

Ф.Д. ЕВЧЕВ, А.Ф. ЕВЧЕВА, Д.Ф. ЕВЧЕВ

СТРАТЕГИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПАТОГЕННОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ФЛОРОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. В. Н. Запорожан)

Проблема лечения больных с воспалительными процессами в носу и ротовой части глотки различного генеза приобрела важное социальное значение, что связано со значительным увеличением частоты их развития. Микроорганизмы заселяют почти все участки слизистой оболочки, хотя их распределение и численность весьма неоднородны и определяются анатомическими и физиологическими особенностями слизистой оболочки. Наибольшее видовое разнообразие микроорганизмов отмечено в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), здесь выявляется около 500 видов. Число микробных клеток в кишечнике может достигать 10¹⁵, что значительно превышает число собственных клеток организма-хозяина. Напротив, на слизистой оболочке нижних отделов дыхательного тракта микроорганизмы в норме отсутствуют [8].

За последние годы увеличилась частота возникновения дисбиоза – стрептостафилококкового и кандидозного поражения слизистой оболочки. Генерализованное кандидозное поражение слизистой оболочки полости носа, рта и гортанной части глотки, наблюдаемое при В20, в клинической практике другой патологии встречается значительно реже [2, 3, 6].

Для правильной оценки симбиоза слизистой оболочки и выработки стратегии санации, следует учитывать нормальные значения микрофлоры верхних дыхательных путей.

Основные клинические симптомы у больных с бактериальным загрязнением слизистой оболочки верхних дыхательных путей чаще проявляются в виде частых ОРВИ, парестезии глотки (першение, царапа-

ние и сухость), периодической боли, тошноты на фоне общей слабости при отсутствии объективных признаков острого воспаления (табл. 1). Однако у части пациентов бактериальное загрязнение слизистой оболочки может протекать длительное время бессимптомно. Интенсивное бактериальное обсеменение слизистой оболочки верхних дыхательных путей чаще происходит на фоне ослабления иммунного статуса больного, которое наблюдается при хроническом тонзиллите (ХТ), одонтогенном риносинусите (ОРС), гингивите, пародонтозе и нарушении правил личной гигиены.

Известно, что ХТ является очагом стрептококковой (β -гемолитический стрептококк) и стафилококковой инфекции, который может вызвать и значительно ухудшить клиническое течение сердечно-сосудистой и нервной патологии. Значительно реже встречается чисто микотический тонзиллит [5, 6, 7, 9]. Особое значение в развитии дисбиоза слизистой оболочки верхних дыхательных путей имеет необоснованное и многократное применение антибиотиков широкого спектра действия и высокая резистентность патогенной флоры, приводящие к нарушению нормальной экосистемы не только верхних дыхательных путей, но и всего организма.

В настоящее время широко применяется целый ряд традиционных методов лечения (санация) носителей патогенной бактериальной флоры:

- консервативное лечение (промывание лакун небных миндалин, полоскания слизистой оболочки ротовой части глотки и орошения полости носа антисептическими растворами, интратонзиллярное введение

различных лекарственных веществ, применение вакуум-аспирационных устройств для санации нёбных миндалин и промывания полости носа методом перемещения, назна-

чение антибиотиков системного действия [2, 3, 9];

- хирургическое лечение больных хроническим тонзиллитом [2, 3].

Микроорганизмы	Количество КОЕ/мл
Стрептококки:	
α-гемолитические	10 ⁵ -10 ⁶
β-гемолитические	--
γ-гемолитические	10 ⁵ -10 ⁶
Neisseria spp.	10 ² -10 ⁴
Staphylococcus spp.	10 ¹ -10 ⁴
Haemophilus spp.	10 ¹ -10 ²
Corynebacterium pp.	10 ¹ -10 ³
Lactobacterium spp.	10 ¹ -10 ³
Bifidobacterium spp.	10 ¹ -10 ³

Такой подход снижает уровень заболеваемости ангиной, ОРВИ, приводит к уменьшению количества местных и системных осложнений, однако эффективность санации носителей патогенной флоры непродолжительна по времени. Учитывая непродолжительную эффективность обоих методов лечения, мы видим потребность поиска более эффективных и надежных способов.

