

*Рыбак Н.А., *Рыбак Р.Ф., Соколова Т.Н.*

МИКРОБИОЦЕНОЗ НЕБНЫХ МИНДАЛИН ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
*УЗ «Гродненская областная клиническая больница»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Предпосылками к возникновению и развитию ХТ являются анатомо-топографические и гистологические особенности миндалин, наличие условий вегетирования в их лакунах микрофлоры, нарушение биологических процессов и защитно-приспособительных механизмов в миндалинковой ткани [1, 2, 4]. Основными возбудителями ХТ являются различные представители патогенной микрофлоры, некоторые вирусы и грибы. Дисбиоз верхних дыхательных путей и морфологическая перестройка лимфоидной ткани в результате нарушения процесса самоочищения лакун миндалин, способствующего размножению микроорганизмов, также ведут к развитию ХТ [3]. Возникновению и развитию ХТ способствуют постоянное аутоинфицирование из хронических очагов инфекции (кариозные зубы, хроническая инфекция носа и пазух и др.). ХТ часто является причиной так называемых тонзиллогенных заболеваний, приводящих к длительному нарушению здоровья и инвалидизации. В связи с этим совершенствование диагностики и лечения ХТ является актуальной проблемой в настоящее время [3,5].

Цель исследования – провести сравнительный анализ микробиоценоза из зевной поверхности и глубоких отделов лакун небных миндалин у пациентов с декомпенсированной формой ХТ.

Материал и методы. Исследование проводилось у 87 пациентов с ХТ в возрасте от 18 до 62 лет, подвергнутых тонзилэктомии на базе оториноларингологического гнойного отделения для взрослых УЗ «Гродненская областная клиническая больница» в 2011-2012 гг. Женщины составили 58,6% (51), мужчины, соответственно, 41,4% (36). Жители города (81,6%) значительно преобладали над жителями села (18,4%). Средний возраст пациентов составил $33,6 \pm 5,7$ года, из них в возрастной группе 18-25 лет – 24 чел. (27,6%), 26–40 лет – 40 (46%), старше 41 года – 23 (26,4%) пациента. Длительность болезни у большинства пациентов была до 5 лет (71,3%), от 6 до 10 лет – 21,8%, более 10 лет – 6,9%. Регистрация сопутствующей патологии, классически ассоциированной с ХТ, была следующей: артропатия – 41,4%, нефропатия – 15,0%, кардиопатия – 18,4%, хронический паратонзиллит – 5,7% пациентов.

До поступления в стационар пациенты неоднократно проходили курсы консервативной терапии с проведением санации полости рта (курсы антибактериальной терапии, физиотерапии с промыванием лакун небных миндалин антисептиками, санация полости рта).

Всем пациентам в день поступления было проведено стандартное оториноларингологическое обследование. На следующий день утром всем пациентам под местным обезболиванием Sol. Novocaini 1% была выполнена классическая двусторонняя тонзилэктомия. Непосредственно в операционной у всех 87 пациентов в стерильных условиях был взят посев из зевной поверхности небных миндалин на флору и чувствительность к антибиотикам. На конечном этапе операции в обязательном порядке посев был продублирован, но уже из глубины лакун удаленных небных миндалин через дополнительный разрез макропрепарата со стороны капсулы миндалин. Выделение и идентификация возбудителя производились на микробиологическом анализаторе «Vitec» (США). Бактериологическое исследование проводилось для обнаружения аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов.

Результаты. У 87 пациентов с декомпенсированной формой ХТ выделены 39 разных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов.

Сравнительный анализ микроорганизмов, выделенных от пациентов с ХТ, заключался в дифференцировке монокультур, микст-культур, патогенной и условно-патогенной микрофлоры, полученной от пациентов до и после тонзилэктомии.

Результаты этиологического анализа микробиоценоза миндалин, проведенного до операции, показали, что *S.aureus* был выделен у 38 (43,67%) пациентов с ХТ. При этом в монокультуре он выделен у 16,1% пациентов, в ассоциации с другими микроорганизмами – у 27,6%. *S.pneumoniae* выделен у 7 (8,0%) пациентов, из них в монокультуре – у 3,5%, в ассоциации с другими микроорганизмами – у 4,6%. Условно-патогенная флора выделена до операции у 42 (48,3%) пациентов, из них в монокультуре – у 22 (25,3%), в миксте – 23,0%.

Этиологический анализ микроорганизмов, выделенных из небных миндалин у пациентов после тонзилэктомии, выявил различия. *S.aureus* выделен после операции у 49 пациентов (56,3%), из них в монокультуре – 16,1%, в ассоциации с другими микроорганизмами – 40,2%. *S.pneumoniae* был выделен после операции у 8 (9,1%) пациентов, из них в монокультуре у 2,3%, в миксте – у 6,9%. Условно-патогенная флора выделена после операции у 30 (34,5%) пациентов, из них в монокультуре – у 14 (16,1%), в миксте – у 16 (18,4%) пациентов.

