

МИКРОФЛОРА ГАЙМОРИТОВ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ НОСА И ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

У.Л. Лутфуллаев, Н.И. Сафарова, Н.А. Ким, Д.А. Мухтарова
Самаркандский государственный медицинский институт

В последнее время наметилась тенденция к увеличению заболеваний околоносовых пазух вследствие снижения местного и общего иммунитета, ухудшения экологической обстановки, развития антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов [3,4,6]. Это вызвано как поздней диагностикой, так и резистентностью микрофлоры к консервативному лечению. Причинами гайморитов могут быть ОРВИ, шипы, гребни и искривления перегородки носа, гипертрофия носовых раковин, гиперплазия слизистой оболочки или полипы и, наконец, различные опухоли. В гайморовых пазухах (ГП) вследствие закрытия естественного соустья возникает застой секрета слизистых желез, изменение pH, нарушение обмена веществ в слизистой оболочке, расстройство функции мерцательного эпителия, а также активация условно-патогенной микрофлоры [2].

Как правило, при наличии вышеуказанных факторов заболевание приобретает хроническое течение [5,8]. У больных гайморитами при доброкачественных опухолях полости носа (ПН) и ГП характер микрофлоры отличается от микробного пейзажа при первичных гайморитах. Кроме того, состав микрофлоры претерпевает изменения по мере роста опухоли в связи с постепенной obturацией естественных соустьев ОНП [1,6,7]. Все вышесказанное диктует необходимость изучения микрофлоры при гайморитах у больных с доброкачественными опухолями ПН и ГП.

Цель исследования

Изучение особенностей микрофлоры больных хроническими

гайморитами при доброкачественных опухолях ПН и ГП в зависимости от вида инфекционного агента и распространения опухоли.

Материал и методы

В ЛОР-отделении клиники СамГосМИ в 2013-2015 гг. на обследовании находились 38 больных гайморитами при доброкачественных опухолях ПН и ГП в возрасте от 11 до 60 лет и старше, из них 22 (57,9%) лица мужского и 16 (42,1%) женского пола. Всем больным проведено бактериологическое исследование. Материал для анализа брали во время диагностической пункции и зондирования соустья ГП, а также интраоперационно.

Результаты и обсуждение

Локализация доброкачественных опухолей в ГП обнаружена у 11 (28,9%) больных, в ПН – у 6 (15,8%), в ПН с прорастанием в ГП – у 21 (55,3%). I стадия распространения опухоли диагностирована у 3 (10,7%) обследованных, II стадия – у 6 (21,4%), III стадия – у 19 (67,8%), то есть при поступлении подавляющее большинство больных имели III стадию распространения опухоли. Во всех возрастных группах чаще встречались папилломы (43,3%) и гемангиомы (36,6%), реже наблюдались аденомы (13,2%) и остеомы (6,9%).

Положительный результат бактериологического исследования получен у 23 (60,5%) больных.

Данные изучения видового состава микрофлоры больных гайморитами при доброкачественных новообразованиях ПН и ГП и сопоставления его со степенью распространения опухоли представлены в таблице.

Таблица

Состав микрофлоры, выделенной в монокультуре, у больных с различными стадиями распространения опухолевого процесса

Выделенная культура	I степень	II степень	III степень
<i>Haemophilus influenzae</i>	1	-	-
<i>Staph. aureus</i>	-	1	1
<i>Staph. epidermidis</i>	-	1	2
<i>Str. pyogenes</i>	-	2	2
<i>E. coli</i>	-	1	1
<i>Proteus vulgaris</i>	-	-	2
<i>Klebsiella</i>	-	-	1
<i>Enterococcus</i>	-	-	2
<i>Pseudomonas auruginosa</i>	-	-	1
<i>Candida albicans</i>	1	1	2
<i>Actinomyces</i>	-	-	2
<i>Bacteroides</i>	-	2	9
<i>Fusobacterium</i>	1	2	7
<i>Peptococcus</i>	-	-	5

Так, при I степени распространения состав микрофлоры ограничивался *Haemophilus influenzae* (4,3%). К тому же нужно учесть и то, что это наиболее малочисленная группа среди обследованных нами пациентов с доброкачественными опухолями ПН и ГП.