В последние годы много работ посвящено результатам применения иммуномодулирующих лекарственных средств и препаратов, стимулирующих функциональную активность естественных цитотоксических клеток и цитолитическую активность иммунных Т-лимфоцитов [1].

Сегодня основной задачей санации пациентов является не только восстановление симбиоза слизистой оболочки верхних дыхательных путей путем оздоровления первичного патогенного очага, но и проведение иммуномодулирующей помощи организму с целью повышения и восстановления его защитных реакций. Реализацию такой задачи можно осуществить за счет стимулирующего действия на механизмы регуляции размножения нормальных лактобацилл в слизистой оболочке верхних дыхательных путей. Такой подход в решении клинической и социальной проблемы представляет для современной медицины особый концептуальный интерес.

Цель работы – повышение эффективности терапевтической санации больных с патогенной бактериальной флорой верхних дыхательных путей, путем комплексного действия на патогенный очаг на основе использования иммуномодулятора – 10% экстракта прополиса, антисептика 2% раствора декасана и смеси облепихового масла с масляным хлорофиллиптом.

Материал и методы

В группу исследования включены 40 больных в возрасте от 19 до 45 лет, т.е. молодой возраст. Из них 20 мужчин и 20 женщин. Пациенты распределены на две равнозначные группы по 20 больных (10 мужчин и 10 женщин). 1-я группа (ОГ) – 20 больных получала лечение разработанным нашим лечебным комплексом, 2-я группа (КГ) из 20 пациентов – традиционное комплексное лечение.

Основная масса больных была с хроническими воспалительными заболеваниями ротовой части глотки: хронический субкомпенсированный тонзиллит – у 40, хронический фарингит – у 16, пародонтоз – у 12 и гингивит – у 15. У обследуемых исключен специфический воспалительный процесс.

Наши пациенты консультированы терапевтом, стоматологом гинекологом и урологом. Из 20 мужчин у 7 диагностирован хронический простатит, а из 20 женщин

– у 12 хронический аднексит. С хроническим гастроуденитом было 11 женщин.

У всех больных изучалась бактериальная флора слизистой оболочки носа, ротовой части глотки и содержимое нёбных миндалин, а также определялась чувствительность флоры к антибиотикам путем бактериального посева и соскоба. У всех пациентов проводилась рентгенограмма околоносовых пазух для исключения в них патологического процесса.

Выполнялось целенаправленно микологическое исследование содержимого лакун нёбных миндалин, слизистой оболочки полости носа и ротовой части глотки; общеклиническое исследование крови (лейкоциты, СОЭ), общий анализ мочи, рентгенограмма легких и ЭКГ. Параллельно женщины обследовались у гинеколога, мужчины – у уролога (мазки, соскобы).

Больным ОГ назначался комплексный способ лечения:

- промывание лакун нёбных миндалин и орошение слизистой оболочки ротовой части глотки 2% раствором «Декасана» с введением иодицирина в лакуны через день, в течение 12 дней;

- ингаляции с 0,02% раствором «Декасана» эндоназально;

- орошение полости носа и ротовой и гортанной частей глотки смесью облепихового масла и масляного хлорофиллипта в соотношении 1:1, 1 раз в сутки;

- экстракт 10% раствора прополиса по 10 капель на 100 мл воды, 2 раза в сутки, в течение 12 дней.

Больным КГ назначался стандартный комплекс: антибиотики в зависимости от

чувствительности к высеянной патогенной флоре; полоскание ротовой части глотки антибактериальным и антисептическим 0,05% раствором хлоргексидина 2 раза в день; ультразвук на зачелюстные области и лазерный луч на глотку № 10; глюконат кальция по 1 таблетке 3 раз в сутки (8 дней).

Результаты исследования

В результате проведенных культуральных исследований до лечения у 12 больных ОГ и у 8 с КГ в посевах выделены дрожжеподобные грибы рода Кандида и колонии различной кокковой флоры. При количественном подсчете колоний у 26 больных было определено до 10⁵ чисто грибковых колоний в 1 мл смывах с тампона (сплошной рост).

