

**Булыка Е.И.**

## **ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ**

**Научный руководитель: ст. преп. Кочина Е.В.**

*Кафедра болезней уха, горла, носа*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Туберкулёз — широко распространённое инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex*. Туберкулез остается важной медико-биологической и социально-экономической проблемой для многих стран мира. В настоящее время около 2 миллиардов человек инфицированы возбудителем туберкулеза и подвержены риску заболевания. Ежегодно в мире более чем у 9 миллионов человек формируется активный туберкулез и 1,5–1,7 миллиона умирают от данной патологии.

**Цель:** представление клинического случая туберкулезного риносинусита, сбор и обобщение информации по данной теме.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко». Был проведен анализ клинического случая и медицинской документации карты стационарного пациента.

**Результаты и их обсуждение.** В рассматриваемом клиническом случае пациентка первично поступила с жалобами на боль, припухлость левой щеки, заложенность левой половины носа. Поставлен диагноз: хронический левосторонний верхнечелюстной синусит. Проведена верхнечелюстная синусотомия, полипотомия носа слева. Во время оперативного вмешательства выявлено образование задней стенки носоглотки. Через 5 дней проведена резекция перегородки носа, удаление опухоли носоглотки слева. Выписана на амбулаторное лечение. Ухудшение в течение недели, направлена повторно в оториноларингологическое отделение.

При повторном поступлении лицо ассиметрично за счет отека в области левой щеки. При риноскопии слизистая умеренно отечна, скудное отделяемое в носу слева. Носоглотка свободная. В области верхней челюсти слева по переходной складке определяется гранулирующая рана округлой формы диаметром около 1см, сообщающаяся с полостью верхнечелюстной пазухи, в ране скудное слизистое отделяемое. Отоскопия, фарингоскопия – без особенностей. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены, мягкие, безболезненные.

На компьютерно-томографическом исследовании околоносовых пазух: состояние после оперативного лечения левой верхнечелюстной пазухи. Левосторонний гемисинусит. На рентгенологическом исследовании органов грудной клетки обнаружено очаговое поражение легких/поствоспалительные изменения легких. Для уточнения диагноза выполнена рентгеновская компьютерная томография грудной клетки. Заключение: по всем легочным полям определяются множественные разновеликие периваскулярные очаги с относительно четкими неровными контурами, ретикулярные изменения в виде утолщения внутридольковых перегородок, на фоне которых множественные мелкие очажки с нечеткими контурами вдоль бронхососудистых пучков.

Выполнены лабораторные исследования: анализ мокроты на БК (бациллы Коха) GeneXpert – КУБ (кислотоустойчивые бактерии) не обнаружены; анализ мокроты на БК GeneXpert – МБТ (микобактерии туберкулеза) Trase обнаружен, Rif неопределенный, КУБ не обнаружены. Анализ содержимого послеоперационной раны (верхнечелюстной пазухи) на БК GeneXpert – обнаружен очень низкий уровень МБТ, Rif не обнаружен, КУБ не обнаружены.

Диагноз фтизиатра: инфильтративный туберкулез легких, бактериологически подтвержденный, КУБ+, МБТ+, лекарственно-чувствительный. Дыхательная недостаточность 0. Туберкулезный риносинусит.

**Выводы.** Таким образом, туберкулезный риносинусит имеет неспецифичные симптомы, может быть схож с риносинуситом бактериальной этиологии. Аспектом данного клинического случая является редкая локализация туберкулезного процесса и клиника подобная опухолевому процессу.