

О.В. ДІХТЯРУК, В.Я. ДІХТЯРУК

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ КОМБІНОВАНОГО ПРОБІОТИКА «ЛАКТО» В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АТРОФІЧНОГО ФАРИНГІТУ У ДОРΟΣЛИХ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Наприкінці ХХ століття відбулися істотні зміни в епідеміології захворювань ЛОР-органів, обумовлені «відродженням» високо вірулентних штамів мікроорганізмів, а також характером зовнішніх факторів. Хронічний фарингіт з кожним роком стає все більш поширеним явищем. Половина міських жителів страждає на хронічний фарингіт. Забруднення навколишнього середовища, шкідливі звички, погане харчування – усе це призводить до виникнення захворювання [3,7]. Відомо, що приблизно 70% фарингітів викликаються вірусами. Серед вірусів найбільш частими патогенами є риновіруси (близько 20%), коронавіруси, аденовіруси, віруси грипу (А і В) і парагрипу. У 15-30% випадків визначається *b*-гемолітичний стрептокок групи А. Виявлення даного збудника важливо, бо при нелікованій інфекції можливий розвиток таких ускладнень, як гострий ревматизм, гломерулонефрит, піогенний абсцес. Інші бактерії зустрічаються рідше. У випадках рецидивуючих інфекцій причиною захворювання можуть бути збудники, що продукують *b*-лактамази: *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* і *Bacteroides fragilis* [1, 4, 8].

Інші такі збудники фарингіту, як мікоплазми, хламідії, рино- і коронавіруси, віруси грипу та парагрипу, вірус Епштейна-Барра, вірус Коксаки, стрептококи груп С і G, *Arcanobacterium haemolyticum*, *N. gonorrhoeae*, *S. diphtheriae* (дифтерія), анаероби, спірохети, виявляються значно рідше [4, 8, 10].

Основною ланкою патогенезу фарингіту є проникнення різних збудників в слизову оболонку глотки. Розвиваються гіперемія, набряк, геморагія глоткових стінок і формується фібринозна плівка, яка складається з лейкоцитів, відмерлих клітин та бактерій. Важливу роль в схильності до хронічної інфекції відіграє дефект імунної системи, зокрема низький вміст IgA і IgG₂, знижена здатність продукувати В-клітини, а також порушення, пов'язані з хворобами шлунково-кишкового тракту [1, 3, 9].

Хронічний фарингіт майже ніколи не є самостійним захворюванням. Досить часто це – один з проявів системного дистрофічного захворювання шлунково-кишкового тракту: гіпо- та антацидного гастриту, гіпотонії та дисбактеріозу кишечника, різних функціональних порушень гепатолієнальної системи, що призводять до функціонального розладу глотково-стравохідного комплексу – хронічного гастриту, панкреатиту, гастродуоденіту, холециститу та інших захворювань. Однією з найбільш частих причин хронічного фарингіту є потрапляння в глотку шлункового соку, який при цьому подразнює її слизову оболонку. Це, як правило, відбувається уві сні, переважно за наявності в анамнезі грижі стравохідного отвору діафрагми або гастроєзофагальної рефлюксної хвороби. В таких випадках необхідно, в першу чергу, ліквідувати головну причину, а саме – провести лікування приводу наявного захворювання ШКТ. Без усунення основної причини захворювання будь-які методи місцевого лікування хворих

на ХАФ дають недостатній і нетривалий ефект [2, 5, 6].

