

*В.І. ПОПОВИЧ, О.Б. ДИКИЙ, Г.Б. МАТЕЙКО,
В.М. ВАНЧЕНКО, Н.М. КУДЕРСЬКА*

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ЕПІФАРИНГІТУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНОЮ ВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ ЕПСТАЙНА-БАРРА НА ТЛІ ДИСБІОЗУ НОСОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ

*Каф. оториноларингології з курсом хірургії голови та шиї
(зав. – проф. В.І. Попович) Ів.-Франк. держ. мед. ун-ту*

Причиною прогресування переважної більшості запальних захворювань носової частини глотки є порушення в її місцевому мікро-біоценозі (А.Е. Вершигора, В.В. Овод, 1991). Колонізаційна резистентність забезпечує стабільність кількісного та видового складу мікрофлори. Ефективне функціонування системи колонізаційної резистентності слизової оболонки носової частини глотки зумовлене раціональною взаємодією її імунологічної та мікробіологічної ланок (Н.В. Белобородова, 2003; В.Г. Радионов и соавт., 2004). Система місцевого імунітету сприяє формуванню та підтримці стабільної мікроекології порожнини носової частини глотки, перешкоджає її колонізації умовно-патогенною та патогенною мікрофлорою, стимулюючи імунну відповідь внаслідок постійного контакту з бактеріальними, грибовими, вірусними та іншими антигенами. В нормі між патогенною мікрофлорою, що потрапляє до носової частини глотки, та місцевими і запальними факторами імунного захисту існує рівновага, порушення якої може обумовити розвиток і прогресування запальних захворювань (Р.М. Хайтов, Б.В., Пинегин, 2000; Е.Б. Блохина, 2003; А.И. Хавкин, 2003; А.С. Сидорук, 2006). Тому великого значення набуває проблема дисбіозу носової частини глотки, необхідність враховувати порушення колонізаційної резистентності як фактора, що визначає формування та прогресування патологічного процесу.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-ендоскопічних особливос-

тей перебігу хронічного епіфарингіту у пацієнтів з вірусною інфекцією Епстайна-Барра (ЕБВ) в залежності від ступеня дисбіозу носової частини глотки.

Матеріал і методи дослідження

Нами проведено комплексне обстеження і лікування 32 пацієнтів з хронічним епіфарингітом, асоційованим з ЕБВ інфекцією, які знаходились на стаціонарному лікуванні в ЛОР-клініці ІФДМУ. Діагноз епіфарингіту визначався на підставі комплексного клініко-ендоскопічного обстеження. Для виявлення характеру патологічних змін виконувалось ендоскопічне обстеження носової порожнини і носової частини глотки за допомогою ендоскопічної апаратури фірми „Storz 2”. Інфікування ЕБВ встановлювалось на основі ПЛР і ІФА-досліджень. Крім того, у всіх хворих здійснювалось мікробіологічне дослідження змивів з носової частини глотки.

Результати та їх обговорення

Лабораторним критерієм стану мікробіологічної ланки колонізаційної резистентності є характер мікроекології носової частини глотки, при порушенні якої визначається дисбіоз I, II, III та IV ступеня (табл.).

Дисбіоз I ступеня мав місце у 8 (25%) обстежених і характеризувався незначними змінами мікробіоценозу слизової оболонки носової частини глотки за рахунок допорогового підвищення кількості одного виду умовно патогенної мікрофлори (стафілококів, стрептококів, ентеробактерій, дріж-

джоподібних грибів роду *Candida*) при збереженні нормального видового складу мікрофлори. Це був латентний дисбіоз, при якому клінічні прояви епіфарингіту виявилися мінімальними і полягали в скаргах на першіння, відчуття „комка” в горлі, відчуття „стікання” по задній стінці глотки. При ороскопії відмічались ознаки хронічного гранульозного фарингіту на фоні незначної

атрофії слизової оболонки задньої стінки глотки. При ендоскопічному обстеженні спостерігалась гіперемія, набряк лімфоїдної тканини носової частини глотки, помірна кількість густих слизових виділень, незначна кількість кірок. У таких хворих проводилась санація носової частини глотки антисептиками, призначались місцево пробіотики.

Перебіг епіфарингіту ЕБВ етіології та лікувальна тактика в залежності від ступеня дисбіозу носової частини глотки

| Ступінь дисбіозу | Особливості перебігу захворювання | | |
|------------------|---|---|--|
| | мікрофлора | клінічні ознаки | лікування |
| I | допорогове збільшення кількості одного виду УПФ при збереженні нормального видового складу мікрофлори | відповідають латентному перебігу епіфарингіту (виразні клінічні прояви відсутні) | санація носової частини глотки антисептиками, застосування пробіотиків |
| II | наявність 2-3 видів УПФ, зниження титру лакто- і біфідобактерій | відповідають компенсованому епіфарингіту (клінічні прояви та часті ГРВІ, риніти, фарингіти) | попередня терапія + місцева імункорекція |
| III-IV | асоціації патогенних видів бактерій з грибами роду <i>Candida</i> при відсутності нормальної мікрофлори | відповідають декомпенсованому епіфарингіту (постійно утруднене носове дихання, часті ГРВІ, рецидивуючі синусити, риніти, фарингіти) | попередня терапія + місцева імункорекція, системна імунотерапія; при необхідності – хірургічне втручання |

Для дисбіозу II ступеня, який мав місце у 10 (31,25%) осіб, властива присутність 2-3 видів умовнопатогенних мікроорганізмів на фоні зменшення питомої ваги кількості симбіонтної мікрофлори, особливо лакто- і біфідобактерій, тобто відбувалося порушення не тільки кількісного, але й якісного складу мікрофлори носової частини глотки. Такий мікробний „пейзаж” відповідав субкомпенсованій формі дисбіозу і супроводжувався вираженими клінічними ознаками та яскравими ендоскопічними симптомами епіфарингіту: гіперемія, набряк, рясні слизові виділення, що стікають у глотку. Характерною особливістю є наявність у пацієнтів даної групи рецидивуючих ринітів, фарингітів, частих ГРВІ. Крім місцевої санації носової частини глотки і місцевого та системного застосування пробіотиків, в та-

ких випадках призначався місцевий імунomodулятор ІРС 19.