У 20 пациентов (ОГ) 1-й группы и 20 из 2-й (КГ) была микробная ассоциация: *Staphylococcus aureus* (*St.epidermidis*) и грибы рода *Candida albicans*, и грамположительный β-гемолитический стрептококк. Микотические колонии у этих больных были также 10⁵, а колонии кокковой флоры у 10⁵, 10⁶ (значительный или обильный рост).

У 18 из 40 пациентов бактериальное исследование посева из ротовой части глотки показали отсутствие чувствительности к имеющимся в арсенале лаборатории антибиотикам. У 16 больных хроническим тонзиллитом определена высокая степень грибковой инфицированности и грамположительный β-гемолитический стрептококк, а остальная масса больных имела высокую степень инфицированности смешанной кокковой флорой 10⁵ (табл. 2).

Таблица 1

Общеклинические показатели у больных

Показатели	Группы больных			
	до лечения		через 1-3 месяца после лечения	
	ОГ n = 20/%	КГ n = 20/%	ОГ n = 20/%	КГ n = 20/%
СОЭ (мм/ч)	8	10	6	8
Лейкоциты (г/л)	6,2-8,2	6,8-8,5	6,6	6,8-8,2
Дискомфорт, боль, сухость, парестезии, тошнота	20 /100	20 /100	3 /15	12/60
К-во обострений в год, прием антибиотиков	3-4	3-4	0/0	12/60
ЭКГ нарушения	14/70	6 /30	0/0	4/20

Из табл. 1 видно, что у больных ОГ и КГ общеклинические показатели крови до и после лечения были в пределах нормы. После лечения у 100% больных ОГ отсутствовали обострения воспалительных заболеваний ротовой части глотки и нарушения на ЭКГ и только у 3 (15%) отмечались паре-

стезии и тошнота. При фарингоскопии у больных ОГ слизистая оболочка зева и языка – бледно-розового цвета, чистая, в лакунах отсутствовало патологическое отделяемое. У 60% больных КГ после лечения наблюдался дискомфорт, боль и парестезии, сохранялась частота обострений (табл. 2).

Таблица 2

Бактериологические показатели у больных после лечения

Показатели	Группы больных			
	до лечения		через 3 -6 мес. после лечения	
	количество больных			
	ОГ n = 20/%	КГ n =20/%	ОГ n = 20/%	КГ n =20/%
β-гемолитический стрептококк, Candida albicans в глотке	20/100	20/100	0/0	5/25
St. aureus, Candida albicans, St. epidermidis, micrococcus с колонизацией глотки	12/60 10 ⁵ 10 ⁶	8/40 10 ⁴ 10 ⁵	0/0 10 ²	5/25 10 ⁴ 10 ⁵
β-гемолитический стрептококк, Candida albicans, St. aureus	6/30 10 ⁵ 10 ⁵	6/30 10 ⁵ 10 ⁵	0/0	2/10 10 ⁴ 10 ⁵

Примечание: степень колонизации у пациентов обеих групп 10⁵ – значительный рост.

Из табл. 2 видно, что эффективность лечения больных основной группы была значительно выше. У 100% больных ОГ и КГ в посевах из носа и ротовой части глотки до лечения высевалась смешанная патогенная флора Candida albicans, St. aureus, St. epidermidis, micrococcus с колонизацией глотки и β-гемолитический стрептококк с колонизацией 10⁵

Анализируя и сравнивая результаты бактериологического исследования обследуемых пациентов со значениями симбиоза здоровых лиц можно сделать заключение, что у больных все показатели были значительно выше, что проявлялось клиническими симптомами (табл. 2).

Контрольное исследование материала через 3-6 мес у больных ОГ подтвердило отсутствие колонизации патогенной флорой (β-гемолитический стрептококк) у 100% обследуемых, исчезли симптомы хронического воспаления и не было обострений ХТ (табл. 1, 2). У больных КГ степень колонизации незначительно уменьшилась, высевался β-гемолитический стрептококк, Candida albicans, St. Aureus – 10⁴ 10⁵, что

свидетельствует о низком элиминационном действии проводимой терапии.