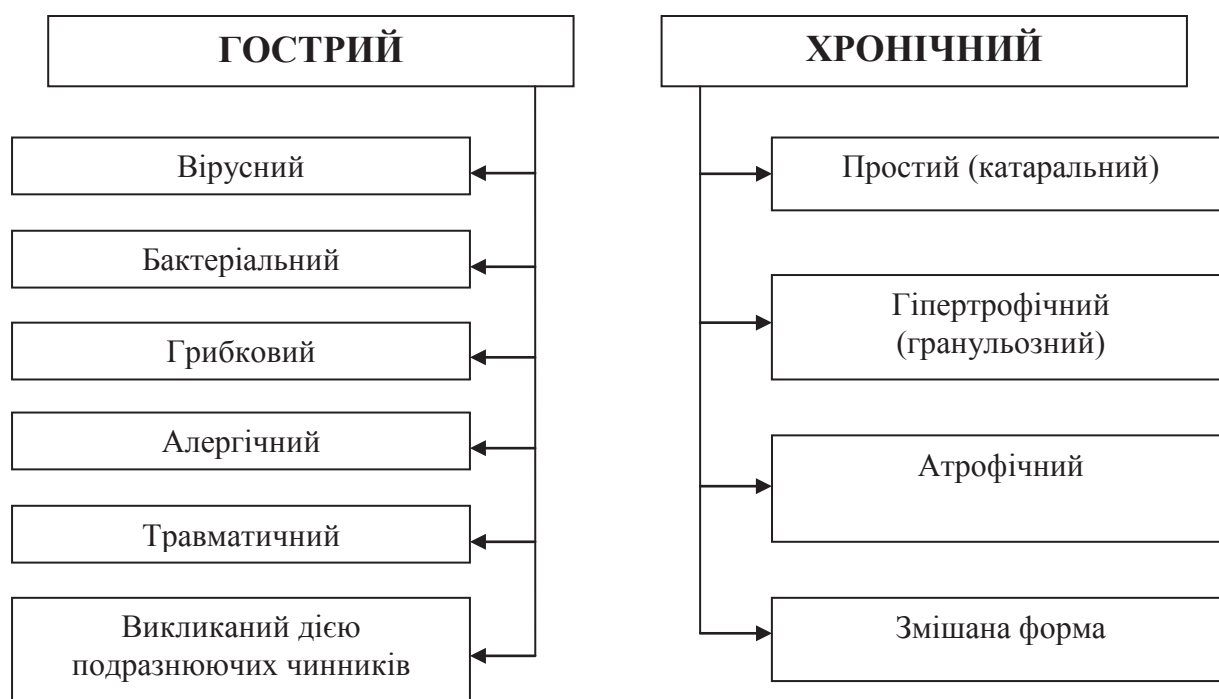
Хронічні фарингіти звичайно класифікуються не за етіологічними ознаками, а за характером змін, що розвиваються в слизовій оболонці, як показано на схемі: катаральний (простий), атрофічний (субатрофічний) і гіпертрофічний.

Зазначені форми хронічного запалення часто поєднуються. Так, наявність дифузних атрофічних змін у слизовій оболонці може поєднуватися з осередковою гіперплазією лімфоїдної тканини задньої стінки глотки або тубофарингеальних валиків [1, 3, 6].

Найбільш складною при лікуванні є атрофічна форма хронічного фарингіту (ХАФ). Хворих на атрофічний фарингіт турбують хворобливі відчуття при ковтанні, першіння в горлі, сухий кашель, відчуття

сильного пересихання в горлі, що порушує нічний сон, а також ускладнює вживання солоної і гострої їжі. Цей вид фарингіту майже завжди поєднується з атрофією слизової оболонки порожнини носа (атрофічний нежить). При обстеженні глотки визначається блідість, потоншення, сухість слизової оболонки задньої стінки глотки, яка іноді вкрита шаром слизу, що засихає у вигляді кірок. В зв'язку з тим, що у більшості гастроентерологічних пацієнтів з дисбіотичним процесом залучається і мікрофлора порожнини рота та глотки, було розроблено спосіб лікування з урахуванням мікробіоценозу глотки і кишечника. Він полягає в поєднанні місцевого застосування лізоциму, трипсину, розчину Люголя з одночасною корекцією дисбактеріозу кишечника пробіотиками [2, 10]

Класифікація фарингіту



Мета дослідження

Мета дослідження – вивчити вплив комбінованого пробіотика «Лакто» в схемі комплексної терапії на клінічний перебіг хронічного атрофічного фарингіту у дорослих.

Матеріали та методи

Нами було обстежено 50 хворих на атрофічний фарингіт, середній вік яких склав 37,12±3,43 роки. Серед них було 26 чоловіків і 24 жінки. Лікування тривало 4 тижні. За даними анамнезу життя та ре-

зультатами об'єктивного обстеження, у пацієнтів виявлена супутня патологія – дисбактеріоз ШКТ I-III ступенів тяжкості, що був достовірно визначений на основі показників бактеріального посіву.

Критеріями виключення із дослідження була наявність у пацієнтів дисбактеріозу ШКТ IV ступеня тяжкості, а також інших соматичних захворювань в анамнезі, що могли спричинити недостовірність результатів дослідження. Про ступінь дисбактеріозу дозволяє судити класифікація В.М. Бондаренко (табл. 1).

В залежності від призначеного лікування всі хворі були розподілені на дві групи. Контрольна група пацієнтів отримувала базисну місцеву терапію – очистка глотки від кірок і слизу шляхом зрошення її розчинами протеолітичних ферментів та використанням лужних полоскань з подальшим сеансом фізіотерапії (опромінення гелій-

неоновим лазером) та нанесенням активно діючої речовини на основі депротеїнізованого гемодеривату без додаткового призначення пробіотиків. В основній групі на тлі базисної терапії був залучений пробіотик «Лакто» в дозі – 1 капсула тричі на добу за 30 хв до їжі впродовж 4 тижнів.

