

PEISAJUL MICROBIAN LA PACIENȚII CU PATOLOGIE BUCOFARINGIANĂ

Mihail Maniuc, Nina Capitan, Victoria Botan, Marina Leicovici

Catedra Otorinolaringologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The microbial picture in patients with oropharyngeal diseases

Tonsils are a collection of lymphoid tissue, whose main aim is to provide immune protection of the organism. The important sign of abnormal tonsils is the presence of purulent or caseous content in the gaps. The constant mono- or polymicrobial palatine tonsils flora forms a complex and stable ecosystem, that sustains chronic inflammatory process. According to the modern literature, microflora spectrum is represented as pathogens and strains of the conditionally pathogenic microflora.

Keywords: Chronic tonsillitis, microbial flora

Rezumat

Amigdalele palatine reprezintă o colecție de țesut limfoid, a căror scop principal este să asigure protecția imună a organismului uman. Caracteristic pentru amigdalele palatine patologice schimbate este prezența conținutului purulent sau a maselor cazeoase în cripte. Flora constantă a amigdalelor palatine mono- sau polimicrobiană formează o ecosistemă complexă și stabilă, care susține procesul inflamator cronic. Conform datelor literaturii contemporane spectrul microflorei este prezentat atât de către agenții patogeni, cât și de ștamele microflorei condiționat patogene.

Cuvinte cheie: amigdalita cronică, floră microbiană.

Actualitatea temei

Afecțiunile inflamatorii constituie cel puțin 87% din numărul total de maladii a sferei ORL și aproximativ 10-50% [3] din ele îi revin amigdalitei cronice. Rolul biologic al amigdalelor palatine constă în faptul, că acestea sunt implicate în mecanismul de protecție imună al organismului uman. Procesul inflamator în amigdalele palatine duce la modificări patologice în ele, deregând funcția imunologică, astfel încât amigdalele palatine însăși devin o sursă de infecție. Cu toate acestea, în prezent, apar noi date ce ne impune necesitatea studierii în continuare a peisajului microbial al faringelui.

Obiectivele lucrării

elucidarea și studierea compoziției microflorei al amigdalelor palatine la pacienții cu patologia organelor ORL și evaluarea rolului ei în dezvoltarea bolilor.

Materiale și metode

Lucrarea prezintă un review al literaturii de specialitate recentă. Studiile au fost efectuate în baza literaturii disponibile, tratatelor editate referitor la problema studiată, cât și a materialelor oferite de serviciul Internet.

Rezultate și discuții

Amigdalele palatine sunt situate pe pereții laterali ai orofaringelui și reprezintă principalele "organe de lucru" ale amigdalelor din inelul limfoid faringian [1]. Localizarea amigdalelor la hotarele căilor digestive și respiratorii, condiționează contaminarea lor inițială de flora microbiană. Cu toate acestea, particularitățile anatomo-fiziologice ale amigdalelor palatine: criptele cu o structură ramificată, prevăd o expunere prelungită a antigenului exogen cu celulele organului limfoid, necesar pentru elaborare unor substanțe specifice și nespecifice biologic active și a elementelor celulare de apărare (lizozim, interferon, interleukina, imunoglobulină A, M, G, sA, limfocite, celule plasmatică, macrofagi).

De asemenea, este clar că compoziția celulară și capacitatea funcțională a aparatului limfoid variază cu vârsta populației.

La copiii de 1,5-3 ani compoziția celulară a amigdalelor palatine este prezentată de T-celule (80%), însă la această vârstă sunt schimbări fiziologice în raportul subpopulațiilor a T-limfocitelor cu deficit a celulelor T-helper, ceea ce duce la insuficiența compartimentului celular imun, caracterizată prin prevalența microflorei virale, oportuniste, și fungice, din cadrul proceselor patologice al inelului faringian. Insuficiența celulelor T-helper, de asemenea, duce la o diferențiere inadecvată a B-limfocitelor, și la o sarcină antigenă crescută provoacă o hiperproducție de IgE, dar nu IgA din țesutul limfoid, ce condiționează componentul infecțios-alergic în patogeneza amigdalitei cronice. Capacitatea scăzută a țesutului limfoid la sinteza completă a anticorpilor duce la hiperplazia amigdalelor palatine și faringiene.

În vârsta de 6-7 ani se finalizează reorganizarea morfologică a amigdalelor palatine, care ocupă o suprafață maximă datorită dezvoltării depline a lacunelor și criptelor, și deja în această etapă pot fi instalate dereglări de drenaj a lacunelor [7, 8, 9, 10, 12].

În timpul pubertății continuă micșorarea masei organelor limfoide și crește riscul de dezvoltare a afecțiunilor inflamatorii ai inelului limfatic faringian.

