

гормонотерапия (преднизолон per os, дексаметазон, гидрокортизона суспензия ретробульбарно). На фоне проводимого лечения стало ухудшаться зрение правого глаза до 0,2; не корригируется. В поле зрения правого глаза появилась центральная скотома до 15 – 18°, глазное дно OD оставалось в норме. Была увеличена доза гормонов, вводимых парентерально. Острота зрения обоих глаз стала постепенно улучшаться. 12.01.2000 г. Vis OD = 0,2, не корригирует; Vis OS = 0,3; не корригирует. ЭФИ от 03.01.2000 г. ЭФИ, электрочувствительность OD – 0,9; OS – 2,2; электролабильность OD – 41; OS – 39; КЧСМ красный OD – 26; OS – 17 – 20; зеленый OD – 22; OS – 09 – 11. Функции внутренних слоев сетчатки OD – в норме, OS – снижены. Проводимость зрительного нерва OD – незначительно снижена, OS снижена. Функция папилломакулярного пучка OU снижена значительно. МРТ от 23.12.99 г. имеется утолщение внутриглазничной части левого зрительного нерва за счет оболочек до 0,9 см по максимальному диаметру; определяется утолщение хиазмы в левой ее части до 0,7 см. Заключение: МРТ картина соответствует оболочечной менингиоме левого зрительного нерва, нельзя исключить ее прорастания в хиазму. Учитывая эти данные, больной был переведен в нейрохирургическое отделение ЦВ КГ ФПС Российской Федерации, где находился на обследовании и лечении с 12.01.2000 г. по 02.02.2000 г. с диагнозом: Опто-хиазмальный арахноидит, осложненный двухсторонним невритом с переходом в частичную атрофию. На R-грамме каналов зрительных нервов по Реше от 14.01.2000 г. асимметрии не выявлено. На контрольном МРТ головного мозга хиазмы, зрительных нервов от 24.01.2000 г. – данных за очаговую патологию не выявлено. Выписан с Vis OD = 0,9, не корригирует, Vis OS = 0,6, не корригирует. На глазном дне – побледнение височных половин зрительных нервов. Поле зрения обоих глаз: границы – в норме; в центре – относительная скотома. С 03.02.2000 г. по 18.02.2000 г. продолжил консервативное лечение в ЦГ ПС КНБ РК, выписан с Vis OU = 1,0. Границы полей зрения в пределах нормы, на глазном дне – без изменений. МРТ от 24.02.2000 г. – без патологии.

В течение последующих 10 лет находился на диспансерном наблюдении у офтальмолога и невропатолога. С 2000 по 2003 г. проходил курсы консервативного лечения 2 раза в год (антиоксидантная, сосудистая терапия), зрительные функции оставались стабильные. В 2004 г., после длительного переохлаждения, перенёс рецидивирующий двухсторонний ретробульбарный неврит. Острота зрения понизилась, Vis OD=0,4 н/кор., Vis OS=0,3 н/кор. Поля зрения сужены концентрически до 30-40 гр. Проводилась гормоно-, витаминно-сосудистая-антиоксидантная терапия. Острота зрения восстановилась, Vis OD=1,0. Vis OS=0,9 н/кор. Границы полей зрения в пределах нормы. На глазном дне побледнение

височных половин дисков зрительных нервов. На ЭФИ, заключение – ЗВП проводимость зрительного нерва справа имеет тенденцию к снижению, слева снижена, пиковые амплитуды слева снижены.

С 2004 г. по настоящее время больной ежегодно проходил 2 раза в год курсы консервативной терапии, находился под наблюдением окулиста, невропатолога.

В настоящее время Vis OD = 1,0, Vis OS = 0,9 н/кор. На глазном дне – побледнение височных половин дисков зрительных нервов. Границы полей зрения в пределах нормы. МРТ от 3.11.2010 г. – признаки дисциркуляторной энцефалопатии.

**Выводы**

1. Лечение высокими дозами гормонов per os (преднизолон от 80-90 мг в сутки по схеме) в ранние сроки заболевания даёт хорошие результаты.

2. Ретробульбарный неврит в остром периоде на МРТ может выглядеть как оболочечная менингиома.

3. Регулярные курсы поддерживающей терапии, диспансерное наблюдение позволяют сохранить высокие зрительные функции.

