



Козадаев Юрий Юрьевич

Заместитель начальника кафедры отоларингологии
по клинической работе ВМА им. С. М. Кирова. Кандидат медицинских наук.
Моб. тел. – 89213226771. yura-kozadaev@yandex. ru

Ильясов Денис Маратович

Клинический ординатор по специальности отоларингологии ВМА им. С. М. Кирова.
моб. тел. - 89111214363 ltybc@mail. ru

УДК: [616. 211-002: 616. 321-002]: 616. 284-002

ВЫЯВЛЕНИЕ ГРУППЫ РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ СРЕДНИМ ОТИТОМ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ РИНОФАРИНГИТОМ

В. А. Долгов

REVEALING A RISK GROUP FOR OTITIS MEDIA AMONG PATIENTS WITH ACUTE RHINOPHARINGITIS

V. A. Dolgov

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ
(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. Р. А. Забиров)
Институт клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН
(Директор – академик РАН О. В. Бухарин)

В статье приведены микробиологические и клинические критерии, по которым можно выделять среди больных острым ринофарингитом группу риска по заболеванию отитом. У данных больных наблюдаются изменения показателей микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки и симптомы дискомфорта слуховой трубы.

Ключевые слова: острый ринофарингит, носоглотка, микроорганизмы, слуховая труба.

Библиография: 5 источников.

The paper covers microbiological and clinical criteria to allow isolating patients at risk for otitis media among patients with acute rhinopharyngitis. Changes have been found for indicators of microbial biocenosis on the nasopharyngeal mucosa and the symptoms of discomfort of hearing tube in these patients.

Key words: acute rhinopharyngitis, nasopharynx, microorganisms, hearing tube.

Bibliography: 5 sources.

Одним из частых осложнений острого ринофарингита является воспаление среднего уха [2, 4]. Клинико-лабораторные исследования, проведенные у больных острым ринофарингитом, позволили установить возможность прогнозировать ринотубарную миграцию патогенов и развитие отита [1]. Доказано, что способностью к ринотубарной миграции обладают микроорганизмы, у которых доля показателя микробной обсемененности (ПМО) в общем показателе микробной обсемененности (ОПМО) биотопа составляет 45% и выше, а уровень антилизоцимной активности (АЛА) более 3,0 мкг/мл.

Вместе с тем, возможны пограничные состояния, при которых клинических симптомов отита нет, но имеются жалобы, изменения в отоскопической картине и показателях микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки, свидетельствующие о возможности развития при определенных условиях воспалительного процесса в среднем ухе.

Цель исследования – установить клинические и лабораторные отличия у больных острым ринофарингитом из группы риска по заболеванию отитом от больных острым ринофарингитом без осложненного течения.



Пациенты и методы. Обследовано 42 больных острым ринофарингитом. Клиническое обследование включало сбор анамнеза, осмотр больных, исследование слуха (акуметрия и аудиометрия) и лабораторные анализы. Микробиологическое исследование заключалось в бактериологическом исследовании слизистого секрета носоглотки. Из показателей микробного биоценоза биотопа изучались ПМО симбионтами биотопа, ОПМО по методике Ю. М. Фельдмана (1984) [5] и персистенция микроорганизмов – антилизоцимная активность (АЛА) по методу О. В. Бухарина и соавт. (1984) [3].

Результаты исследования. Из 42 больных острым ринофарингитом – 9 были выделены в группу риска по заболеванию средним отитом. Основанием этому послужили жалобы больных, клинические симптомы заболевания, данные отоскопии и показатели микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки (таблица № 1).

Таблица 1

Клинические и лабораторные отличия у больных острым ринофарингитом из группы риска по заболеванию отитом от больных острым ринофарингитом без осложненного течения

Изучаемые группы		Клиническая характеристика больных			Биологические свойства микроорганизмов на слизистой носоглотки	
		жалобы	ринофарингоскопия	отоскопия	удельный вес ПМО в ОПМО в %	АЛА в мкг/мл
Больные острым ринофарингитом	Группа риска по заболеванию средним отитом	Затрудненное носовое дыхание, першение и жжение в глотке, заложенность ушей, «пощелкивание» в ушах при глотании	Гиперемия слизистой оболочки носа, глотки. Слизистое отделяемое из носа.	Барабанные перепонки серого цвета, втянуты. Острота слуха не нарушена.	≥45	≥3,0
	Группа больных без осложненного течения	Затруднение носового дыхания, першение и жжение в глотке.	Гиперемия слизистой оболочки носа, глотки. Слизистое отделяемое из носа.	Барабанные перепонки серого цвета. Острота слуха не нарушена.	< 45	< 3,0