З метою контролювання кількісно-якісного складу партії препарату «ЛАКТО», що застосовувався в клінічному дослідженні, було проведено вибіркового посів вмісту капсул препарату на поживні середовища. Так, з 6 різних упаковок зазначеної партії визначено наступний кількісно-якісний склад, а саме: живі ліофілізовані *Saccharomyces boulardii* – 0,325x10⁹; спори *Lactobacillus sporogenes* (*Bacillus coagulans*) – 0,325 x 10⁹; живі ліофілізовані *Lactobacillus rhamnosus* – 0,325 x 10⁹; живі ліофілізовані *Bifidobacterium longum* – 0,325 x 10⁹, що відповідало анонсованим в інструкції показникам.

Таблиця 1

Класифікація дисбактеріозу за В.М. Бондаренко

Ступінь вираженості дисбактеріозу	Оцінка ступеня вираженості дисбактеріозу	Характер росту кишкової мікрофлори	
		кишкової палички	умовно-патогенних мікробів в асоціації або в чистій культурі – стафілокока, протей, дріжджоподібних грибів, лактозонегативних ешеріхій та інших
Слабкий	+	зменшення	колонії займають 1/4 чашки Петрі
Помірний	++	зменшення	колонії займають 1/2 чашки Петрі
Виражений	+++	одиночні колонії	колонії займають 3/4 чашки Петрі
Різко виражений	++++	зростання відсутнє	колонії займають всю чашку Петрі
Нормальна мікрофлора	-	рясний ріст	одиночні колонії

Крім загально-клінічних ЛОР-обстежень, у всіх хворих основної та контрольної груп був досліджений стан мікрофлори кишечника, який проводився до початку та після лікування. Визначення видового та кількісного складу мікрофлори здійснювалось методом посіву десятикратних розведень на стандартний набір

елективних та диференціально-діагностичних поживних середовищ для виділення аеробних і анаеробних мікроорганізмів. Таким чином, в табл. 2 наведено отримані дані щодо стану мікрофлори кишечника у хворих на ХАФ основної та контрольної груп, розраховані за методом В.М. Бондаренко.

Розподіл хворих на ХАФ за станом кількісного складу мікрофлори ШКТ до та після лікування

Обстежувані групи	Період дослідження	Кількість хворих з дисбіозом різного ступеня тяжкості							
		всього		I ступінь		II ступінь		III ступінь	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Основна	до лікування	25	100,0	5	20,0	10	40,0	10	40,0
	після лікування	7	28,0	1	4,0	2	8,0	4	16,0
Контрольна	до лікування	25	100,0	4	16,0	9	36,0	12	48,0
	після лікування	25	100,0	4	16,0	8	32,0	13	52,0

Критеріями оцінки ефективності лікування була нормалізація / покращання фарингоскопічних показників, зникнення / зменшення першіння (болей) в горлі, відновлення нормальних показників мікрофлори кишечника та не менше 60 відсотків в групі хворих, у яких було розраховано статистично достовірне підвищення якості життя, відповідно до нормалізованих даних, отриманих для генеральної сукупності обстеженої популяції українського населення, за шкалою "SF-36 v.2™ Health Status Survey"-«оцінки якості життя» (рис. 2). Для оцінки больового відчуття в горлі використовувалась вербальна рангова шкала, яка складається з набору дескрипторів, що характеризують інтенсивність больового відчуття і послідовно нумеруються від менш важкого до більш важкого: болю немає (0), слабкий біль (1), помірний біль (2), сильний біль (3), дуже сильний (4) і нестерпний біль (5). Позитивною динамікою лікування нами вважались зміни суб'єктивних анамнестичних даних хворих не менш, ніж на 2 одиниці, за вербальною шкалою після початку лікування. На рис. 1 представлені середньостатистичні показники динаміки змін больового відчуття до та після лікування хворих на ХАФ основної та контрольної груп, розраховані за наведеною шкалою.

Анкетування проводив сам пацієнт, висловлюючи ставлення до стану свого здоров'я, яке полягало в оцінці основних пара-

метрів здоров'я населення, а саме: фізичне функціонування (Physical Functioning – PF); рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP); інтенсивність болю (Bodily pain – BP); загальний стан здоров'я (General Health – GH); життєва активність (Vitality – VT); соціальне функціонування (Social Functioning – SF); рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE); психічне здоров'я (Mental Health – MH).