При II степени распространения опухоли также преобладала аэробная флора – стафилококки (*Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*) и *Str. pyogenes* – у 2 (8,7%) больных; у 4 (17,3%) пациентов высеяна анаэробная флора, у 3 (13 %) – ассоциации *Staph. epidermidis* с грибами рода *Candida* (2; 1,9%). Большим разнообразием микрофлора отличалась у больных с III степенью распространения опухоли. Так, у них были выделены следующие культуры аэробов: *Staph. aureus* – у 4 (17,3%), *Staph. epidermidis*, *Str. pyogenes*, *E.coli*, *Klebsiella*, *Proteus vulgaris* – у 2 (8,7%), *Enterococcus* – у 1 (4,3%), грибы рода *Candida* и *Actinomyces* – по 2 (17,3%). Анаэробы, представленные *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptococcus*, в среднем встречались по 30,4%. Часто выявлялись

ассоциации микроорганизмов (21,7%), представленные различными сочетаниями грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов с анаэробами и грибами

Таким образом, можно констатировать тот факт, что у больных гайморитами при доброкачественных опухолях ПН и ГП преобладает анаэробная флора, устойчивая к широко используемым в ЛОР-практике антибактериальным препаратам, а также грибки. Высеваемость анаэробов, грибков и ассоциаций микроорганизмов увеличивается по мере роста и распространения опухоли. Перечисленные особенности связаны с многократно проводимыми курсами антибиотикотерапии, а также с возрастающим нарушением проходимости естественных соустьев и стадиями распространения новообразования.

Литература

1. Антонив В.Ф., Попадюк В.И., Антонив Т.В. Надежность и достоверность научной информации в оториноларингологии: Материалы 4-й

Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2005. – С. 23-27.

2. Антонив В.Ф., Ришко Н.М., Попадюк В.И. и др. Клиническая классификация доброкачественных опухолей ЛОР-органов // Вестн. оториноларингол. – 2001. – №4. – С. 24-28.

3. Богомилский М.Р. Острые синуситы у детей и их рациональная терапия // Ринология. – 2002. – №3. – С. 41-48.

4. Хасанов С.А. Современные аспекты диагностики и лечения параназальных синуситов у детей // Материалы 2-го съезда оториноларингологов Узбекистана // Стоматология. – 2005. – №1-2. – С. 86-87.

5. Baradaranfar M.H., Dabirmoghaddam P. Endoscopic endonasal surgery for resection of benign sinonasal tumors: experience with 105 patients // Arch. Iran Med. – 2006. – Vol. 9, №3. – P. 244-249.

6. Busaba N.Y., de Oliveira L.V., Kieff D.L. Correlation between preoperative clinical diagnosis and histopathological findings in patients with rhinosinusitis // Amer. J. Rhinol. – 2005. – Vol. 19, №2. – P. 153-157.

7. Cho H.J., Kim J.K., Kim K. et al. Endoscopic surgery for inverted papilloma originating from the sphenoid sinus and related clinical characteristics // Acta Otolaryngol. – 2008. – Vol. 128, №10. – P. 1120-1125.

8. Hauptman G., Ryan M. W. // Otolaryngol Head Surg. – 2007. – Vol. 137, №5. – P. 815.

РЕЗЮМЕ

У больных гайморитами при доброкачественных опухолях полости носа и гайморовой пазухи состав микрофлоры отличается от таковой при первичных гайморитах: высеваемость анаэробов, грибков и ассоциаций микроорганизмов увеличивается по мере роста и распространения опухоли.

SYMMARY

In patients with antritis in innocent tumors of the nasal cavity and sinus maxillaris composition of microflora is different from the primary sinusitis: the extent of the isolation of anaerobes, fungi and microorganisms associations increases with the growth and spread of tumors.

УДК: 616.211-002.27-085

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАДИЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ АТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

Д.Э. Пардаев

Ташкентский институт усовершенствования врачей

Одно из заболеваний, связанных с развитием инволюционных процессов, – простой атрофический ринит – хроническое разлитое заболевание носа, характеризующееся атрофией (субатрофией) слизистой оболочки полости носа и лишь иногда сопровождающееся также атрофией костного скелета носовых раковин [4].

Хронический атрофический ринит относится к патологическим атрофиям, которые отличаются от физиологических (например, старческая атрофия сетчатки глаза, обонятельного нерва и т.п.)

наличием способствующего патологического процесса и определенными качественными особенностями [5].

Патологоанатомические изменения слизистой оболочки носа при атрофическом рините проявляются уменьшением объема и количества всех ее элементов (желез, вегетативных и чувствительных нервных волокон, в том числе обонятельных). Исчезают реснички, цилиндрический реснитчатый эпителий метаплазирует в плоский эпителий, истончаются и теряют