



616.284-002.1:616-053.2

МИКРОБИОЦЕНОЗ НОСОГЛОТКИ У ДЕТЕЙ ПРИ АДЕНОИДНЫХ ВЕГЕТАЦИЯХ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ЭКССУДАТИВНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. И. Извин¹, Н. Е. Кузнецова²

MICROBIOCAENOSIS NASOPHARYNX IN CHILDREN WITH ADENOID VEGETATIONS ASSOCIATED WITH EXUDATIVE OTITIS MEDIA

А. I. Izvin, N. E. Kuznetsova

¹ ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

(Ректор — проф. Д. А. Кашуба)

² ГЛПУ ТО ОКБ № 2, г. Тюмень

(Главный врач — Н. А. Сливкина)

Среди хронических заболеваний лимфоэпителиального кольца глотки особое место занимает патология глоточной миндалины, которая, являясь форпостом защитной реакции организма, воспринимает на себя влияние патогенных агентов. Изменения аденоидных вегетаций могут выражаться в увеличении их размера (гипертрофия) и/или воспаления (аденоидит). Развитие воспаления в глоточной миндалине может быть связано как с количеством бактериальной обсемененности и аллергенов, так и с микотической сенсibilизацией.

Ключевые слова: микрофлора, экссудативный средний отит, лимфоэпителиальное кольцо, радиоволновая эндоскопическая аденотомия.

Библиография: 5 литературных источников.

Among the chronic diseases limfoepithelialnogo ring occupies a special place Pathology pharyngeal tonsil, which, as an outpost of the protective reaction of the body, takes over the effect of pathogenic agents. Changes adenoid vegetations can be expressed in increasing their size (hypertrophy) and/or inflammation (adenoids). It is known that the development of inflammation of adenoid vegetations may be associated with the amount of bacterial contamination and allergens, and with mycotic contamination.

Key words: microflora, exudative an average otitis, limphoepithelial a ring, radio wave endoscopic adenotomy.

Bibliography: 5 sources.

Гипертрофия глоточной миндалины (ГлМ) в большинстве своем (75%) возникает у детей в возрасте от 3 до 10 лет и причины ее разнообразны. Чаще всего в ее основе лежит инфекция, внедряющаяся извне или быстрый рост аденоидов провоцируют детские инфекции [1]. Наиболее значимыми возбудителями острых и хронических заболеваний глотки у детей является бактериальная флора, к которой относятся: *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, В-гемолитический стрептококк группы А. Однако в настоящее время, помимо бактериальной флоры, возрастает роль грибково-бактериальной ассоциации [4, 5]. Принимая во внимание ведущее значение патологии носоглотки в развитии экссудативного среднего отита у детей лечебная тактика этих двух сопряженных заболеваний должна быть этиопатогенетической и базироваться на выявлении возбудителя инфекционного очага, определения чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам, проведения оперативного лечения с последующей противовоспалительной терапией с учетом чувствительности микрофлоры [3, 4].

Цель исследования. Изучить вид и характер микрофлоры у детей при аденоидных разрастаниях, сопряженных с экссудативным средним отитом (ЭСО).

Распределение детей по полу и возрасту

Возраст	Девочки	Мальчики	Всего,%
2–5	13	21	34 (35,8%)
5–7	18	22	40 (42,2%)
7–11	6	10	16 (16,8%)
старше 12 лет	2	3	5 (5,2%)
Всего	39 (41%)	56 (59%)	95 (100%)

Пациенты и методы. Объектом исследования явились 95 детей с гипертрофией глоточной миндалины, у которых это заболевание было сопряжено с ЭСО. Все дети были госпитализированы в детское оториноларингологическое отделение ГЛПУ ТО ОКБ № 2 г. Тюмени в 2010 году для оперативного лечения аденоидных вегетаций с помощью радиоволновой эндоскопической аденотомии (табл.).

Данные, представленные в таблице свидетельствуют, что мальчиков было 56 человек, девочек – 29. В возрастном аспекте дети распределились следующим образом: от 1 года до 5 лет – 34 ребенка, 5–7 лет – 40 детей, 7–11 лет – 16, старше 12 лет – 5.

Изучение характера микробной флоры производили по общепринятой унифицированной методике, утвержденной приказом МЗ СССР № 525 от 22 апреля 1985 года «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждениях». Забор материала осуществляли стерильным марлевым тампоном из операционной раны во время выполнения радиоволновой эндоскопической аденотомии. Посевы осуществляли на среду Сабуро, сахарный бульон и кровяной агар [1]. Выделенные микроорганизмы идентифицировали и определяли чувствительность их к антибиотикам методом диффузии в агаре с применением стандартных бумажных дисков. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам оценивали по величине задержки роста.

