

С.А. Левицька

ОПТИМІЗАЦІЯ ЕТІОТРОПНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОГО СИНУЇТУ З ВРАХУВАННЯМ МІКРОБІОЛОГІЧНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДІЛЯНКИ ЗАПАЛЕННЯ

Кафедра факультетської хірургії, очних та ЛОР хвороб (зав. - д.м.н.І.Ю.Полянський)
Буковинської державної медичної академії

Ключові слова: хронічний верхньощелепний синуїт, видовий і кількісний склад мікрофлори ексудату, етіотропна терапія.

Резюме. Наведені дані ефективності консервативного лікування у 114 хворих на хронічний верхньощелепний синуїт, у яких антибіотики призначались без врахування видового та кількісного складу мікрофлори ексудату, та у 37 хворих з визначенням цих показників і призначенням раціональної етіотропної терапії. Результати консервативного лікування ефективніші, якщо враховувати видову мікробіологічну характеристику ділянки запалення.

Вступ. Хронічний гнійний верхньощелепний синуїт (ХГВЩС) займає важливе місце в структурі загальної оториноларингологічної захворюваності, характеризується частими рецидивами, і не завжди піддається лікуванню [2, 4]. Все це робить хвору людину постійним пацієнтом оториноларингологічних клінік і спонукає вишукувати нові шляхи і методи в лікуванні цієї розповсюдженої патології. Оцінка існуючих та розробка нових засобів лікування є актуальною і перспективною для оптимізації терапевтичної тактики ХГВЩС.

Матеріали і методи. Нами проведений аналіз історій хвороби 114 пацієнтів, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ЛОР-центрі обласної клінічної лікарні м. Чернівці з квітня 1996 року по квітень 1997 року з приводу загострення хронічного гнійного запалення верхньощелепної пазухи. Проведено клінічне і бактеріологічне обстеження і лікування 37 хворих на ХГВЩС.

У всіх пацієнтів діагностовано загострення хронічного гнійного верхньощелепного синуїту, яке проявлялось головним болем (96,5%), порушенням носового дихання та слизово-гнійними виділеннями з носа (71,9%), підвищенням температури тіла до субфебрильних цифр (14,9%), загальною слабкістю, синдромом підвищеної або постійної втоми, погіршенням пам'яті (29,8%).

Об'єктивно у хворих виявлена гіперемія та набряклість слизової оболонки носової порожнини, виділення в носових ходах, зміни на рентгенограмах придаткових пазух носа (гомогенне та негомогенне затемнення пазух, рівень рідини в синусах). При контрольно-діагностичних пункціях та промиваннях гайморових пазух у всіх хворих було виявлено зменшення об'єму синусу від 0 до 8 мл та слизові або слизово- гнійні виділення в промивній рідині.

Видовий та кількісний склад життєздатної мікрофлори ексудату гайморової пазухи вивчали за загальноприйнятими методами [3]. Індекс постійності і частоту кожного виду мікроорганізму визначали за С.І.Климнюком [1].

Для лікування використовували офіційні комерційні препарати.

Результати та їх обговорення. У 114 хворих було розпочате традиційне консервативне лікування, яке включало лікувальні пункції і промивання пазух розчинами антисептиків, антибіотиків та глюкокортикоїдів, відсмоктування вмісту синусів за методом Зондермана, вживання судинозвужуючих та антисептичних крапель в ніс, фізіотерапевтичні процедури, а також пероральне і парентеральне призначення антибактеріальних і антигістамінних засобів.

Основна роль в місцевому лікуванні відводилась регулярним пункціям пазух з метою промивання синуса, видалення з нього гною та слизу, введення певних лікарських речовин, які б діяли безпосередньо на вогнище запалення. Середня кількість проведених пункцій та промивань верхньощелепних пазух коливалась від 2 до 17, складаючи в середньому 5 разів, маніпуляцію здійснювали через день, комбінуючи з відсмоктуванням за методом Зондермана.

Для локальної терапії ділянки запалення найчастіше призначались антибактеріальні препарати, які вводились в порожнину синуса 82 (71,9%) хворим. Найчастіше вводились антибіотики пеніцилінового ряду (56,2%). Використовувались також гентаміцин (15,8%) та лінкоміцин (1,7%). В комбінації з антибактеріальним препаратом місцево в пазуху 58 (50,9%) хворим вводилась суспензія гідрокортизону.

У 74 (64,9%) хворих крім місцевого застосування антибактеріального препарату призначали той чи інший антибіотик перорально або парентерально, хоча загальні ознаки запалення були виявлені лише в 14,9% випадків. В системній антибіотикотерапії найбільш широко використовувався ампіцилін (35,1% хворих), пеніцилін (15,8%), гентаміцин (10,5%), рідше - цефазолін (1,7%). Тривалість загальної антибіотикотерапії складала від 5 до 14 днів.

