

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИКРОБНОЙ ФЛОРЫ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Хронический тонзиллит как экстрогоенитальная инфекция влияет не только на течение и исход беременности, но и на развитие плода и здоровье новорожденного [1, 3–7]. Клиническая картина заболевания характеризуется не только местными изменениями в глотке, но и проявлением различной степени интоксикации. Период гестации всегда сопровождается состоянием иммунодефицита, поэтому у беременной женщины возможна активация любых хронических очагов инфекции, в том числе, и хронического тонзиллита. В таких условиях особое значение может приобретать присутствующая в небных миндалинах не только патогенная, но и условно патогенная микробная флора. В тоже время, не все лекарственные средства и существующие традиционные методы лечения хронического тонзиллита могут быть использованы для санации хронического очага инфекции у женщины в период гестации. В статье представлены данные по спектру выделяемой микробной флоры при хро-

□ Оригинальные научные публикации

ническом тонзиллите у беременных и предложен план наблюдения пациенток в этот период. Санация очага хронической инфекции нормализует измененную реактивность и снижает алергизацию организма, устраняет патологическое влияние на формирующийся плод.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, беременность, микробная флора, лечебно-профилактические мероприятия.

I. V. Dolina

DEFINING TACTICS FOR PREGNANT WOMEN WITH CHRONIC TONSILLITIS ARE SEEDED BASED ON THE MICROBIAL FLORA

Chronic tonsillitis as extragenital infection that affects not only the course and outcome of pregnancy but also for the development of the fetus and newborn health. The clinical picture of the disease is characterized not only by local changes in the pharynx, but also a manifestation of varying degrees of intoxication. Gestation period is always accompanied by a state of immune deficiency, so pregnant women can activate any chronic infection foci, including, and chronic tonsillitis. In such circumstances, it acquires particular importance is present in tonsils not only pathogenic, but also conditionally pathogenic microbial flora. At the same time, not all drugs and existing traditional methods of treatment of chronic tonsillitis may be used for the rehabilitation of chronic foci of infection in women during the period of gestation. The article presents data on the spectrum released by the microbial flora in chronic tonsillitis in pregnant and proposed monitoring plan for patients during this period. Remediation of foci of chronic infection normalizes altered reactivity and reduces the allergy of the body, eliminating the pathological effect on the emerging fruit.

Key words: chronic tonsillitis, pregnancy, microbial flora, therapeutic and preventive measures.

Вопрос о причине воспаления небных миндалин в организме человека, роли этого воспаления и возможности развития различного рода осложнений окончательно не решен. Хронический тонзиллит как, экстрогогенитальная инфекция, влияет не только на течение и исход беременности, но и на развитие плода и здоровье новорожденного [1, 4–8]. Клиническая картина заболевания характеризуется не только местными изменениями в глотке, но и проявлением различной степени интоксикации. Обращает на себя внимание тот факт, что беременность сопровождается состоянием иммунодефицита, поскольку в период гестации в организме женщины происходит сложная гуморально-иммунная перестройка, направленная на выработку иммуносупрессирующих факторов в отношении антигенов плода отцовского происхождения. Поэтому у беременной женщины возможна активация любых хронических очагов инфекции, в том числе, и хронического тонзиллита. Ангина, как обострение хронического тонзиллита, является крайне нежелательной в период гестации. При этом у беременной женщины возможно внутриутробное заражение плода и осложнение течения беременности. Одной из основных причин роста числа гестозов, по данным литературы, является высокий уровень заболеваемости среди беременных [1–3; 8]. И. В. Дуда, Л. В. Вавилова отмечают, что экстрогогенитальная патология оказывает негативное влияние на плодное яйцо, приводит к нарушению маточно-плацентарного кровотока и может быть единственным этиологическим фактором невынашивания беременности либо отягощающим другие причины [2].

Физиологическое иммунодефицитное состояние способствует повышенной восприимчивости к инфекциям и усугубляет имеющиеся расстройства.

