

13. Morgan RA, Ellul JPM, Denton ERE, Glynos M, Mason RC, Adam A. Malignant esophageal fistulas and perforations: management with plastic covered metallic endoprosthesis. *Radiology* 1997; 204: 527-32.
14. Celestin LR. Permanent intubation in inoperative cancer of the esophagus and cardia. *Ann K Cell Surg End* 1959; 25: 165-70.

УДК 612.015.31

© М.В. Фомина, О.В. Кван, А.В. Быков, 2013

М.В. Фомина, О.В. Кван, А.В. Быков

НОВЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СИНУСИТОВ

ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный университет», г. Оренбург

В работе представлены результаты комплексного лечения детей, больных острым и хроническим синуситом, с использованием споробактерина. Полученные данные исследования функционального состояния слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, видового состава микрофлоры полости носа, микробиоза кишечника до и после лечения споробактерином наглядно демонстрируют эффективность лечения по сравнению с традиционным способом лечения с использованием антибиотиков.

Ключевые слова: синусит, дети, лечение, споробактерин.

M.V. Fomina, O.V. Kvan, A.V. Bikov

A NEW APPROACH TO ANTIBACTERIAL THERAPY OF SINUSITIS

The work presents the results of complex treatment of children with acute and chronic sinusitis with the use of sporobacterin. The received data of the research of a functional condition of nasal cavity mucous membrane and paranasal sinuses, specific structure of microflora of nasal cavity, intestinal microbiocenosis before and after treatment with sporobacterin show efficacy of treatment in comparison with traditional treatment with the use of antibiotics.

Key words: sinusitis, children, treatment, sporobacterin.

В настоящее время дети, больные синуситами, составляют 29-30% от числа госпитализированных в детские ЛОР-отделения [1]. Многочисленные методы лечения синуситов у детей, существующие на сегодняшний день, недостаточно эффективны. Наблюдаются затягивание сроков лечения, частые рецидивы заболевания, нередко развиваются аллергические реакции на принимаемые лекарственные средства и дисбактериоз кишечника, что особенно актуально для детского возраста. Наряду с этим избыточное, а часто необоснованное назначение антибиотиков в детской практике с симптомами вирусной инфекции способствует росту резистентности различных бактерий.

Целью нашего исследования была оценка лечебного эффекта препарата споробактерина в лечении острых и хронических синуситов у детей.

Материал и методы

Споробактерин является отечественным пробиотиком из рода *Bac. Subtilis*, обладающим наибольшей антибактериальной активностью. Споробактерин продуцирует антибиотик широкого спектра действия, подавляющий рост 34 штаммов стафилококка, 11 штаммов стрептококка, 7 штаммов дизентерийной палочки, дрожжевой грибок [2,6]. Немаловажно то, что рост сапрофитов, в том числе и нормальной микрофлоры кишечника, не угнетается споробактерином. Препарат обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным и умеренным десенсибилизирующим действиями [3,4,5].

Нами проведено лечение и обследование 120 детей, больных синуситами. Возраст наблюдаемых детей колебался от 3 до 15 лет. Мальчиков было 63 (52,5%), девочек – 57 (47,5%). Острое течение заболевания диагностировано у 60 (50%), хронический синусит в периоде обострения – у 60 (50%) больных.

Всем больным до и после лечения проводилось общеклиническое и оториноларингологическое обследование: выявление жалоб и анамнеза заболевания, анкетирование родителей, эндоскопия ЛОР-органов, рентгенографическое исследование носа и околоносовых пазух, общий анализ крови и мочи.

Исследовалась дыхательная, обонятельная, калориферная, транспортная функции слизистой оболочки полости носа, определялась концентрации ионов водорода носового секрета (pH). Наряду с этим проводились цитологическое исследование мазков-отпечатков слизистой оболочки полости носа, бактериологическое исследование отделяемого из носа, околоносовых пазух и определение состояния микробиоценоза кишечника.

Результаты и обсуждение

Все пациенты были разделены на 4 репрезентативные группы в зависимости от вида использованного для лечения антибактериального препарата (споробактерин или антибиотик). Первую группу составили дети (40 человек) с острым течением синусита, которые в качестве антибактериального препарата получали споробактерин по 1 мл через рот 2 раза в день за 20-30 минут до еды в течение 8-10 дней. Во вторую группу вошли дети (20

человек), больные острым синуситом, которым вводили внутримышечно полусинтетические антибиотики пенициллинового ряда в возрастных дозировках, в третью – дети (40 человек) с хроническим течением синусита в периоде обострения, которые получали споробактерин по 1 мл через рот 2 раза в день за 20-30 минут до еды в течение 10 дней, в четвертую – 20 детей с обострением хронического синусита, получавшие парентерально полусинтетические антибиотики пенициллинового ряда. В дополнение к указанным средствам всем больным назначались общепринятые деконгестанты, антигистаминные препараты, физиолечение. По показаниям выполнялись лечебно-диагностические пункции верхнечелюстных пазух и использовался метод «перемещения» по Проетцу.