Результаты

При бактериологическом исследовании в 85 (89,5%) случаях выделена различная по характеру флора, при этом в 58 (68,4%) – выявлена монофлора, а в 27 (31,6%) – полифлора, в 10 (10,5%) – патогенной микрофлоры не обнаружено. (рис. 1, 2)

Наиболее частыми представителями монофлоры являлись различные энтерококки – в 29 (34,1%) случаях: *E. faecalis*, *E. faecium*, *E. coli*, *E. cloacae*, стрептококки в 14 (16,4%), высевах, *Staphylococcus aureus* – в 12 (14,1%) исследованиях и грибы рода *Candida albicans* – у 3 (3,5%) детей. (рис. 3)

Среди полиморфной флоры на первом месте обнаружен *Staphylococcus aureus* в ассоциации с энтерококками – в 18 (66,6%) случаях, *Streptococcus haemoliticus* в ассоциации с энтеробактериями в 6 (22,3%) наблюдениях, *Candida albicans* в сочетании с золотистым стафилококком в 2 (7,4%) случаях, другие виды бактерий в 1 (3,7%) случае(рис.4).

На первом месте по чувствительности микрофлоры занимали «защищенные» пенициллины; второе место – аминогликозидные антибиотики и на третьем месте – цефалоспорины. Чувствительность дрожжеподобных грибов рода *Candida* определялась к препаратам азольной группы[2].

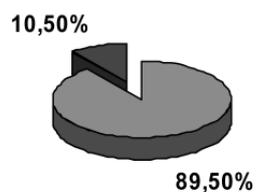


Рис. 1

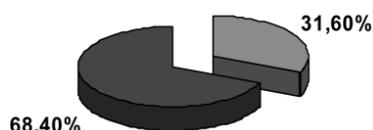
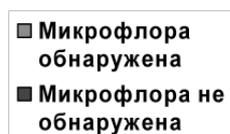
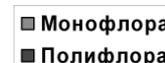


Рис. 2



Микрофлора аденоидных вегетаций при ЭСО

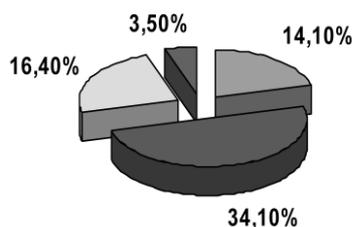


Рис. 3. Характер микрофлоры.

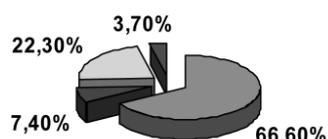
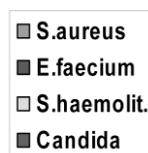
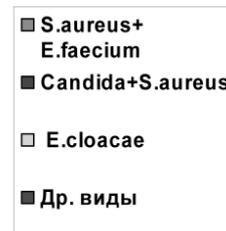


Рис. 4. Характеристика микрофлоры.



В этой связи в послеоперационном периоде всем детям в целях санации инфекционного очага и для предупреждения рецидива экссудативного среднего отита проводились курсы антибактериальной и антимикотической терапии с учетом их результата бактериологического обследования.

Выводы

1. Микрофлора носоглотки у детей с аденоидными вегетациями имеет выраженный полиморфный характер с преимущественным преобладанием стафило-энтерококковой ассоциации.
2. Выявленная различная патогенная микрофлора и продукты ее жизнедеятельности оказывают существенное влияние на возникновение, рецидивирование и хронизацию воспалительного процесса глоточной миндалины и поддерживают патологическое состояние полости среднего уха.
3. Результаты бактериологического исследования с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам позволяют провести санацию очага инфекции в среднем ухе и в последующем предупредить рецидивы экссудативного среднего отита у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И., Накатис Я. А. Клиническая оториноларингология: СПб., Гиппократ, 2005. 800 с.
2. Блоцкий А. А., Карпищенко С. А., Катинас Е. Б. Грибковые заболевания ЛОР-органов. Благовещенск – СПб., 2010. – 69 с.
3. Доценко Д. В., Еловииков А. М. Лечение экссудативного среднего отита в детском оториноларингологическом стационаре // Рос. оторинолар., Приложение № 1. – 2010. – С. 109.
4. Кунельская В. Я., Мачулин А. И., Харитоновна Е. А. Применение антимикотиков в лечении воспалительных заболеваний глотки в детском возрасте // Там же. С. 154–155.
5. Тец В.В. Микроорганизмы и антибиотики. Инфекции в оториноларингологии. СПб.: КЛЕТЭ, 2009.49с.

Извин Александр Иванович – докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой оториноларингологии ТюмГМА, 625023, г. Тюмень ул. Одесская 54, тел 8(3452) 749636 e-mail tgma@tyumsma.ru; **Кузнецова** Надежда Ефимовна – зав. детским ЛОР отделением ГЛПУ ТО ОКБ №2. 625023, г. Тюмень ул.Мельникайте 75, тел. 8(3452) 287047.