

**УДК 616-02/576.8:313-312**

***Нарбаев., З.К. Касимов., К. Нарбаев., К.П. Нарбаев З.З.***

***Кафедра оториноларингологии***

***Андижанского медицинского института.***

## **ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ РАЗНОГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СИНУСИТА**

***Резюме:*** За последние десятилетия отмечен существенный прогресс в диагностике и лечении заболеваний дыхательных путей, в частности, различных форм синусита - патологии, которой страдает свыше 20% населения планеты.

Достижения в области иммунологии, генетики, результаты фундаментальных исследований приблизили исследователей к решению многих проблем, связанных с возникновением и развитием патологических изменений в тканях на клеточном, молекулярном уровне. Создание новых фармакологических препаратов, открытие более совершенных молекул антибиотиков позволило успешно бороться с различными видами инфекционных возбудителей.

Внедрение в практику микрохирургической техники, разработка малоинвазивных способов хирургического вмешательства, функциональной риносинусохирургии определили качественно новый подход к лечению синуситов.

***Ключевые слова:*** синусит, микрофлора, различной возраст, этиология, характеристика.

***Narbaev., Z.K. Kasimov., K. Narbaev., K.P. Narbaev Z.Z.***

***Department of Otorhinolaryngology***

***Andijan Medical Institute***

## **ETIOLOGICAL PROPERTIES OF MICROFLORA IN PATIENTS OF DIFFERENT AGES WITH VARIOUS FORMS OF SINUSITIS**

**Resume:** Over the past decades, significant progress has been noted in the diagnosis and treatment of respiratory tract diseases, in particular, various forms of sinusitis - a pathology that affects more than 20% of the world's population.

Achievements in the field of immunology, genetics, and the results of fundamental research have brought researchers closer to solving many problems associated with the emergence and development of pathological changes in tissues at the cellular, molecular level. The creation of new pharmacological drugs, the discovery of more advanced antibiotic molecules made it possible to successfully combat various types of infectious pathogens.

The introduction of microsurgical techniques into practice, the development of minimally invasive methods of surgical intervention, functional rhinosinus surgery have determined a qualitatively new approach to the treatment of sinusitis.

**Key words:** sinusitis, microflora, different age, etiology, characteristics.

**Актуальность.** Заболевания носа и околоносовых пазух являются, наиболее распространенной патологией среди оториноларингологических патологий и встречаются во всех возрастных группах (1,2,5). В оториноларингологических стационарах больные с хроническим синуситом составляют 15-30%.

Нередко установить истинную заболеваемость синуситами невозможно. Это объясняется тем, что в ряде случаев заболевание протекает бессимптомно, а также из-за несвоевременной обращаемости больных за помощью.

Ведущим этиологическим фактором синусита является микробный (2,6). В связи с этим, нами было проведено изучение микрофлоры патологического содержимого околоносовых пазух у больных различными формами гайморита. В литературе до настоящего времени приводится

разноречивые данные в отношении преобладания той или иной флоры у больных гайморитами. Данное явление, очевидно, связано с ограниченностью микробиологических исследований, которые проводятся в ряде случаев. В литературе мы не встречали работ, где авторы параллельно изучали патологическое содержимое околоносовых пазух, как на аэробную, так и на анаэробную флору, а также на наличие грибов. Вместе с тем, именно при таком изучении можно получить правильную информацию о характере микрофлоры пазух у больных гайморитами (1,4,5,6).

**Цель исследования.** Изучить особенности микрофлоры верхнечелюстной пазухи при различных формах воспаления.

**Материал и методы исследования.** Под нашем наблюдением находились 72 больных гнойно-атрофическим и 197 больных хроническим гнойным гайморитом. Этим больным проводили одновременное изучение анаэробной, аэробной и грибковой флоры.

**Результаты исследования.** При хроническом гноином гайморите преобладает рост бактериальной флоры в виде монокультуры, что наблюдается в 181 (91,5%) случаях, а в виде ассоциации лишь в 16 случаях. При этом преобладающей флорой оказался стафилококк, на втором месте стрептококк и на третьем кишечная палочка. Увеличение роста кишечной палочки в отделяемом из околоносовых пазух может служить прогностическим настораживающим признаком развития дисбактериоза и дальнейшее применение антибиотиков может привести к усилению дисбактериоза и способствовать грибковому суперинфицированию.