Trebuie de remarcat faptul că, rolului etiologic real în bolile inflamatorii ale urechii, nasului și gâtului, i se atribuie un număr limitat de bacterii (ca exemplu - *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium diphtheria*, *Treponema pallidum*); majoritatea altelor bacterii nu corespund postulatelor lui Koch - triada de cerințe, criterii, ceea ce dovedește în favoarea rolului etiologic al unui microorganism cu o anumită boală, asociată cu aceasta [11]:

1. Microorganismul se întâlnește tot timpul în organismul oamenilor bolnavi (sau animalelor) și lipsește la persoanele sănătoase. Dar în populație există oameni, așa numiți "purători sănătoși", această referă la *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*.
2. Microorganismul trebuie să fie izolat de la persoana sau animalul infectat, iar tulpina acestuia trebuie să fie cultivată în cultură pură. Aceasta nu este întotdeauna posibil, deoarece virusurile și unele bacterii nu pot fi obținute în cultura pură pe mediu nutritiv artificial.
3. În timpul infectării cu o cultură pură a microorganismului, persoana sănătoasă (sau animal) devine bolnav.

În astfel de cazuri, rămâne constatarea faptului a participării bacteriene în patogeneza oricărui proces infecțios, care deseori este asociată cu unitate nozologică similară - dar cu o frecvență variabilă - reprezentanții ai diferitor specii bacteriene, genuri, familii. În același timp, în unele cazuri, poziția dominantă a unei specii de bacterii asupra altor specii la fel de evidentă, și asocierea ei cu un număr anumit de simptome, apreciază denumire unității nozologice, aducându-o aproape în statutul de boală monoetiologică.

Conform Clasificării Internaționale a Maladiilor și a Problemelor de Sănătate Înrudite, revizia-X, se consideră că amigdalită și faringită asociată cu *Streptococcus pyogenes* - Streptococul β -hemolitic din grupul A - reprezintă o unitate nozologică independentă [15]. Amigdalitele și faringitele provocate de *Streptococcus pyogenes* predomină în raport cu alte tipuri de streptococi din grupuri C și G. Potrivit celor mai recente date bibliografice, streptococul β -hemolitic grupul A se întâlnește la copii aproximativ în 30% din cazuri, la adulți - în 10-15% de cazuri, în unele spitale rolul acestui agent patogen este supraestimat și constituie 80% din cazuri [4, 6].

Nivelul înalt de dezvoltare al microbiologiei clinice moderne ne permite descrierea componenței microbiologice a bolilor ORL cu un grad mare de fiabilitate. Această floră este foarte diversă după componența speciilor care include speciile gram-pozitiv, gram-negativ, bacterii anaerobe, asocierile de microorganisme anaerobe-aerobe, fungi.

Într-o serie de publicații științifice dedicate studiului materialului microbial luat de la suprafața lacunelor prin metoda tradițională clasică, la pacienții cu amigdalite cronice decompensate, s-a constatat că unul dintre lideri este *Staphylococcus aureus* [2, 14]. Acest fapt se explică prin răspândirea largă a acestuia între populație: aproximativ 60% din populație sunt purători periodici și 20% - permanenți [5]. De la descoperirea penicilinei și utilizarea ei activă

împotriva stafilococului, bacteria a evoluat, și-n prezent majoritatea sînt tulpini rezistente la antibiotice, datorită prezenței penicilinazei – enzimă care poate dezintegra o moleculă de penicilină. Pe de altă parte prezența microbului trebui să fie considerată ca o infecție concomitentă, care nu are severitate etiologică și patogenetică în comparație cu infecția streptococică.

În ultimul deceniu se observă în mod clar o schimbare a microflorei patogene în cea condiționat patogenă, ca agent cauzal primar al procesului inflamator. Potrivit multor autori, aceasta apare ca rezultat al tratamentului irațional cu antibiotice. Tratamentul inadecvat duce la un proces cronic, care necesită tratament chirurgical. Dar, așa cum arată experiența, recidive sunt frecvente. Se poate concluziona că eradicarea completă a agentului cauzal nu are loc, astfel recontaminarea suprafeței plăgii și a mucoasei organelor ORL poate fi prezentă. În prezent, utilizarea pe scară largă a preparatelor antibacteriale locale și sistemice duce la ineficiența lor din cauza creșterii rezistenței a microorganismelor în biosferă.

Peisajul microbial a bolilor organelor sferei ORL poate fi completat și cu alte tulpini patogene - *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Corynebacterium haemolyticum*, *Proteus vulgaris*, *Mycoplasma pneumoniae* [16]. În acest caz, microflora este reprezentată nu de un agent microbial, dar de o asociație de microorganisme (*boala polietiologică*).

De asemenea se constată o tendință spre creșterea afecțiunilor micotice a orofaringelui, care se datorează nu numai îmbunătățirii tehnicilor de diagnostic a micozelor, dar și a unor metode moderne neadecvate de tratament conservativ. Consumul prelungit și necontrolat a preparatelor antibacteriene, inclusiv și a acelor cu acțiune locală, duce la o perturbare a biocenozei naturale a orofaringelui, care promovează creșterea florei fungice [13]. Poziția dominantă în dezvoltarea afecțiunilor micotice se referă la ciuperca de drojdie din genul *Candida*; în 50% - 80% este cauzat de fungi *Candida albicans*. Aceasta se explică prin patogenitatea mai pronunțată în comparație cu alte tipuri de fungi și înlocuirea acestora din habitate.