Дисбіоз III і IV ступеня, діагностований, відповідно, у 9 (28,13%) і 5 (15,62%) обстежуваних, характеризувався надмірною колонізацією слизової оболонки носової частини глотки патогенними видами бактерій (піогенним стрептококом, пневмококом, гемофільними бактеріями) в асоціації з грибами роду *Candida* із значним зменшенням чи відсутністю представників симбіонтної мікрофлори та вираженістю клінічних ознак захворювання, що є типовим для декомпенсованого дисбіозу з поліморфізмом клінічних проявів епіфарингіту та патологічних змін в глотковому мигдалику – від гіперпластичних процесів (у 6 осіб) до атрофічних (у 4). На фоні постійно утрудненого носового дихання часто виникали ГРВІ з ре-

цидивуючими фарингітами, тонзилітами, синуситами. Характерним для таких хворих є частий вечірній субфебрилітет і поліаденопатія лімфовузлів задньої шийної групи. До терапії, яка застосовувалась при дисбіозі I-II ступеня, при III і IV ступені додавалися рекомбінантні інтерферони або стимулятори ендogenousного інтерферону. У 8 пацієнтів проводилось також ендоскопічне хірургічне втручання з видаленням кіст, які сформувалися в глотковому мигдалику.

1. Белобородова Н.В. О микрофлоре хозяина и ее участии в ответе на инфекцию // Антибиотики и химиотерапия. – 1998. - №9 (43). – С. 44-48.
2. Блохина Е.Б. Роль латентной инфекции, вызванной вирусом Эпштейна-Барра, в развитии лимфопролиферативных заболеваний // Вопр. гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. – 2003. – Т. 2, №3. – С. 65-70.
3. Вершигора А.Е., Овод В.В. Клеточные и молекулярные основы местного иммунитета // Успехи современной биологии. – 1991. - №3 (91). – С. 393-408.

Висновки

Отже, клінічні прояви епіфарингіту у хворих на хронічну ЕБВ-інфекцію корелювали із ступенем дисбіозу та вираженістю запального процесу в носовій частині глотки. Аналіз перебігу епіфарингіту з урахуванням глибини і характеру порушень біоценозу носової частини глотки є умовою оптимізації та ефективного використання комплексної терапії у таких пацієнтів.

4. Радионов В.Г., Прилуто О.А., Андрашко Ю.А. Герпесвирусные заболевания человека. – Луганск: ИПЦ «Элтон-2», 2004.
5. Сидорук А.С. Мікробні асоціації патогенних та умовнопатогенних мікроорганізмів зів у хворих на грип // Буковин. мед. вісн. – 2006. – Т. 10, №1. – С. 67-70.
6. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет // РМЖ (Детская гастроэнтерология и нутрициология). – 2003. – Т.11, №3. – С. 122-126.
7. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В. Современные представления о защите организма от инфекций // Иммунология. – 2000. - №1. – С. 60-64.

Надійшла до редакції 28.08.07.

© В.І. Попович, О.Б. Дикий, Г.Б. Матейко, В.М. Ванченко, Н.М. Кудерська, 2007

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ
ХРОНИЧЕСКОГО ЭПИФАРИНГИТА
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ
ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ЭПСТАЙНА-
БАРРА НА ФОНЕ ДИСБИОЗА НОСОВОЙ
ЧАСТИ ГЛОТКИ**

*Попович В.И., Дикий О.Б., Матейко Г.Б.,
Ванченко В.Н., Кудерская Н.М. (Ивано-Франковск)*

Резюме

Изучалось течение эпифарингита у 32 больных хронической вирусной инфекцией Эпштейна-Барра (ЭБВ) в зависимости от степени дисбиоза носовой части глотки. Выявлено, что клинические проявления эпифарингита коррелировали со степенью дисбиоза и выраженностью воспалительного процесса в носовой части глотки. Особенности течения эпифарингита с учетом глубины и характера нарушений биоценоза носовой части глотки обуславливают оптимизацию и эффективность применения комплексной терапии у таких пациентов.

**THE CHRONIC RHINOPHARYNGITIS
COURSE PECULIARITIES IN PATIENTS
WITH EPSTEIN-BARR CHRONIC VIRUS
INFECTION ON THE LARYNX NOSE PART
DYSBIOSIS BACKGROUND**

*Popovych V.I., Dykyu O.B., Mateyko G.B.,
Vanchenko V.N., Kuderskaya N.M. (Ivano-Frankovsk)*

Summary

The rhinopharyngitis course in 32 patients with Epstein-Barr chronic virus infection in dependence from larynx nose part dysbiosis level. It was discovered that the rhinopharyngitis clinical demonstration correlated with the dysbiosis level and inflammation process in the larynx nose part. The peculiarities of the rhinopharyngitis course with a glance of deepness and character of the larynx nose part biocenose damage conditioned the optimization and efficacy of the complex therapy usage in such patients.