Несмотря на гноинно-воспалительный процесс, на 197 обследованных у 23 (11,9%) в посеве роста бактериальной флоры не получено. Отсутствие роста микрофлоры из пазухи у больных гноинным гайморитом многие авторы связывают с предшествующим лечением больных

антибиотиками, что вызывает гибель бактериальной флоры. Однако, по нашему мнению, одной из причин стерильных посевов из отделяемого пазухи является ограниченность применяемых микробиологических методов исследования, что и подтверждено нашими дальнейшими наблюдениями.

Представляет определенный интерес выяснение характера микрофлоры при гнойно-атрофическом и сравнение ее с таковой при хроническом гноином гайморитом. Из 72 обследованных больных гнойно-атрофическим гайморитом ни в одном случае не отмечено стерильного посева. Данное явление, видимо, связано с атрофическим процессом на слизистой оболочке, в результате которого нарушается бактерицидная активность слизистой оболочки, создаются благоприятные условия для ее роста и микрофлора становится обильной и активной.

При гнойно-атрофическом гайморите из 72 обследованных у 50 флора была представлена палочковидной флорой (негнойной палочкой, неидентифицированной палочкой, грамм положительными и грамм отрицательными палочками), а также протеем и клебсиеллами. Что касается кокковой флоры, то ее удельный вес при гнойно-атрофическом гайморите невысокий: из 72 случаев стафилококк высеян у 12 и стрептококк- у 8. Тогда как у больных с хроническим гноиным гайморитом преобладающей флорой оказалась кокковая 105 из 197. При этом преобладает стафилококковая флора у 77 из 197, а стрептококк- у 28. Одновременно нами отмечен большой удельный вес и палочковидной флоры у больных хроническим гайморитом.

При гнойно-атрофическом гайморите синегнойная палочка высеяна у 12 (16,5%), при хроническом гноином -только у 6 (3,1%). Эти данные указывают на значительную роль синегнойной палочки в патогенезе развития гноиного процесса при гнойно-атрофическом гайморите.

Таким образом, результаты изучения бактериальной флоры патологического отделяемого околоносовых пазух при гнойной форме свидетельствуют о преобладании стафилококка, а при гноино-атрофической форме гайморите доминирует рост синегнойной, грамм отрицательной палочек. Отмечается тенденция нарастания роли кишечной палочки и грамотрицательной палочки при обеих формах гайморите.

В последнее время отмечается учащение случаев роста анаэробной флоры в отделяемом околоносовых пазух у больных синуситами. Исходя из этого, нами параллельно проводилось изучение характера анаэробной флоры у 72 больных с гноино-атрофической и 197 больных гнойной формой гайморита.

Из 197 больных хроническим гноинм гайморитом у 36 (18,5%) в посеве отмечен рост анаэробной флоры. Обращает на себя внимание, что при хроническом гноином гайморите анаэробная флора чаще представлено кокковой флорой, анаэробная палочковидная флора выявлена у 16,0%. Из 36 больных , у которых получен рост анаэробной флоры, у 20 из них анаэробная флора было в ассоциации с аэробной.

У больных гноино-атрофической формой гайморита из 72 у 19 (26,5%) в посеве был получен рост анаэробной флоры. Из 19 случаев у 12 анаэробная флора была представлена палочковидными бактериями и в 7-ми случаях наблюдалось сочетание анаэробной с аэробной флоой.

Полученные нами данные подтверждают значимость анаэробной флоры в этиологии гайморита и указывают на целесообразность параллельного изучения характера микрофлоры околоносовых пазух как на аэробную, так и на анаэробную флору у подобного рода больных.

В последнее время возрастает роль грибковой флоры в этиологии воспалительного процесса околоносовых пазух. Во многих случаях уже на фоне хронически текущей бактериальной природы синуита грибковая флора присоединяется как вторичная инфекция.