Эффективность проводимого лечения больных синуситами оценивали в ближайшие (непосредственно после окончания курса лечения) и отдаленные (через 1 год) сроки на основании данных общеклинического обследования, функциональных, лабораторных и бактериологических исследований. Полученные результаты были обработаны статистически.

С учетом клинических данных и данных рентгенографии околоносовых пазух по распространенности воспалительного процесса двусторонний гайморит диагностирован у 44(36,7%) больных, односторонний гайморит – у 48(40%), гайморозтмоидит – у 20(16,7%), фронтоттмоидит – у 7(5,8%) и пансинусит – у 1(0,8%) больного.

При анализе результатов исследования микрофлоры носа и околоносовых пазух в большинстве наблюдений у обследуемых больных высевался стафилококк от 55% (II, IV группы) до 65% (III группа). Высеваемость *Staphylococcus aureus* колебалась от 15 (IV группа) до 32,5% (III группа) больных. Условно-патогенная флора была представлена *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Staphylococcus mitis*, *Staphylococcus hyicus*, *Klebsiella*, *Citrobacter*, *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Streptococcus haemolyticus*, *Enterobacter*, *Candida*.

При исследовании микробиоценоза кишечника нами выявлены нарушения в качественном и количественном составе микрофлоры кишечника у разных групп больных от 80 (I группа) до 85% (III группа).

После окончания традиционного и разработанного лечения у всех 4 наблюдаемых групп больных прослежены ближайшие результаты лечения. Оценка эффективности ле-

чения проводилась по данным общеклинического обследования, результатов лабораторных, функциональных и бактериологических методов исследования и учитывалась в процентах.

После лечения у наблюдаемых больных улучшилось общее состояние, изменился качественный и количественный состав жалоб, исчезли или уменьшились признаки общей интоксикации, причем наиболее лучшие результаты наблюдались у больных первой и третьей групп, которым проводилось лечение с применением споробактерина.

Клиническое улучшение у больных обследуемых групп сочеталось с соответствующей риноскопической картиной. Уменьшились отек, гиперемия слизистой оболочки полости носа, носовые ходы стали свободными, слизисто-гнойное содержимое в них отсутствовало.

В мазках-отпечатках слизистой оболочки носа значительно уменьшилось количество нейтрофильных лейкоцитов, лимфоцитов. Нормализовался клинический анализ крови (исключение 2 больных четвертой группы).

В ближайшие сроки после лечения у наблюдаемых больных имелась тенденция к снижению высеваемости микробной флоры из полости носа. Бактериальное обсеменение слизистой оболочки полости носа патогенным стафилококком уменьшилось у четырех групп больных соответственно на 60%, 55%, 60% и 50%. У 6 больных первой группы и у 1 больного третьей группы в слизистой полости носа обнаружена *Bac.subtilis*. Что касается микробиоценоза кишечника, то необходимо выделить положительное влияние споробактерина в первой и третьей группах больных в виде снижения содержания условно-патогенной микрофлоры, эшерихий со слабовыраженными ферментативными и гемолитическими свойствами и увеличения количества нормальной бифидофлоры.

В то же время у больных второй и четвертой групп, получавших в составе комплексной терапии антибиотики, в ближайшие сроки после лечения нарастали явления дисбактериоза. Это проявилось увеличением числа детей, у которых выделена *E. coli* с гемолитическими и слабоферментирующими свойствами, а также повышением содержания условно-патогенной флоры.

Наряду с этим у 10% пациентов из второй группы и у 5% четвертой группы возникли аллергические реакции на антибиотики, что явилось причиной смены лекарственного препарата.

При анализе числа пункций верхнечелюстных пазух, выполненных больным сравнимых групп (первая со второй; третья с четвертой), оказалось, что каждому больному из первой и третьей групп, которые получали споробактерин, произведено на 33,3% и 25% меньше пункций, чем больным из второй и четвертой групп, получавших антибиотики.