Грибы рода *Candida* выделены до операции у 19 (21,8%) пациентов, при чем в качестве моновозбудителя – в одном случае (1,14%), микст – у

20,7%, а после операции исключительно только в качестве микст-возбудителя – у 10 (11,5%) пациентов.

Обращало на себя внимание отсутствие среди микроорганизмов «классического» этиологического агента, каким является при ХТ гемолитический стрептококк. Вероятнее всего, данный факт можно объяснить ролью данного микроорганизма в этиологии ангин и ХТ на начальной стадии инфекции и низкой устойчивостью его по отношению к применяемым как до, так и после операции антисептикам и антибиотикам. С другой стороны, его отсутствие свидетельствует в пользу других этиологических агентов в пролонгировании воспалительного процесса в миндалинах при развитии декомпенсированного ХТ.

Особое внимание из условно-патогенной флоры было обращено на *Granulicatella adiacens*, которая обнаружена до операции у 6 из 42 (14,3%) пациентов с наличием условно-патогенной микрофлоры. При этом в качестве моновозбудителя *Granulicatella adiacens* выделена у 13,6% пациентов до операции и у 26,7% после операции. Данный возбудитель преимущественно встречался у женщин старше 40 лет, страдающих ХТ с поражением суставов.

В посевах до операции количество микробных тел в основном было представлено показателем – 10^3 , значительно реже – 10^4 степени и в единичных случаях 10^5 и 10^6 степени.

В посевах из макропрепаратов после операции количество микробных тел в основном было представлено показателем 10^3 , значительно реже – 10^4 степени. Однако в данной подгруппе значительно возросло количество показателей 10^6 степени.

Заключение. Таким образом, результаты исследований установили значительные различия в микробном спектре микроорганизмов, выделенных у пациентов с ХТ с небных миндалин до и после операции. Частота совпадений и различий микробного пейзажа, представленного различными микроорганизмами до и после операции, выглядит следующим образом: по *S.aureus* – полное совпадение – у 10 (18,5%) пациентов, неполное совпадение у 26 (48,2%), несовпадение – у 18 пациентов (33,3%). Схожая картина отмечена по *S.pneumoniae*: полное совпадение только в 1 (1,2%) случае, неполное совпадение в 4 (4,6%) случаях и несовпадение – в 9 (10,3%) случаях. По условно патогенной микрофлоре полное и неполное совпадение наблюдалось с одинаковой частотой по 10 случаев (11,5%), несовпадение – в 7 (8,0%) случаях.

Установленные значительные различия микробного спектра у пациентов с ХТ требуют пересмотра протокола диагностики, в частности, изменения методики бактериологического исследования миндалин, проводимых у пациентов с ХТ. Повышение качества бактериологической диагностики будет способствовать проведению

более адекватной (этиологически более обоснованной) антибактериальной терапии ХТ.

Литературные ссылки

1. Пальчун, В.Т. Лечебно-диагностические подходы к проблеме хронического тонзиллита В.Т. Пальчун, Т.С. Полякова, О.Н. Романова / Вестник оториноларингологии. – 2001. – №1. – С.4-7.
2. Бартон Мартин. Болезни уха, горла и носа // Краткое руководство для врачей и студентов. – М : Бином, 2002.
3. Преображенский, Б.С. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания/ Б.С. Преображенский, Г.Н. Попова – М : Медицина, 1970.
4. Фанта, И.В. Эпидемиология ЛОР-заболеваемости в Санкт-Петербурге //Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – №1. – С.76-78.
5. Плужников, М.С. Хронический тонзиллит. Клиника и иммунологические аспекты / М.С.Плужников, Г.В.Лавренова, М.Я. Левин, П.Г. Назаров, К.А. Никитин. – СПб. : Диалог, 2005.

*Светогор Т.Н.¹, Коломиец Н.Д.², Высоцкая В.С.³, Левшина Н.Н.¹,
Тихон А.К.¹, Бойко Т.В.¹*

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ГЕПАТИТА В В ЗАКРЫТОМ ДЕТСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ПСИХОФИЗИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ

¹ ГУ «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии»,

² ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», ³ Центр гигиены и эпидемиологии Московского района,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. По состоянию на 01.01.2012 г. на диспансерном учёте в организациях здравоохранения города состояло 11 965 пациентов с парентеральными вирусными гепатитами (ПВГ), показатель болезненности составил 636,57 сл. на 100 тысяч населения, что характеризует инфекцию как широкораспространённую среди населения г. Минска. В 2011 г. соотношение острых и хронических форм гепатита на территории города составило 1:18, в т.ч. для гепатита В – 1:6, для гепатита С – 1:32. При этом 1/3 от всех зарегистрированных случаев ПВГ составили бессимптомные формы хронической инфекции.