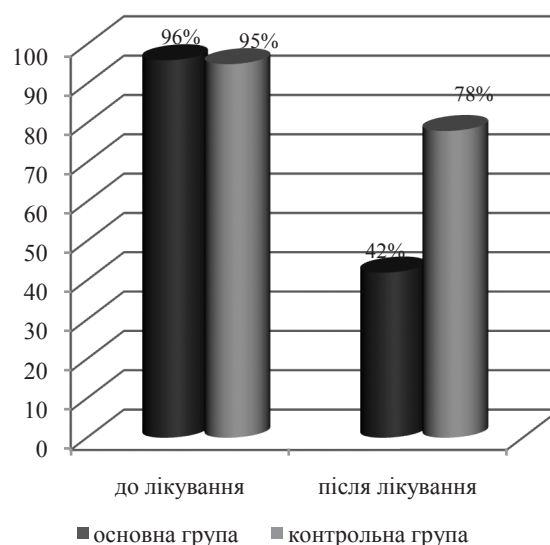


Рис. 1. Графік змін суб'єктивного відчуття болю до та після лікування осіб основної та контрольної груп

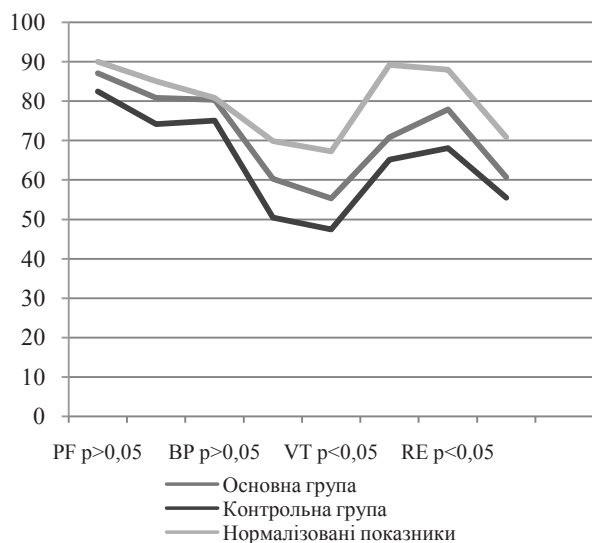


Рис. 2. Графічне відображення показників за шкалою "SF-36 v.2TM Health Status Survey" у хворих на ХАФ основної та контрольної груп в порівнянні з нормою.

Згідно з отриманими результатами, можна зробити наступні висновки: лікувально-профілактичні заходи у осіб з атрофічним фарингітом повинні бути тривалими і комплексними, а ефективність лікування прямо пропорційно залежить не лише від своєчасної місцевої терапії, але й від дбайливого лікування з приводу порушень ШКТ.

Застосування комбінованого пробіотика «Лакто» в схемі комплексного лікування хворих на хронічний атрофічний фарингіт основної групи виявилось високоефективним у порівнянні з контрольною групою, що доведено відновленням дисбалансу кишкової мікрофлори, покращанням клінічної симптоматики основного захворювання та достовірним підвищенням якості життя пацієнтів, у порівнянні з нормалізованими показниками за шкалою "SF-36 v.2TM Health Status Survey".

1. Графская Н.А. Коррекция микробного дисбаланса глотки при хронических фарингитах // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. - № 1. – С. 6-8.
2. Кокряков В.Н. Биология антибиотиков животного происхождения. – СПб.: Наука, 1999. – 162 с.
3. Плужников М.С., Панова Н.В., Левин М.Я., Лавренова Г.В., Афанасьева И.А. Фарингит (клинико-морфологические аспекты и криохирургия) / Под ред. М.С. Плужникова. – СПб.: Диалог, 2006. – 120 с.
4. Страчунский Л.С., Богомилский А.Н. Антибактериальная терапия стрептококкового тонзиллита и фарингита // Детский доктор. – 2000. – 33 с.
5. Dagnelie C.F. Sore Throat in General Practice // A Diagnostic and Therapeutic Study. Thesis. – Rotterdam, 2004.
6. De Melker R. Prescribing patterns for respiratory tract infections: Dutch data from international perspective // Program and abstracts of the 3rd International Meeting on Upper Respiratory Tract Infections. – Crete, 2011. – S. 1.
7. Gwaltney J.M. The common cold // Principles and Practice of Infectious Diseases / G.L. Mandell, J.E. Bennet, R. Dolin, editors / 4th Edition. NY: Churchill Livingstone, 2009; 5616.
8. Hansaker D.H., Boone J.L. Etiology of Infectious Diseases of the Upper Respiratory Tract // Otorhinolaryngology: Head and Neck Surgery/ J.J. Ballenger, J.B. Snow, editors 15th edition. – Baltimore: Williams & Wilkins, 2010. – 69-83.
9. Otori N., Paydas G., Stierna P., Westrin K.M. The antiinflammatory effect of fusafungine during experimentally induced rhinosinusitis in rabbit // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. – 2011; 255: 195-201.
10. Rice D.H. Microbiology // The Sinuses / P.J. Donald, J.L. Gluckman, D.H. Rice. Editors. – New York: Raven Press, 2012. – 5764.

Надійшла до редакції 05.07.13.

© О.В. Діхтярук, В.Я.Діхтярук, 2013