Из таблицы видно, что у больных острым ринофарингитом, включенных в группу риска по заболеванию отитом, воспалительных изменений в среднем ухе не обнаружено, слух не снижен, но наблюдается втянутость барабанных перепонки, а в жалобах – симптомы дискомфорта слуховой трубы («пощелкивание» в ушах при глотании, периодическая заложенность ушей). При ринофарингоскопии – клиническая картина воспалительного процесса слизистой оболочки носа и глотки. Из показателей микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки больных группы риска по заболеванию отитом был обнаружен высокий удельный вес ПМО отдельных микроорганизмов в ОПМО биотопа (45% и выше), с уровнем АЛА более 3,0 мкг/мл.

У больных острым ринофарингитом без осложненного течения характер жалоб отражал наличие только воспалительного процесса в носу и глотке. При отоскопии барабанные перепонки были серые, с четкими опознавательными пунктами. Слух: шепотная речь AS/АД – 6 метров. Симптомы дискомфорта слуховой трубы в жалобах больных не обнаружено.



На слизистой оболочке носоглотки удельный вес ПМО отдельных микроорганизмов в ОПМО биотопа был значительно ниже 45%, а уровень АЛА бактерий менее 3,0 мкг/мл.

В качестве примера приводим выписку из амбулаторной карты больной ринофарингитом из группы риска по заболеванию отитом.

Больная Е., 22 лет, обратилась в лор кабинет поликлиники № 1 ОКБ ст. Оренбург с жалобами на общее недомогание, першение и жжение в глотке, затруднение носового дыхания, слизистое отделяемое из носа, периодическую головную боль, субфебрильную температуру, «пощелкивание» в ушах при глотании. Симптомы заболевания появились 2 дня назад после общего переохлаждения организма.

Лор статус: при риноскопии – слизистая носа отечна, гиперемирована. В передних отделах носа обильное слизистое отделяемое. Носовое дыхание затрудненное. При отоскопии – слуховые проходы широкие, свободные, барабанные перепонки серого цвета, втянуты. Шепотная речь на оба уха воспринималась на расстоянии 6 метров от ушной раковины. При фарингоскопии – зев чистый, слизистая задней стенки глотки гиперемирована, отечна.

Заключение врача оториноларинголога: острый ринофарингит.

Во время осмотра у больной был взят материал (слизь) с поверхности слизистой оболочки носоглотки на микробиологическое исследование. Результаты исследования показали наличие на слизистой оболочке носоглотки штамма *S. epidermidis* (ПМО – $1,0 \times 10^8$ КОЕ/тампон, АЛА – 5,0 мкг/мл) и штамма *S. hominis* (ПМО – $1,0 \times 10^8$, АЛА – 3,0 мкг/мл). ОПМО был равен $2,0 \times 10^8$ КОЕ/тампон.

Доля ПМО *S. epidermidis* в ОПМО биотопа составила 50%:

$$D_1 = 1,0 \times 10^8 / 2,0 \times 10^8 \times 100\% = 50\%$$

Доля ПМО *S. hominis* в ОПМО биотопа составила 50%:

$$D_2 = 1,0 \times 10^8 / 2,0 \times 10^8 \times 100\% = 50\%$$

Жалобы больной, результаты ринофаринго- и отоскопии, состояние показателей микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки позволили включить данную пациентку в группу риска по заболеванию средним отитом. Показатели микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки свидетельствовали о потенциальной возможности *S. epidermidis* и *S. hominis* к ринотубарной миграции в барабанную полость и способности вызвать развитие воспалительного процесса в среднем ухе. Для лечения острого ринофарингита назначена противовоспалительная терапия, включающая прием бисептола по 2 т x 2 раза в день, ингаляционного антибиотика – биопорокса, димедрола по 0,05x2 раза в день, сосудосуживающих капель в нос, полоскание горла раствором фурацилина и курс физиотерапии на полость носа и глотки. В качестве профилактического лечения назначена инсуффляция в нос порошка тетрациклина, к которому были чувствительными штаммы *S. epidermidis* и *S. hominis*.