Этиологическим фактором в развитии хронического тонзиллита в популяции являются возбудители инфекции, среди которых выявляются как бактерии, так и вирусы, и грибы. В частности, по последним данным зарубежных и отечественных публикаций, *b*-гемолитический стрептококк группы А встречается у взрослых в 10–15% случаев, часто выявляются *St. aureus*, *H. influenzae*, *M. catarrhalis*, *N. gonorrhoeae*, *C. haemolyticum*, *M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*, *Toxoplasma*, анаэробы, аденовирусы, цитомегаловирусы, вирус герпеса и др. [8].

Врачу оториноларингологу и акушеру-гинекологу приходится учитывать тот факт, что не все лечебные мероприятия могут быть проведены беременной из-за риска токсического воздействия на плод.

В настоящее время нет обобщающих данных по спектру выделяемой флоры при хроническом тонзиллите у беременных и тактики ведения пациенток в период гестации.

Целью данной работы явилось определение характера микрофлоры лакун небных миндалин и определение тактики лечебно-профилактических мероприятий у беременных, страдающих хроническим тонзиллитом.

Материалы и методы. Обследовано 32 пациентки в возрасте 18–35 лет средний возраст составил $26,73 \pm 1,35$ лет. Все женщины страдали хроническим тонзиллитом в течение 5–7 лет. Других заболеваний у них не было выявлено. В соответствии со сроком

беременности, обследуемые были распределены на 3 группы. В I триместре – 9 беременных женщин, во II – 11 женщин, в III триместре – 12 женщин. Среди них 26 женщин первородящие и 6 – повторнородящих. У всех пациенток выявлена компенсированная форма хронического тонзиллита (согласно классификации Солдатова). Забор содержимого из глубины лакун небных миндалин производили на транспортную среду Амиеса и Сабуро, утром, натощак. Значимой считали патогенную флору в любом количественном представлении, в случае получения условно-патогенной микрофлоры значимой считали результат с количественным представлением $\times 10^5$ и выше.

Влагалищный мазок производили акушеры-гинекологи на транспортную среду Амиеса и Сабуро. Выполнили общеклинические исследования.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного исследования, было установлено, что у пациенток с хроническим тонзиллитом в лакунах превалировала патогенная и условно патогенная микрофлора. Патогенная флора была выделена у 26 пациенток т. е. в 81,25% случаях, условно патогенная флора была получена у 6 обследованных, т. е. в 18,75% случаях. В результате обследования были выделены следующие бактерии: *Staphylococcus aureus* + *Candida albicans* у 3(9,4%) женщин; *Enterobacter* sp. у 2(6,25%) женщин, *Escherichia coli* + *Candida albicans* – у 1(3,1%) женщин, *Staphylococcus epidermidis* – у 2(6,25%) женщин, *Staphylococcus aureus* – у 15(46,87%) женщин, *Streptococcus viridans* λ – hemolytic + *Candida albicans* – у 2(6,25%) женщин, *Candida albicans* – у 2(6,25%) женщин. *Streptococcus* β – hemolytic – у 3(9,4%) женщин, *Streptococcus viridans* λ – hemolytic у 2(6,25%) женщин.

Сравнение микробного пейзажа лакун небных миндалин и влагалища выявило совпадение лишь в 2 случаях (6,25%). Выделенная флора была представлена *Staphylococcus epidermidis*. При анализе течения гестации у обследованных женщин мы установили, что угроза прерывания была у 8(25%) пациенток, причем, большее количество случаев приходилось на первый триместр – 5(55,56%), во II триместре угроза прерывания существовала у 2(18,18%) женщин, в III – у 1(8,33%) обследованной.