**ТҰЖЫРЫМ**

**ОН ЖЫЛ БОЙЫ ҚАДАҒАЛАНАТЫН СӘТТИ АЯҚТАЛАТЫН ЕКІЖАҚТЫ РЕТРОБУЛЬБАРЛЫҚ НЕВРИТТИ РЕЦИДИВАЦИЯЛАУ ЖАҒДАЙЫ**

*Н.А. Чернецова<sup>1</sup>, И.М. Михайлова<sup>2</sup>, Л.И. Толкалина<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>ҚР ҰҚК Орталық-әскери госпиталі,

<sup>2</sup>№9 емхана, <sup>3</sup>ҰҚК емханасы, Алматы қ.

1. Аурудың бас кезінде per os гормондарының жоғары мөлшерімен (преднизолон тәулігіне сызба бойынша 80 – 90 мг) емдеу жақсы нәтиже береді.

2. Ретробульбарлық невриттің ауыр түрі МРТ-да қабықшалы менингиома сияқты болады.

3. Терапияны қолдайтын тұрақты курстар, диспансерлік қадағалау жоғары көру функциясын сақтауға мүмкіндік береді.

**SUMMARY**

**RECURRENT DOUBLE RETROBULBAR NEURITIS CASE WITH FAVORABLE OUTCOME OBSERVED WITHIN TEN YEARS**

*N.A. Chernetsova<sup>1</sup>, I.M. Mikhailova<sup>2</sup>, L.E. Tolkalina<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Central Military Hospital of NSC RoK,

<sup>2</sup>Clinic No.9, <sup>3</sup>NSC Clinic, Almaty c.

1. Treatment with high dosage of hormones per os (prednisolone from 80 – 90 mg daily in accordance with regimen) in early stages of disease produce excellent results.

2. Retrobulbar neuritis in acute period may look on MRT like meningioma.

3. Regular courses of supporting therapy, case follow-up allows maintaining high visual functions.

**ОСТЕОМА ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ (случай из практики)**

**Т.Н. БУРКУТБАЕВА, А.М. БУЛДАКОВ, Е.А. АНДРЕЮШКИНА-АБДЕЛЬХАДИ, А.Б. СЕЙТКУЛОВ**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Городская клиническая больница №5, г. Алматы*

**О**стеомы относятся к доброкачественным образованиям, они не обладают инфильтративным ростом, но могут вызывать деструкцию стенок околоносовых пазух (ОНП) и приводить к деформации лицевого скелета, смещению глазного яблока и даже

сдавлению головного мозга (В.А. Скопинцев, 1990; В.М. Бобров, 1999; Е.Я. Кузьменко и др., 2002). Нередко встречаются остеомы, поражающие одновременно несколько синусов и имеющие гигантские размеры (Н.К. Санжаровская, 1997; В.М. Бобров, 1999; С.К. Боенко и

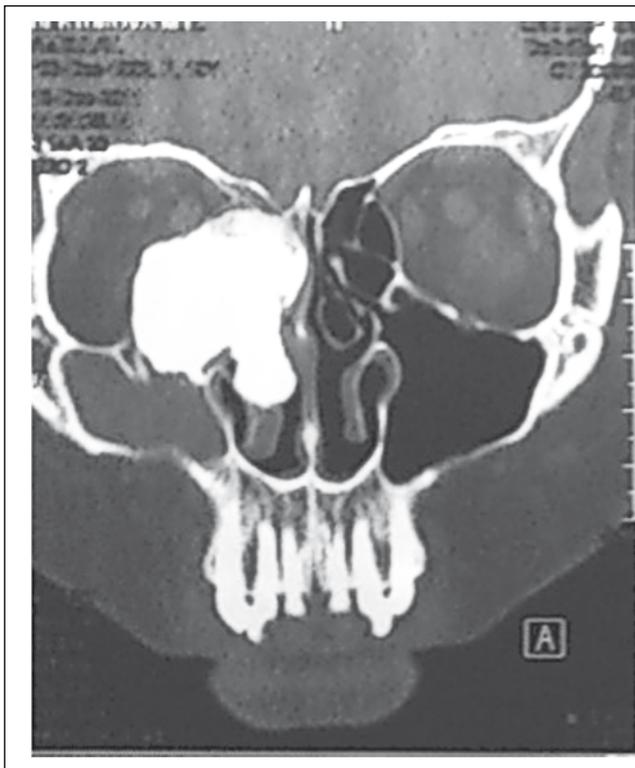


Рисунок 1. Компьютерная томограмма ОНП  
Больной М., коронарная проекция.  
Остеома клеток правого решетчатого лабиринта,  
в/ч пазухи с распространением в орбиту