В результате проведенного лечения воспалительные явления в носу и глотке стихли, носовое дыхание восстановилось. При повторном исследовании материала со слизистой оболочки носоглотки были обнаружены только штаммы *S. epidermidis* (ПМО – $1,0 \times 10^5$ КОЕ/тампон, с уровнем АЛА – 1,0 мкг/мл). Штаммы *S. hominis* отсутствовали. В удовлетворительном состоянии пациентка выписана на работу.

Таким образом, среди больных острым ринофарингитом на основании жалоб, отоскопической картины, показателей микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки можно выделять группу риска по заболеванию отитом. Своевременная общая и местная противовоспалительная терапия позволяют избежать развитие среднего отита.

Выводы:

1. Среди больных острым ринофарингитом возможно выделять группу риска по заболеванию отитом.
2. Отличительными признаками группы риска по заболеванию отитом являются следующие: изменение показателей микробного биоценоза на слизистой оболочке носоглотки (удельный вес ПМО отдельных микроорганизмов в ОПМО биотопа более 45%, а уровень АЛА бактерии выше 3,0 мкг/мл), периодическая заложенность ушей, втяжение барабанных перепонки, симптомы дискомфорта слуховой трубы.



3. *Общая и местная противовоспалительная терапия позволяют избежать развития среднего отита.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгов В. А. Микробиологические критерии ринотубарной миграции патогенов у больных острым ринофарингитом. Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб.: РИА-АМИ. – 2006 – С. 271–272.
2. Лучихин Л. А. Острый средний отит // Лечащий врач – 2003, № 8 – С. 35 – 41.
3. Метод определения антилизотимной активности микроорганизмов / О. В. Бухарин [и др.] // Журн. микробиол. 1984 – № 2 – С. 27–28.
4. Носуля Е. В. Острый средний отит при острых респираторных заболеваниях у детей. Актуальные проблемы педиатрии: IX Конгресс педиатров России – 2004 – С. 5–7.
5. Фельдман Ю. М. Количественное определение бактерий в клинических материалах // Лабораторное дело – 1984 – № 10 – С. 616–619.

Долгов Вячеслав Александрович

Доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии
ФППС Оренбургской государственной медицинской академии.
г. Оренбург, 460000, ул. Советская, 6, тел./факс (3532) 77–24–59
orgma@esoo.ru.

УДК: 614. 78: 616. 22-002. 2

ЭКОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ЛАРИНГИТА НА ТЕРРИТОРИИ ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

Е. А. Дубцова, В. М. Боев, И. А. Шульга

ENVIRONMENTAL CONDITIONS AND EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF CHRONIC HYPERPLASTIC LARYNGITIS ON THE ORENBURG REGION

Е. А. Dubtsova, V. M. Boev, I. A. Shulga

ГОУ ВПО Оренбургская медицинская академия Росздрава

(Ректор – проф. В. М. Боев)

В статье описывается современная экологическая обстановка и особенности распространения хронического гиперпластического ларингита у населения, проживающего в двух городах Оренбургской области, отличающихся по уровню антропогенной нагрузки (г. Сорочинск и г. Новотроицк).

Ключевые слова: антропогенное загрязнение, хронический гиперпластический ларингит.

Библиография: 9 источников.

The article touches upon the problem of the present environmental conditions and epidemiological peculiarities of chronic hyperplastic laryngitis of the population of the two towns of the Orenburg region with different anthropogenic level (t. Sorochinsk, t. Novotroisk).

Key words: anthropogenic pollution, chronic hyperplastic laryngitis.

Bibliography: 9 sources.

В современной научной литературе широко обсуждается вопрос о влиянии загрязнения окружающей среды на состояние здоровья населения. Однако, несмотря на большое количество работ, посвященных изучению данной темы, остаются недостаточно разработанными региональные аспекты комплексной оценки антропогенных и природных геохимических факторов, особенности воздействия их дисбаланса на городское и сельское население [9].