Обоснование лечения. Основные параметры, которым должно соответствовать лекарственное средство для местного применения у беременных, – высокая активность против наиболее часто встречающихся возбудителей данной патологии, бактерицидное действие, минимальный риск селекции устойчивых микроорганизмов, достаточная аккумуляция в патологическом очаге, безопасность, хорошая переносимость, простота использования. Широкое и неадекватное использование системной антибактериальной терапии является главной причиной развития резистентности микроорганизмов и возможного токсического воздействия на плод. Необходимость назначения системных антибиотиков возникает при наличии обострения хронического тонзиллита в виде

ангины, либо наличии осложнений со стороны других органов, антибактериальные препараты должны использоваться с учетом чувствительности выделенной микробной флоры, с соблюдением оптимальных дозировок и продолжительности лечения.

С учетом вышеизложенного большее значение приобретает местная антисептическая терапия, при которой обеспечивается доставка оптимальной дозы активного ингредиента непосредственно в лакуны небных миндалин, т. е. в очаг воспаления. Преимуществами местной терапии при выполнении санации лакун небных миндалин пациентам страдающим хроническим тонзиллитом являются простота и доступность введения в зону патологических изменений, высокая концентрация лекарственного вещества в очаге воспаления при малой общей дозе препарата, минимальный риск системных побочных эффектов. Количество санационных процедур на курс лечения 7–10. Противовоспалительное действие оказывает проводимая ароматерапия, применяются эфирные масла эвкалипта, кедра, чайного дерева, лаванды, грейпфрута в виде полосканий и ингаляций. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий включает также санацию полости рта. Санацию лакун небных миндалин пациенткам, страдающим хроническим тонзиллитом, за период гестации необходимо выполнять дважды: при постановке на учет по беременности и в 30–32 недели.

Выводы

1. Таким образом, наличие у беременных женщин хронического тонзиллита требует верификации возбудителя.

2. Патогенная флора была выделена в 81,25% случаях, условно патогенная – в 18,75% случаях.

3. Характер высеваемой микрофлоры указывает на необходимость проведения лечебно-профилактических мероприятий в трех триместрах беременности с обязательным включением в курс лечения промываний лакун небных миндалин антисептическими средствами (например, 0,1% раствор перекиси водорода).

4. Наличие у беременных хронического тонзиллита является неблагоприятным фоном течения беременности, в 25% случаях была угроза прерывания.

Вопрос совпадения микробной флоры влагалища и лакун небных миндалин требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Вольф, Дж. Манн. Симптомы ЛОР-заболеваний во время беременности // Российская ринология. – 1997. – № 3. – С. 8–9.

2. Дуда, И. В., Вавилова Л. В., Пивень Н. В., Дудко Н. И. Функциональное состояние фето-плацентарной системы при угрожающих преждевременных родах у больных экстрагенитальной патологией / И. В. Дуда, Л. В. Вавилова, Н. В. Пивень, Н. И. Дудко // Репродукция, планирование семьи и экстрагенитальная патология. Тезисы докладов научно-практической конференции Беларуси 28–29 апреля 1993 г. – С. 106–107.

□ Оригинальные научные публикации

3. Долина, И. В. Хронический тонзиллит как фактор, отягощающий течение беременности // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2006. – № 2. – С. 214–215.

4. Мышенцева, С. Е., Барышевская Л. А., Тарасова Н. В. Хронический тонзиллит как причина невынашивания беременности // Российская оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 57–60.

5. Шмагель, К. В. Иммуитет беременной женщины. – М.: Медицина, 2003. – 225 с.

6. Шехман, М. М. Руководство экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехман. – М., 1999. – 816 с.

7. Пальчун, В. Т., Сагалович Б. М. Роль и место учения об очаговой инфекции в патогенезе и современных подходах к лечебной тактике при хроническом тонзиллите// Вестник оториноларингологии. – 1995. – № 5. – С. 5–12.

8. Hillmaan, E. J. Otolaryngologic Manifestation of Pregnancy. 1995. – <http://bcm.edu/oto/grand/2295.html>.

Поступила 19.02.2016 г.