Рисунок 2. Компьютерная томограмма ОНП  
Больной М., аксиальная проекция.  
Остеома клеток правого решетчатого лабиринта,  
в/ч пазухи с распространением в орбиту

др., 2006). Остеомы (ОНП) характеризуются медленным ростом; в их развитии различают два периода: латентный и явный. Остеома, не выходящая за пределы пазухи, не сдавливающая болевые рецепторы слизистой оболочки, не вызывает жалоб и может обнаруживаться случайно при рентгенологическом исследовании. Латентный период длится 1-2 года, после чего остеома может узурировать стенку ОНП и распространиться в орбиту, носоглотку, полость носа или черепа, вызывая цефалгию, орбитальные или внутричерепные осложнения (С.В. Сергеев, А.М. Козлов, 1994). При этом развиваются различные симптомы, которые заставляют больного обратиться к врачу.

Приводим наше клиническое наблюдение остеомы редких размеров и локализации.

**Больная: М, 19 лет,** поступила в лор-отделение 14.12.11. с жалобами на периодически затрудненное носовое дыхание, затяжные насморки, на периодическую боль в области проекции гайморовой пазухи справа, небольшой экзофтальм справа. Болеет в течение 3-х лет, в 2005 году перенесла травму, упала с велосипеда и ударилась лицом. Риноскопия: Слизистая носа розовая, влажная, носовая перегородка искривлена в хрящевом и костном отделах. Дыхание через нос затруднено, в правой полости носа имеется образование плотной консистенции, безболезненное, неподвижное. Другие ЛОР- органы без особенностей. Анализ крови и мочи в пределах нормы. На КТ-придаточных пазух носа выявлена тень округлой формы в области клеток решетчатого лабиринта справа, лобной пазухи справа, верхнечелюстной пазухе справа с прорастанием в область нижней и медиальной стенки орбиты справа.

Выставлен диагноз: Остеома клеток решетчатого

лабиринта, лобной, гайморовой пазух справа с прорастанием в область нижней и медиальной стенки глазницы справа.

Под наркозом с управляемой гипотонией произведена операция. Разрез по Денкеру от 1 до 6 зуба справа, отсепарованы ткани, обнажен грушевидный синус, бором снята ось грушевидного синуса. Рана расширена до клыковой ямки. В верхнемедиальном углу обнаружено образование округлой формы, белого цвета, плотной консистенции, неподвижное. Произведена частичная резекция образования с помощью пилы Шторц. Дополнительный разрез по Киллиану справа, подлежащие ткани отсепарованы, рассечена надкостница, бором вскрыта передняя стенка лобной пазухи справа, рана расширена. При ревизии обнаружено неподвижное образование, исходящее из клеток решетчатого лабиринта, деформирующее орбиту, медиальную и нижнюю ее стенки. Костной пилой образование распилено на части, удалено. При дальнейшей ревизии и удалении образования обнаружен дефект медиальной и нижней стенок орбиты и латеральной стенки носа. Титановой сеткой произведена пластика медиальной и нижней стенок глазницы. Гайморова пазуха рыхло тампонирована. Рана ушита наглухо, послойно. Передняя тампонада. Послеоперационное течение гладкое.

Патогистологический диагноз: В исследуемом материале фрагменты костной ткани с дистрофическими изменениями. Остеома.

Таким образом, наше клиническое наблюдение свидетельствует о том, что большое значение в диагностике остеом ОНП и прогнозировании объема хирургического вмешательства имеет компьютерная томография. Хи-

ургическое удаление больших остеоом целесообразно выполнять сочетанным методом.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бобров В.М. Два наблюдения обширной остеоомы лобной пазухи с прорастанием за ее пределы // Вестник оториноларингологии – 1999. – №5. – С. 56-57; 2. Боечко С.К., Климов З.Т., Боечко Д.С., Данилова Н.А. Гигантская остеоома лобной пазухи, прорастающая в орбиту и решетчатый лабиринт // Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 2006. – №1. – С. 63-65; 3. Кузьменко Е.Я., Долженко С.А., Кузьменко Д.Е. Гигантская остеоома обеих лобных пазух, глазницы и пазухи решетчатой кости слева // Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 2001. – №1. – С. 66-67; 4. Санжаровская Н.К. Остеомы околоносовых пазух // Росс. ринология, 1997. – №3. – С. 19-21; 5. Сергеев С.В., Козлов А.М. Тактика лечения остеоом околоносовых пазух // Российская ринология, 1994. Приложение №2. – С. 93-94; 6. Скопинцев В.А. Гигантская остеоома обеих лобных пазух и решетчатой кости слева // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1990. – №5. – С. 68-69.