Выводы

1. Результаты бактериологического посева из носа и ротовой части глотки обследуемых пациентов в сравнении со значениями симбиоза здоровых лиц были значительно выше, что отражало клиническую семиотику.

2. Санация слизистой оболочки носа и ротовой части глотки от микробного загрязнения, от действия токсинов и вирусов с иммуностимулирующей терапией у больных ОГ способствовало восстановлению симбиоза слизистой оболочки верхних дыхательных путей и перехода декомпенсированной формы ХТ в стадию суб- или компенсации.

3. Полученные положительные результаты и отсутствие осложнений при использовании комплексного способа лечения больных ОГ позволяют рекомендовать его для внедрения в клиническую практику оториноларинголога.

Литература

1. Васина С. И., Куликова Е. А., Кириченко И.И., Попова Н. Г. и соавт. Обнаружение сочетанного микоплазمو-герпесвирусного инфицирования у больных с воспалительными заболеваниями гортани // Материали XI з'їзда оториноларингологів України. – С. 46-47.
2. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф. Тонзиллотрен как иммуномодулирующий препарат // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №2. – С. 36-38.
3. Золотарева М. А. Грибковое поражение глотки в детском возрасте // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №3. – С. 28-29.
4. Евчев Ф.Д. К совершенствованию методики консервативного лечения хронического тонзиллита // Одеський мед. журн. – 2008. – №6 (110). – С. 41-44.
5. Кузьменко Д. Е. Низкочастотный фонофорез в лечении патологии небных миндалин // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №3. – С. 34-35.
6. Никулин М. И. К вопросу о консервативном лечении хронического тонзиллита // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №3. – С. 54-55.
7. Цимар А. В. Мікробіологія хронічного тонзиліту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2003. – №3. – С. 80-81.
8. Tannock G.W. Normal Microflora. Chapman and Hall // NY. – 1995.
9. Verdu E.F., Collins S.M. Microbial-gut interactions in health and disease. Irritable bowel syndrome // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2004, 18: 315-321.

References

1. Vasina SI, Kulikova EA, Kirichenko II, Popova NG. Detection of Mycoplasma combined with herpes virus infection in patients with inflammatory diseases of the larynx. Proceedings of the XI Congress of Ukraine Otorinolaringologists. Suddak; 2010. P. 46-7. Russian.
2. Zabolotnyi DI, Mel'nikov OF. Tonzillotren as an immunomodulatory drug. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2006;(2):36-8. Russian.
3. Zolotareva MA. Fungal throat lesions in children. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2003;(3):28-9. Russian.
4. Evchev FD. Improvement of the method of conservative treatment of chronic tonsillitis. Odes'kii med zhurnal. 2008;110(6):41-4. Russian.
5. Kuz'menko DE. Low frequency phonophoresis in the treatment of diseases of the tonsils. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2003;(3):34-5. Russian.
6. Nikulin MI. Conservative treatment of chronic tonsillitis. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2003;(3):54-5. Russian.
7. Cymar AV. Microbiology of chronic tonsillitis. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2003;(3):80-1. Ukrainian.
8. Tannock GW. Normal Microflora. Chapman and Hall: NY; 1995.
9. Verdu EF, Collins SM. Microbial-gut interactions in health and disease. Irritable bowel syndrome. Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2004;18:315-21.

Поступила в редакцію 11.01.16.

© Ф.Д. Евчев, А.Ф. Евчева, Д.Ф. Евчев, 2016

СТРАТЕГІЯ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ З ПАТОГЕННОЮ БАКТЕРІАЛЬНОЮ ФЛОРОЮ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Євчев Ф.Д., Євчева А.Ф., Євчев Д.Ф.(Одеса)

А н о т а ц і я

Стан проблеми: Проблема лікування запальних процесів носа і ротової частини глотки різного генезу має клінічне та соціальне значення, що пов'язане із значним збільшенням їх частоти. За останні роки збільшилася частота дисбіозу: стрепто-стафілококового та кандидозного ураження слизової оболонки. Для клінічної оцінки симбіозу слизової оболонки верхніх дихальних шляхів та проведення санації слід враховувати нормальні значення мікрофлори верхніх дихальних шляхів.