Длительность пребывания в стационаре больных первой группы составляла $9,1 \pm 0,5$ койко-дня, что достоверно меньше времени госпитализации больных второй группы, равной $11,4 \pm 0,4$ койко-дня. Такая же закономерность прослеживалась нами при сравнении дней пребывания в стационаре больных третьей группы ($12,8 \pm 0,3$ койко-дня) и четвертой группы ($14,0 \pm 0,5$ койко-дня).

При сравнительной характеристике эффективности лечения острых и хронических синуситов у детей в ближайшие сроки после лечения получены следующие результаты: в первой группе положительный результат лечения наблюдался у 38 (95%) больных, во второй группе – у 17 (85%), в третьей группе – у 39 (97,5%), в четвертой группе – у 18 (90%) больных.

Таким образом, лечение острых и хронических синуситов у детей с использованием споробактерина (первая и третья группы) по результатам в ближайшие сроки наблюдения оказалось более эффективным по сравнению с традиционной терапией с применением антибиотиков (вторая и четвертая группа). Об этом свидетельствуют имеющиеся у больных первой и третьей групп более высокие проценты положительных результатов лечения; сокращение времени пребывания пациентов в стационаре соответственно на 2,3 и 1,2 койко-дня; уменьшение числа пункций верхнечелюстных пазух на 33,3% и 25%; улучшение микробиоценоза кишечника, уменьшение высеваемости патогенной флоры из полости носа, отсутствие аллергических реакций на лекарственный препарат.

Отдаленные результаты лечения прослежены нами у всех больных обследуемых групп. Оценка эффективности лечения проводилась в процентах. Рецидивы заболевания в течение наблюдаемого периода времени у больных острым синуситом (первая и вторая группы) имели место у 2 больных в каждой группе; у больных хроническим синуситом рецидивы заболевания в третьей группе были у 2 больных, в четвертой группе – у 4 больных. Продолжительность рецидивов была наибольшей в четвертой группе (лечение антибиотиками) – 13,0 койко-дня, в третьей группе больных (лечение споробактерином) – 10,0 койко-дня.

При исследовании микрофлоры кишечника обнаружено значительное улучшение результатов посевов у больных первой и третьей групп, в лечении которых применялся споробактерин. В то же время во второй и четвертой группах больных, лечившихся традиционным способом с использованием антибиотиков, наблюдались нарушения микробиоценоза кишечника за счет уменьшения облигатной флоры и увеличения количества условно-патогенных микробов.

Положительные результаты лечения в отдаленные сроки наблюдения в первой и второй группах наблюдались у 38(95%) и 18(90%) пациентов соответственно. В третьей группе больных, получавших лечение споробактерином, положительный результат установлен у 38(95%) пациентов. В четвертой группе (применение традиционного лечения с антибиотиком) положительный результат наблюдался у 16 (80%) больных.

Вывод

На основании вышеизложенного комплексное лечение острых и хронических синуситов у детей с использованием споробактерина (первая и третья группы) по ближайшим и отдаленным результатам лечения оказалось более эффективным по сравнению с традиционной терапией с применением антибиотиков.

Сведения об авторах статьи:

Фомина Марина Викторовна – к.м.н., докторант кафедры профилактической медицины, доцент кафедры профилактической медицины ФГОУ ВПО ОрГУ Минобрнауки России. Адрес: 460051, г. Оренбург, пр. Победы, 13. Тел. (3532)37-24-84. E-mail: fomena_m.v@mail.ru.

Кван Ольга Вилориевна – к.б.н., докторант института биоэлементологии, научный сотрудник института биоэлементологии ФГОУ ВПО ОрГУ Минобрнауки РФ. Адрес: 460018 г. Оренбург, пр-т Победы, 13. Тел. (3532)37-24-84. E-mail: kwan111@yandex.ru.

Быков Артем Владимирович – докторант кафедры пищевой биотехнологии, доцент кафедры пищевой биотехнологии ФГОУ ВПО ОрГУ Минобрнауки РФ. Адрес: 460018 г. Оренбург, пр-т Победы, 13. E-mail: artem19782@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ результатов лечения синуситов у детей споробактерином / М.В. Фомина [и др.] // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №2. – С.88-90.
2. Гаращенко Т.И., Богомилский М.Р., Стребкова О.А. Алгоритмы рациональной антибиотикотерапии осложнённых синуситов у детей / Т.И. Гаращенко, М.Р. Богомилский, О.А. Стребкова // Российская ринология – 2002. – №2. – С.108-111.