#### Т Ы Ж Ы Р Ы М

#### МҰРЫН МАҢЫНЫҢ ОСТЕОМАСЫ (ПРАКТИКАДА КЕЗДЕСКЕН ЖАҒДАЙ)

*Т.Н. Бүркімбаева, А.М. Булдаков, Е.А. Андреюшкина-Абдельхадиди, А.Б. Сейтқұлов Алматы мемлекеттік дәрігерлердің білімін жетілдіру мемлекеттік институты, №5 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.*

Бұл мақалада көз орбитасының ұлғаюымен оң жақтан маңдай және жоғарғы жақ қуысының торлы лабиринт клеткаларының остеоомасы бар аруларды клиникалық қадағалау мысалдары берілген.

#### S U M M A R Y

#### OSTEOMA OF PARANASAL SINUS (CASE HISTORY)

*T.N. Burkutbayeva, A.M. Buldakov, Y.A. Andreyushkina-Abdelkhadi, A.B. Seitkulov Almaty State Extension Course Institute for Medical Practitioners, City Clinical Hospital No.5, Almaty c.*

This article describes an example of clinical observation of a patient with osteoma of ethmoidal labyrinth cells, frontal sinus and right maxillary sinus with pullulation into eyesocket.

#### ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ КАК ИНСТРУМЕНТ В ОБЕСПЕЧЕНИИ НАДЕЖНОСТИ РЕЗУЛЬТАТА

Э.С. УТЕГЕНОВА, Г.Е. НУСУПБАЕВА, З.Н. ТОХТАБАКИЕВА, Ж.А. БАЙЖУМАНОВА

*Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, г. Алматы*

**Д**остоверность и надежность проводимых лабораторных исследований являются основой диагностики инфекционных болезней. В то же время правильная лабораторная диагностика является залогом успеха лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий. Одним из критериев повышения качества лабораторной диагностики вирусных инфекций является участие вирусологических лабораторий в Программе Внешней Оценки Качества (далее – ПВОК) и внедрение системы внутреннего лабораторного контроля качества (далее – ВЛК). ПВОК направлена на выявление ошибок лабораторных методов, а ВЛК предназначен для выявления и устранения недопустимых случайных погрешностей на аналитическом этапе.

Обеспечение качества исследований состоит в разработке мер по предупреждению отрицательного влияния на качество лабораторных исследований факторов преаналитического этапа (нарушения при взятии материала, правильность маркировки, условия хранения, его своевременная доставка, удовлетворительное качество материала, соблюдение условий транспортировки в лабораторию образцов, первичная обработка), аналитического (нарушение правил аналитической процедуры, настройки прибора, приобретение и использование реагентов и других расходных материалов, не допущенных к использованию) и постаналитического этапов (неадекватная интерпретация результатов ис-

следования), способных помешать получению достоверного результата лабораторного исследования.

#### Материал и методы

Вирусологическая лаборатория Научно-практического центра санэпидэкспертизы и мониторинга (далее – НПЦСЭЭиМ) является Национальной референс-лабораторией (далее – НРЛ) и входит в лабораторную сеть Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) по полиомиелиту. Согласно требованиям ВОЗ Национальная лаборатория по полиомиелиту в каждой стране должна обеспечивать качество лабораторных исследований на энтеровирусные инфекции путем ежегодного участия в ПВОК, проводимой ВОЗ. НРЛ участвует в такой программе и ежегодно расшифровывает проф-панель по энтеровирусным инфекциям. Так, в 2011 году лаборатория в очередной раз доказала высокое качество лабораторных исследований, получив 100% расшифровку проб. Панель состояла из 5 образцов фекалий. При поступлении в лабораторию нативные пробы были обработаны следующим образом: в центрифужную пластиковую пробирку с 10 мл раствора Хенкса, 5 г стеклянных бус и 1/3 хлороформа добавили 2 г фекальной пробы. После тщательного встряхивания пробирку в течение 20-30 мин центрифугировали при 3000 об/мин Надосадочная жидкость (суспензия) с антибиотиками была взята в работу вирусологическим методом одновременно на 3 линии перевиваемых клеточных культур, выращивание которых проводилось на питательных средах с добавле-