Микологическое исследование патологического содержимого околоносовых пазух мы проводили у 308 больных. Результаты наших исследований показали, что из 308 больных синуситом в посеве патологического отделяемого пазухи у 63 в посеве имеется рост грибковой флоры. Следует отметить, что при острых процессах очень редко высевается грибковая флора, из хронических процессов чаще наблюдается рост грибковой флоры у больных с гнойным синуситом и гноино-атрофическим. У больных хроническим гнойным синуситом в посеве из околоносовых пазух получен рост грибковой флоры. При этом рост Кандида получен у 19, Пенициллиум-у 2 и Аспергиллюс- у 15. Из 45 чистый рост лишь грибковой флоры отмечен у 14 больных, а в остальных 31 случае наблюдалась грибково-бактериальная ассоциация как аэробной, так и анаэробной флорой. Из 72 больных гноино-атрофической формой синусита у 15 в посеве из пазухи получен рост грибковой флоры. При этом у всех больных отмечена грибково-бактериальная ассоциация.

Грибково-бактериальная ассоциация, в основном, встречалась у тех больных, длительность заболевания у которых превышала 10 лет. При этом течение синусита при грибково-бактериальной ассоциации было длительным, наблюдались частые рецидивы с ярко выраженными клиническими проявлениями синусита, они более трудно поддавались излечению, чем синуситы с чисто грибковой или бактериальной этиологией заболевания.

Микологическое исследование патологического содержимого околоносовых пазух мы проводили у 197 больных хроническим гнойным гайморитом, при этом у 36 (18,5%) в посеве из околоносовых пазух получен рост грибковой флоры. При этом рост Кандида получен у 19, Пенициллиум-у 2 и Аспергиллюс- у 15. Из 36 чистый рост лишь грибковой флоры отмечен у 11 больных, а в остальных 25 случае наблюдалась

грибково-бактериальная ассоциация как аэробной, так и анаэробной флорой.

Из 72 больных гнойно-атрофической формой гайморита у 15 (20,6%) в посеве из пазухи получен рост грибковой флоры. При этом у всех больных отмечена грибково-бактериальная ассоциация.

Грибково-бактериальная ассоциация, в основном, встречалась тех больных, длительность заболевания у которых превышала 10 лет. При этом течение гайморита при грибково-бактериальной ассоциации было длительным, наблюдались частые рецидивы с ярко выраженным клиническими проявлениями заболеваний, они более трудно поддавались излечению, чем гайморит с чисто грибковой или бактериальной этиологией заболевания.

Интересно отметить, что почти во всех случаях бактериальная флора, которая была в ассоциации с грибковой флорой, оказалась либо малочувствительной, либо вообще не чувствительной ко многим применяемым антибиотикам.

Обращает на себя внимание, что ассоциация различной микрофлоры (грибковой, анаэробной и аэробной) значительно чаще наблюдается при гнойно-атрофическом гайморите.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости изучения характера микрофлоры пазухи, с последующим определения их чувствительности к антибиотикам перед началом лечения.

**Вывод.** Большую бактериальную обсемененность и высокая ассоциация микрофлоры наблюдается при гнойно-атрофической форме гайморита

Большой удельный вес различной флоры в ассоциации, указывает на снижение защитных свойств слизистой оболочки у данной группы больных.

Бактериальная флора, которая была в ассоциации с грибковой флорой, оказалась либо малочувствительной, либо вообще не чувствительной ко многим применяемым антибиотикам.

Все эти данные дает основание на целенаправленное назначение эффективное лечения.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Козлов В.С., Державина Л.П. Носовой цикл. Рос. Ринол. 2001; 2; 109-110.
2. Рязанцев С.В., Науменко Н.Н., Захаров Г.П. Принципы этиопатогенитической терапии острых синуситов. Метод. рекоменд., Санкт-Петербург 2005; 39 стр.
3. Пальчун В.Т., Михалева Л.М., Гуров А.В., Мужичкова А.В. Особенности формирования хронического воспаления в верхнечелюстной пазухе. Вестн. Оторинолар. 2011. № 2. Стр.5-7.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М: "Миклаш." 2002. 390 стр.
5. Brook I. Bakterioloqi of chronic maxillary sinusitis in adults. Ann Otol Rhinol Laryngol 1989; 6; 426-428.
6. Corren J., Manniq B.E, Thomson S.F. Rhinitis therapy and prevention of hospital care for fstma: f case control study. Allergy Clin Immunol 2004: 4: 301-313.