Мета роботи – підвищення ефективності терапевтичної санації хворих з патогенною бактеріальною флорою верхніх дихальних шляхів, через комплексний вплив на хронічне патогенне вогнище використанням імуномодулятора – 10% екстракту прополісу; антимікробного, антивірусного 2% розчину Декасана та суміші обліпихової олії з олійним хлорофіліптом.

Матеріал та методи: У досліджену групу включено 40 хворих віком від 19 до 45 років, тобто молодих за віком. З них 20 чоловіків і 20 жінок. Пацієнтів розподілено на дві рівнозначні групи по 20 хворих у кожній групі (10 чоловіків та 10 жінок). 1-а група (ОГ) з 20 хворих, які отримували лікування запропонованого нами лікувального комплексу.

2-а група (КГ) з 20 хворих, що отримували традиційне комплексне лікування.

Основна маса хворих була з хронічними запальними захворюваннями ротової частини глотки. Вивчалася бактеріальна флора слизової оболонки носа, ротової частини глотки та вміст піднебінних мигдаликів, а також визначалася чутливість флори до антибіотиків шляхом бактеріального посіву.

Результати: Виявлена різниця симбіозу слизової оболонки верхніх дихальних шляхів у досліджених пацієнтів у порівнянні зі значеннями здорових осіб. Контрольні дослідження мазків зі слизової оболонки через 3-6 місяців після лікування у хворих ОГ підтвердили відсутність патогенної флори у 100% обстежених та відсутність рецидиву захворювання.

Висновки: Проведені дослідження свідчать про значення санації слизової оболонки від патогенної флори, що призводить до поліпшення загального стану хворих та відсутності загострення захворювань слизової оболонки верхніх дихальних шляхів.

Ключові слова: патогенний бактеріальний дисбіоз, слизова оболонка носу та ротової частини глотки, терапія.

THE MANAGEMENT STRATEGY FOR PATIENTS WITH PATHOGENIC BACTERIAL FLORA OF MUCOUS MEMBRANES OF UPPER RESPIRATORY TRACT

Yevchev F.D., Yevcheva A.F., Yevchev D.F.

Odessa National Medical University; e-mail: yevchev55@mail.ru

Abstract

State of problem: In recent years the frequency of dysbiosis: streptococcal, staphylococcal and Candida lesions of mucosa has increased. The normal values of an upper respiratory tract flora should be considered for clinical assessment of symbiosis of mucous membranes of upper airways and their sanitation.

The aim: To improve the efficiency of therapeutic sanitation of patients with pathogenic bacterial flora of upper airways with the help of an integrated action on chronic pathogenic focus. We offered to use an immunomodulator – 10% propolis extract; anti-microbial, anti-virus solution of 2% Decasanum and a mixture of Sea-buckthorn oil with Clorophylliptum oil.

Material and Methods: The study group included 40 patients (20 men and 20 women) aged from 19 to 45. The patients were divided into two equal groups, 20 patients in each group (10 males and 10 females). The first group (the main group) of 20 patients received the treatment with medical complex created by us. The 2-nd group (the control group) of 20 patients received traditional complex treatment.

The majority of patients had chronic inflammatory diseases of the oropharynx. We studied the bacterial flora of the nasal mucosa, oropharynx, and the contents of the tonsils and also the sensitivity of flora to antibiotics which was determined with bacterial seeding.

Results: The difference of symbiosis of the mucous membrane of patients' upper respiratory tract was revealed, studied and compared with values in healthy individuals. Control smears from the mucous membrane of main group patients in 3-6 months after treatment confirmed the absence of pathogens in 100% of subjects.

Conclusions: Our research suggest the meaning and importance of sanitation of the mucous membrane against pathogenic flora which helps to improve the general condition of patients and contributes to the absence of exacerbations of the upper airways mucosa.

Key words: bacterial dysbiosis, nasal and oropharyngeal mucous membranes, therapy.