит или инвертированная папиллома, то лечение определенное, не сложное, но по известным стандартам.

ХРОНИЧЕСКИЙ СФЕНОИДИТ: ВЫЗОВ ВРАЧУ

CHRONIC SPHENOID RHINOSINUSITIS: MANAGEMENT CHALLENGE

Natamon Charakorn, Kornkiat Snidvongs

J Asthma Allergy. 2016;9:199-205. (англ. — Тайланд)

Хронический сфеноидит — заболевание воспалительного характера, изолированно локализующееся в основной (клиновидной) пазухе, продолжающееся в течение 12 нед. Оно отличается от других риносинуситов, так как могут наблюдаться такие симптомы, как головная боль, снижение зрения или диплопия при отсутствии заложенности носа и насморка. Эндоскопическое исследование может быть полезно, при нем обращается внимание на слизисто-гнойное отделяемое, отечность слизистой или полипозное ее перерождение в области сфеноэтмоидального кармана. Однако отсутствие патологии в этой области также не исключает сфеноидита, поэтому необходимо КТ-исследование, которое позволит дифференцировать воспалительный процесс и неопластический, бактериальный сфеноидит и грибковый. МРТ показана только в случае необходимости диагностики мукоцеле, доброкачественных опухолей, энцефалоцеле или аневризмы внутренней сонной артерии. Диагностика заболевания требует определенных знаний и технических возможностей. Лечение включает эндоскопическую трансназальную сфеноидотомию. В связи с отсутствием в последних обзорах полной информации по данной проблеме, авторы излагают анатомические особенности клиновидной пазухи и возникающие в этой связи клинические проявления, а также оценивают сравнительные возможности хирургических вмешательств.

ОТОПАТОГЕННАЯ *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ПРОНИКАЕТ В МАКРОФАГИ И РАЗМНОЖАЕТСЯ В НИХ

OTOPATHOGENIC *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* ENTERS AND SURVIVES INSIDE MACROPHAGES.

R. Mittal, C.V. Lisi, H. Kumari, M. Grati, P. Blackwelder, D. Yan, C. Jain, K. Mathee, P.H. Weckwerth, X.Z. Liu

Front Microbiol. 2016;7:1828. (англ. — США, Бразилия)

Средний отит (СО) — широкое понятие, включающее в себя группу инфекционных и воспалительных заболеваний среднего уха. Несмотря на активное применение антибиотиков, острый СО может прогрессировать и приводить к развитию хронического гнойного среднего отита (ХГСО) со стойкой перфорацией барабанной перепонки и гнойной отореей. *Pseudomonas aeruginosa* — наиболее частый микроорганизм, вызывающий формирование ХГСО. Известно, что макрофаги играют важную роль в иммунном ответе, однако их значение в патогенезе *P. aeruginosa*-индуцированном ХГСО до конца не ясно. В этой связи авторы статьи провели исследование взаимодействия *P. aeruginosa* и первичных макрофагов. Авторы наблюдали, что *P. aeruginosa* проникает и размножается внутри человеческих и мышиных первичных макрофагах. Проникновение этой бактерии в макрофаги требует вовлечения обоих процессов: микротубуло- и актин-зависимого механизма. Трансмиссионная электронная микроскопия показала, что данная бактерия присутствовала в мембранносвязанных пузырьках внутри макрофагов. Интересно, что торможение экспрессии OPRF* в *P. aeruginosa* аннулирует ее способность к выживанию внутри макрофагов. Результаты авторов свидетельствуют о том, что отопатогенность *P. aeruginosa* и выживание внутри макрофагов являются OPRF*-зависимыми. Авторы заключают, что выживаемость бактерий внутри макрофагов приводит к уклонению их от гибели и тем самым нарушает процесс защитной работы фагоцитов, что способствует персистенции инфекции при ХГСО. Понимание взаимодействия механизма хозяин—патоген обеспечит поиск новых эффективных методов лечения СО.

Примечание. *OPRF — один из важнейших протеинов внешней мембраны *P. aeruginosa*, играющий важную роль во взаимодействии этого патогена и хозяина (Nestorovich et al., 2006; Bouffartigues et al., 2012; Reusch, 2012; Mishra et al., 2015). Отопатогенность *P. aeruginosa* внутри макрофагов обусловлена экспрессией этого бактериального белка.

НАБЛЮДЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭМПИЕМ ПРИ ИНФЕКЦИИ *STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS*

A CASE OF MULTIPLE EMPYEMA CAUSED BY *STREPTOCOCCUS INTERMEDIUS*

A. Kaga, R. Higo, H. Yoshikawa, N. Yokoi, T. Haruyama, H. Komatsu, A. Yabe, T. Kusunoki, K. Ikeda

Auris Nasus Larynx. 2016. (англ. — Япония) (В Интернете представлена до публикации в печати)

Авторы статьи описывают историю болезни пациента с множественными эмпиемами по всему телу, страдающим в то же время хроническим синуситом и хроническим гнойным средним отитом, которые привели к развитию эпидуральной эмпиемы, обусловленные инфекцией *Streptococcus intermedius*. 38-летний мужчина обратился с ведущей жалобой на головную боль, а также выделения из левого уха и заложенность носа. Исследования показали признаки пансинусита, наличие мягкотканных субстанций в клетках сосцевидного отростка и средний отит. Лечение было начато с введения антибиотика меропенема гидрата в дозе 6 г в сутки. В то время как клинические симптомы синусита уменьшились, головная боль сохранялась. Были проведены дальнейшие исследования: компьютерная томография (КТ) головного мозга с контрастированием, рентгенография грудной клетки, посев крови на стерильность, на основании которых был поставлен диагноз множе-