



УДК: 616.216 – 022.6

П.А. Кондрашев

ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ МАКСИЛЛЯРНЫХ СИНУСИТОВ

*Ростовский государственный медицинский университет,
кафедра болезней уха, горла и носа.*

Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пр. Нахичеванский, 29. E-mail: pavalkon@gmail.com

Цель: изучение особенностей микробного спектра при хронических риногенных и одонтогенных максиллярных синуситах.

Материалы и методы: было обследовано 48 пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике ЛОР болезней Рост.ГМУ по поводу хронического гайморита.

Результаты и выводы: выявлено, что доминирующую роль в возникновении риногенной патологии играет неклострициальная анаэробная флора, выделенная в 28,1%. Причиной бактериального воспаления при одонтогенной форме хронического синусита в 68,8% также являлись анаэробные бактерии.

Ключевые слова: риногенный и одонтогенный максиллярный синусит, неклострициальная анаэробная флора.

P.A. Kondrashev

THE ETIOLOGY OF CHRONIC PURULENT MAXILLARY SINUSITIS

*Rostov State Medical University,
ENT department*

29 Nakhichevansky st, Rostov-on-Don, 344022, Russia. E-mail: pavalkon@gmail.com

Purpose: This is a study of the microbial range peculiarities in chronic rhinogenous and odontogenous maxillary sinuites.

Materials and Methods: We have examined 48 chronic maxillary sinusitis patients treated in the ENT Hospital of Rostov State University.

Results and Summary: It has been revealed that the predominant part in the rhinogenous pathology emergence is performed by nonclostridial anaerobic flora excreted in 28,1% of cases. Bacterial inflammation in odontogenous chronic sinuitis was in 68,8% of cases also caused by anaerobic bacteria.

Keywords: rhinogenous and odontogenous maxillary sinuitis, nonclostridial anaerobic flora,

Введение

Проблема хронических воспалительных заболеваний околоносовых пазух и в частности одонтогенных синуситов, продолжает привлекать внимание клиницистов широким кругом нерешенных вопросов. Это связано с ростом числа больных данной патологией: до 30–40% от общего числа синуситов [1], развитием орбитальных и внутричерепных осложнений, отличающихся тяжелым течением [2], а так же сложностью диагностики и лечения одонтогенных синуситов [3,4], причем наиболее часто первыми сталкиваются с подобными проблемами врачи первичного звена (общей практики и лор врачи поликлиник).

Подавляющее большинство авторов ведущим этиологическим фактором в развитии хронических синуситов признают бактериальную флору, и все большее значение в развитии гнойной патологии околоносовых пазух при-

дают неклострициальной анаэробной инфекции, частота выделения которой по данным разных источникам колеблется от 14% до 57% [5,6,7].

Целью работы явилось изучение особенностей микробного спектра при хронических риногенных и одонтогенных максиллярных синуситах.

Материалы и методы

Было обследовано 48 пациентов (из них 28 женщин и 20 мужчин) в возрасте от 20 до 68 лет, находившихся на стационарном лечении в клинике ЛОР болезней Ростовского государственного медицинского университета по поводу хронического воспаления околоносовых пазух с сентября 2010 по сентябрь 2011 г.

Материал для исследования брали путем аспирации экссудата в шприц во время пункции пазухи до начала проведения антибактериальной терапии.



Результаты и обсуждение

Видовой состав выделенной бактериальной флоры у больных риногенной формой хронического максилляр-

ного синусита (I клиническая группа, n=32) представлен в таблице 1.

Таблица 1

Видовой состав выделенной бактериальной флоры у больных риногенной формой хронического максиллярного синусита (I клиническая группа, n = 32)

Микрофлора	Частота обнаружения в %	Чувствительность к антибиотикам
АНАЭРОБЫ	28,1%	левофлоксацин, метронидазол
АЭРОБЫ		
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	15,4%	Цефотаксим, цефобид, амоксиклав, кларитромицин
<i>Staphylococcus aureus</i>	15,4%	Линкомицин, клиндамицин, цефотаксим, далацин, амикацин, амикацин, кларитромицин, амоксиклав
<i>Streptococcus pyogenes</i>	11,5%	Цефотаксим, цефобид, амоксиклав, кларитромицин, левофлоксацин,
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7,7%	
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	7,7%	Ципрофлоксацин, цефобид, амикацин, клиндамицин
<i>Streptococcus viridans</i>	3,85%	Кларитромицин, амоксиклав, доксициклин, линкомицин
<i>E. Coli</i>	3,85%	амикацин, левофлоксацин, гентамицин,
<i>Streptococcus β-haemolyticus</i>	3,85%	Цефотаксим, цефобид, амоксиклав, левофлоксацин,
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3,85%	Ципрофлоксацин, левофлоксацин,
Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	Не обнаружены	
Отсутствие роста	3,85%	

Как видно из таблицы 1, рост микробной флоры на питательных средах был зарегистрирован в 30 (93,75%) случаях, в 2 (6,25%) – получен отрицательный результат.

Доминирующую роль в возникновении данной патологии играли неклостридиальная анаэробная флора, выделенная у 9 (28,1%) пациентов, *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus* – у 7 (21,9%).

Несколько реже высевались *Streptococcus pyogenes* – у 5 (15,6%) и *Pseudomonas aeruginosa* – у 4 (12,5%) больных. *Staphylococcus epidermidis* выделялся в 4 (12,5%) посевах.

Streptococcus viridans, *E. Coli*, *Streptococcus β-haemolyticus* и *Klebsiella pneumoniae* так же, по данным нашего исследования, можно отнести к редким возбудителям гнойной формы острого синусита: они встречались в 2 (6,25%) наблюдениях соответственно.

