

## ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ГАЙМОРИТА

**З.К.Норбоев, Халилов Х., К.П.Нарбаев**

Кафедра ЛОР болезней Андиганского медицинского института.

### ARTICLE INFO.

Цель исследования, Таким образом

### Annotatsiya

Актуальность проблемы:Болезни носа и околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией среди оториноларингологических патологии 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.

<http://www.gospodarkainnowacje.pl/> © 2023 LWAB.

Актуальность проблемы:Болезни носа и околоносовых пазух являются наиболее распространенной патологией среди оториноларингологических патологии 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 приводятся 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 нашим наблюдением находились 72 больных

гноино-атрофическим и 197 больных хроническим гнойным гайморитом. Этим больным проводили одновременное изучение анаэробной, аэробной и грибковой флоры. При хроническом гнойном гайморите превалирует 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 гноино-воспалительный процесс, на 197 обследованных у 23 (11,9% ) в посевах роста бактериальной флоры не получено. Отсутствие роста микрофлоры из пазухи у больных гнойным 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 гноино-атрофическом и сравнение ее с таковой при хроническом гнойном гайморитом. Из 72 обследованных больных гноино-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 гноино-атрофическом гайморите из 72 обследованных у 50 флора была представлена палочковидной флорой (негнойной палочкой, неидентифицированной палочкой, грамм положительными и грамм отрицательными палочками), а также протеом и клебсиеллами. Что касается кокковой флоры, то ее удельный вес при гноино-атрофическом гайморите невысокий: из 72 случаев стафилококк высеян у 12 и стрептококк- у 8. Тогда как у больных с хроническим гнойным 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 гноино-атрофическом гайморите синегнойная палочка высеяна у 12 (16,5%), при хроническом гнойном -только у 6 (3,1%). Эти данные указывают на значительную роль синегнойной палочки в патогенезе развития гноинового процесса при гноино-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 гнойным гайморитом у 36 (18,5%) в посеве отмечен рост анаэробной флоры. Обращает на себя внимание, что при хроническом гнойном 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 гнойно-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 флорой.

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 синусита 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 гнойно-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 гнойно-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 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 выраженными 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 характер микрофлоры пазухи, с последующим определением их чувствительности к антибиотикам перед началом лечения.

### **Выводы:**

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

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

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

4. Все эти данные дают основание на целенаправленное назначение эффективного лечения.

### **Литература**

1. Козлов В.С., Державина Л.П. Носовой цикл. Рос. Ринолог. 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. Bakteriologi 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 Clen Immunol 2004: 4: 301-313.