3. Патент на изобретение Российская Федерация № 2202356 «Способ стимуляции репаративных процессов длительно не заживающих ран и трофических язв»/ Тарасенко В.С., Стадников А.А., Никитенко М.В., Щетинин А.К., Фомина М.В. [и др.]; заявитель и патентообладатель Оренбургская государственная медицинская академия. – №2000130329; заявл. 04.12.2000.
4. Препарат споробактерин. Новые данные о механизме действия этого и других живых бактериальных препаратов/ В.И.Никитенко [и др.] // Научный вестник Тюменской медицинской академии. – 2001. – №2(10). – С.70-72.
5. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции/ В.И. Никитенко [и др.] // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2001. – №2. – С.63-66.
6. Фомина, М.В. Комбинированное лечение синуситов у детей с использованием споробактерина: автореф. дис.... канд. мед. наук. – Оренбург, 2003. – 24 с.

УДК 616.314.23-77-053.9:616.724-073.756.8

© Г.Т. Алсынбаев, Ф.Ф. Маннанова, Д.Э. Байков, 2013

Г.Т. Алсынбаев¹, Ф.Ф. Маннанова², Д.Э. Байков³
**ИЗМЕНЕНИЕ ШИРИНЫ СУСТАВНОЙ ЩЕЛИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
 У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПОЛНОЙ АДЕНТИЕЙ
 И СНИЖЕННОЙ ВЫСОТОЙ ЛИЦА**

¹ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №1», г. Стерлитамак

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

³ГБУЗ «Республиканская детская клиническая больница», г. Уфа

Функциональные нарушения окклюзии у пожилых людей способствуют деформированию височно-нижнечелюстного комплекса в случае отсутствия зубного протезирования с адекватным восстановлением высоты нижнего отдела лица; полученные в ходе исследования данные компьютерной и магнитно-резонансной томографии свидетельствуют о «верхнем» положении головки нижней челюсти при полном отсутствии зубов со снижением высоты нижнего отдела лица.

Ключевые слова: височно-нижнечелюстной сустав, адентия, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, размер суставной щели.

G.T. Alsyinbaev, F.F. Mannanova, D.E. Baikov
**CHANGES IN MANDIBULAR JOINT SPACE SIZE IN THE ELDERLY
 WITH ANODONTIA AND REDUCED FACIAL HEIGHT**

Functional disorders of occlusion in the elderly contribute to the deformation of the temporomandibular complex in the absence of dental prosthesis with adequate restoration of the height of lower facial part. The obtained computer and magnetic resonance imaging evidence show "upper" position of capitulum mandibular in the absence of teeth with reduced height of the lower part of the face.

Key words: temporomandibular joint, anodontia, computed tomography, magnetic resonance imaging, size of the joint space.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения доля лиц пожилого и преклонного возраста постоянно растет. Эффективный процесс старения общества характерен для всех развитых и многих развивающихся стран. В 1980 году по решению Организации Объединенных Наций возраст 60 лет стали рассматривать как границу, когда население переходит в группу пожилых [1,4,10].

Изменение структуры населения развитых стран в сторону увеличения удельного веса лиц пожилого и старческого возраста является демографической особенностью настоящего времени [1,4]. Это обуславливает значительное возрастание интереса специалистов к состоянию здоровья и качеству жизни пожилых людей.

У лиц пожилого возраста наступают возрастные морфологические изменения всех органов и тканей челюстно-лицевой области, изменяется и их функциональное состояние. Среди стоматологических изменений на первое место выступает утрата зубов с последующим функциональными нарушениями в ви-

сочно-нижнечелюстном суставе (ВНЧС) [4, 8]. Однако многие больные с патологией ВНЧС за медицинской помощью практически не обращаются, эти заболевания выявляются случайно при обращении пациентов в стоматологические поликлиники для лечения и протезирования зубов [7]. Отмечено, что в 70-89 % случаев дисфункциональная патология ВНЧС обусловлена не воспалительными процессами, а является обычным дискоординационным нарушением [3,5,6]. На распространенность этой патологии влияют условия и образ жизни, возраст пациентов, состояние их жевательного аппарата и ряд других факторов [4,9]. Вместе с тем вопросы встречаемости патологии ВНЧС у людей пожилого и старческого возраста изучены мало, а имеющиеся сведения о частоте этой патологии противоречивы [8,9,10]. Нередко лечебно-диагностические мероприятия при патологии ВНЧС пациентам старше 60 лет осуществляются без учета возрастных особенностей организма, в том числе морфофункциональных изменений жевательного аппарата, которые, безусловно,