Неклостридиальная анаэробная флора была представлена *Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Fusodacterium nucleatum*, *Fusodacterium necroforum* и *Peptococcus*.

Высеваемая в I клинической группе больных микро-

флора в подавляющем большинстве случаев была представлена бактериальными ассоциациями: 25 (83,3%) наблюдений. Значительно реже при хроническом гнойном синусите наблюдалась моноинфекция – в 5 (16,7%) случаях, основным возбудителем которой являлся *Streptococcus pneumoniae*.

Наиболее часто наблюдались аэробно-анаэробные ассоциации: *Streptococcus pneumoniae* и *Staphylococcus aureus* с различными представителями неклостридиальной анаэробной флоры – у 7 (28%) больных, реже – аэробно-аэробные ассоциации (4 наблюдения – 16%).

Все выделенные микроорганизмы имели высокие показатели интенсивности колонизации: от lg 8 до lg 14 (КОЕ/мл), за исключением представителей неклостридиальных анаэробных бактерий, имевших уровень обсемененности исследуемого материала lg 3–4 КОЕ/мл, что достоверно ниже ($p < 0,005$), чем у аэробной бактериальной флоры.

Микробный пейзаж в группе больных одонтогенной формой хронического гайморита (II клиническая группа, n=16) представлен в таблице 2.



Таблица 2

Видовой состав выделенной бактериальной флоры у больных одонтогенной формой хронического гайморита (II клиническая группа, n = 16)

Микрофлора	Частота обнаружения в %	Чувствительность к антибиотикам
АНАЭРОБЫ	68,8	левофлоксацин, метронидазол, ципрофлоксацин
АЭРОБЫ		
<i>Streptococcus α-haemolyticus</i>	25	Цефотаксим, цефобид, амоксиклав, кларитромицин, левофлоксацин,
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	12,5	Ципрофлоксацин, цефобид, амикацин, клиндамицин
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	12,5	Цефотаксим, гентамицин, сизомицин, ципрофлоксацин
<i>Acinetobacter</i>	6,25	цефобид, полимиксин, Ципрофлоксацин, амикацин, левофлоксацин,
<i>Staphylococcus aureus</i>	6,25	Линкомицин, клиндамицин, цефотаксим, далацин, амикацин, амикацин, кларитромицин, метронидазол, амоксиклав
<i>Pr. Mirabilis</i>	6,25	полимиксин, Ципрофлоксацин, амикацин, левофлоксацин,
<i>E. Coli</i>	6,25	амикацин, левофлоксацин, гентамицин,
<i>Streptococcus faecalis</i>	6,25	Кларитромицин, амоксиклав, доксициклин, линкомицин
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	6,25	Ципрофлоксацин, левофлоксацин,
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6,25	Линкомицин, клиндамицин, цефотаксим, далацин, амикацин, амикацин, кларитромицин, амоксиклав, левофлоксацин,
Дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>	6,25	Не чувствительны ко всем испытанным антибиотикам
Отсутствие роста	-	

Как видно из таблицы 2, всего было выделено 19 штаммов различных возбудителей, из них наиболее часто встречались анаэробные бактерии – 11 (68,8%) пациентов. Аэробные микроорганизмы при хроническом одонтогенном гайморите распределились следующим образом: α-гемолитический стрептококк (4 наблюдения – 25%), эпидермальный стафилококк (2 посева – 12,5%), золотистый стафилококк (2 – 12,5%), синегнойная палочка (2–12,5%) и др.

Как аэробные, так и анаэробные микроорганизмы имели высокие уровни обсемененности исследуемого материала (8–10 lg КОЕ/мл и 10–12 lg КОЕ/мл соответственно) с отсутствием достоверной разницы в показателях.

Выводы:

Доминирующими возбудителями хронического одонтогенного максиллярного синусита являются представители неклостридиальной анаэробной флоры, которые при данной патологии выделялись значительно чаще, чем при риногенной форме гайморита (68,8% и 28,1%) и имели большие уровни колонизации: lg 10–12 (КОЕ/мл) и lg 3–4 (КОЕ/мл) соответственно.

Анаэробная флора, выделенная из пазух, не чувствительна к большинству антибиотиков, широко применяемых в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

- Бобров В.М., Коробейников Н.М., Манохин М.А. Одонтогенные гаймориты // Рос. Ринол. – 2007. – № 2. – С. 58.
- Оториноларингология. Национальное руководство / Волков А.Г. [и др.]. - М.: Медицина, 2008. - 475 – 491с
- Волков А.Г., Золотова Т.В. Особенности антибиотикотерапии при одонтогенном максиллярном синусите // Рос. Ринол. – 2007. – № 2. – С. 60–61.
- Миронов А.Ю. Неклостридиальная анаэробная инфекция полости рта и ЛОР органов // Вестн. оторинолар. – 1990. – № 6. – С. 76–78.
- Миронов А.Ю., Миронов А.А. Клинические особенности неклостридиальной анаэробной инфекции при патологии ЛОР – органов // Вестн. оторинолар. – 1991. – № 2. – С. 49–51.
- Пискунов С.З., Ерофеева Л.Н. Использование полимеров для пролонгации лечебного воздействия нозовых капель. Журн. ушн., нос. и горл. болезней. 1984; 3: 21–24.
- Хрусталева Е.В., Нестеренко Т.Г., Гербер В.Х. Одонтогенные полисинуситы ятрогенной этиологии // Рос. Ринол. – 2007. – № 2. – С. 28–29.

ПОСТУПИЛА: 23.04.2012