Concluzii

Microflora amigdalelor palatine joacă un rol semnificativ în stabilirea și în evoluția clinică a maladiilor organelor ORL. Analiza datelor literaturii de specialitate furnizate, arată că peisajul microbial este în principal reprezentat de monofloră (*Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*, și altele), dar nu se exclude și asocierea microorganismelor.

Bibliografie

1. Ababii I., Popa V., Antohii I., Sandul A., Maniuc M., Cabac V. Otorinaringologie. (Vademecum clinic), Chișinău, 2000, p.80.
2. Аyman R.J. Amer. Состояние иммунитета у больных страдающих хроническим тонзиллофарингитом, *Anale științifice*, Ediția a X-a, Chișinău, Octombrie 21-23, 2009, p. 349-352.
3. Protocol clinic național “TONSILITA CRONICĂ LA COPIL”, Chișinău, 2008, p. 7.
4. Fakahany A.F., Abdalla K.F. Tonzillar toxoplazmosis. *J Egypt Soc Parasitol* 1992; Aug: 22 :2 ;375–380.
5. Kluytmans J, van Belkum A, Verbrugh H. Nasal carriage of *Staphylococcus aureus*: epidemiology, underlying mechanisms, and associated risks. *Clin Microbiol Rev.* 1997 Jul;10(3):505-20.
6. Pichihero M.E. Group A streptococcal tonsillopharyngitis. *Ann Emerg Med* 1995, 25:3:390–403.
7. Ying M/D. Immunological basis of indication for tonsillectomy and adenoidectomy. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1988; 454: 278–285.

8. Бабич Н.Ф., Арефьева Е.С. К оценке иммунного статуса у больных хроническим тонзиллитом. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии. М-лы науч.-практ. Конф. Оториноларингол. Иркутск – Москва 1992, с.111–112.
9. Бажора Ю.И., Драгомирецкий В.Д. Местный иммунитет слизистой оболочки верхних дыхательных путей и его нарушения при хроническом тонзиллите. Одесский мед. институт. Одесса 1988.
10. Гарашенко Т.И. Тонзиллярная проблема в педиатрии. Рос. Ринол 1999; №1.
11. Жуковицкий В.Г. бактериологическое обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. Вестник оториноларингологии, 1, 2004, с. 5-13.
12. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. Душанбе 1984.
13. Кунельская В.Я., Матвеева Е.В., Мачулин А.И. Роль грибковой флоры в развитии хронических аденоидитов у детей. Вестник оториноларингологии, 1, 2003, с. 271-173.
14. Цимар А.В., Крук М.Б. Мікробіологія хронічного тонзилофарингіту. Журнал вушних та горлових хвороб, Київ, 2007, с. 273-274.
15. Clasificarea Internațională a Maladiilor și a Problemelor de Sănătate Înrudite, revizia-X.
16. [www. medicalplanet.su/otolaringologia](http://www.medicalplanet.su/otolaringologia)

ROLUL RINOMETRIEI ACUSTICE ÎN EVALUAREA REZULTATELOR CHIRURGIEI PLASTICE ALE NASULUI (date preliminare)

Mihail Maniuc, Ghenadie Sandul

Catedra Otorinolaringologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Acoustic rhinometry allows an objective and non-invasive assessment of nasal geometry. Acoustic rhinometry can accurately measure the dimensions of the nasal cavity, especially at the front part. It can also be used to assess the efficiency of treatment in nasal plastic surgery.

Rezumat

Rinometria acustică permite un obiectiv și o evaluare non-invazivă a geometriei nazale care poate măsura cu exactitate dimensiunile cavității nazale, în special părții anterioare. Acesta poate fi, de asemenea, folosită pentru a evalua eficiența tratamentului în chirurgia plastică a nasului.

Actualitatea temei

Chirurgia plastică a nasului în ultimii ani se dezvoltă foarte vertiginos. Literatura de specialitate denotă că în majoritatea cazurilor obiectivul actului chirurgical este corecția piramidei nazale. Starea cavității nazale la aceiași pacienți este mai puțin ilucidată. În același timp, aproximativ 10 % dintre pacienții supuși rinoplastiei acuză respirație nazală dificilă. Cauza obstrucției nazale la ei este adesea interacțiunea dintre o malformație preexistentă, dar nerecunoscută, nazală și o reducere în zona valvei nazale ca urmare a rinoplastiei estetice. Etiologia de obstrucție nazală postrinoplastica poate fi multifactorială, dar este în primul rând rezultatul interacțiunii între 2 factori. Condițiile preexistente nerecunoscute (de exemplu, deviație de sept nazal, hipertrofia cornetelor nazale, boli ale mucoasei), în concordanță cu scăderea în regiunea valvei nazale după rinoplastie sunt responsabile în majoritatea cazurilor de obstrucție nazală postrinoplastică. De aceea, ne am propus să realizăm un studiu orientat spre evaluarea complexă a piramidei și foselor nazale pentru optimizarea tratamentului chirurgical.