Окрім антибактеріальних препаратів широко застосовувалось промивання пазух антисептичними розчинами (фурациліном, фуразолідомом, розчином нітрату срібла, хлорофіліптом).

Судинозвужуючі краплі в ніс (нафтізін, галазолін, санорін) отримували 96 (84,2%) хворих, 16 (14,0%) пацієнтів - альбуцид і 22 (19,3%) хворих - діоксидин. Ендоназальний електрофорез хлористого кальцію призначено 108 (94,7%) хворим. Всі 114 хворих перорально отримували антигістамінні препарати (димедрол, діазолін, хлористий кальцій).

В результаті проведеного консервативного лікування 108 (94,7%) хворих виписані з покращанням загального стану, відновленням носового дихання, зникненням головного болю і виділень з носа. Об'єктивним критерієм ремісії було відновлення об'єму пазухи при контрольній пункції, відсутність гнійно-слизових виділень в промивній рідині та в носових ходах. Звертає на себе увагу той факт, що вже при третій - четвертій пункціях, в значній кількості випадків, гній в промивній рідині був відсутній і спостерігалось лише виділення слизу та зменшення об'єму пазухи при наявності клінічних ознак загострення запального процесу. У

2-ох хворих ефекту від проведеної консервативної терапії не було і їм запропоновано оперативне втручання (гайморотомія).

З метою оцінки доцільності частого і тривалого вживання антибіотиків вказаних груп, проведено мікробіологічне дослідження ексудату гайморових пазух, взятому перед початком лікування у 37 хворих, а також проводилось визначення чутливості мікроорганізмів до 31 антибактеріальних препаратів.

Виділено 42 штами мікроорганізмів, серед них золотистий стафілокок висівався в 17 випадках, кишкова паличка - в 13-ти, псевдомонади - в 4-ох (таблиця).

Таблиця

Видовий склад мікрофлори ексудату верхньощелепних пазух хворих

Мікроорганізм	Кількість хворих	Виділено штамів	Індекс постійності %	Частота зустрічання
Золотистий стафілокок	37	17	45,9	0,40
Епідермальний стафілокок	37	2	5,1	0,05
Піогенний стрептокок	37	3	8,1	0,07
Зеленячий стрептокок	37	3	8,1	0,07
Ешерихії	37	4	10,8	0,31
Псевдомонади	37	4	10,8	0,10

Найбільшу чутливість стафілококи виявляли до доксицикліну, цефалексину, ампіциліну; ешерихії - до поліміксину, левоміцетину та карбеніциліну; псевдомонади - до канаміцину; стрептококи - до ампіциліну, тетрацикліну, доксицикліну.

В результаті проведеного мікробіологічного дослідження було встановлено, що до антибактеріальних препаратів пеніцилінового та аміноглікозидного ряду чутлива лише невелика кількість клінічних штамів мікроорганізмів, що спонукає переглянути доцільність їх застосування.

Обстежена динаміка мікробного інфікування ексудату гайморових пазух у 35 хворих, яким проводили консервативне лікування за наведеною вище схемою. Мікрофлора ексудату визначалась на перший, третій, п'ятий та сьомий дні лікування, коли проводились лікувальні пункції пазух.

В перший день виділені клінічні штами мікроорганізмів у всіх 35 хворих, їх абсолютна кількість коливалась від 700 до 15000 м.о. в 1 мл ексудату, середнє значення $4,60 \pm 0,27 \lg \text{ КУО/мл}$.

Звертає на себе увагу швидка інактивація мікроорганізмів під впливом етіотропної терапії. Так, на третій день у 7 хворих ексудати були стерильні, у решти 28 хворих абсолютна кількість життєздатних мікроорганізмів значно зменшилась ($2,76 \pm 0,11 \lg \text{ КУО/мл}$ проти $4,60 \pm 0,27 \lg \text{ КУО/мл}$ перед початком лікування).

При дослідженні мікрофлори ексудату на п'яту добу консервативної терапії лише у одного пацієнта вдалось ізолювати золотистий стафілокок в абсолютній кількості 15 колоній в 1 мл ексудату, у решти пацієнтів посіви ексудату росту не дали.

При мікробіологічному дослідженні ексудату на сьомий день лікування у всіх обстежуваних хворих виділення верхньощелепних пазух виявились стерильними.

Отже, вже на п'яту добу лікування при проведенні третьої лікувальної пункції із застосуванням антибіотика або антисептика патогенна мікрофлора, як правило, елімінується з вогнища запалення, хоча патологічний ексудат та слиз продовжують продукуватись, підтримуючи запальний процес і змушуючи продовжувати курс лікувальних пункцій гайморових пазух. Все це відводить патогенній і умовно патогенній мікрофлорі роль трігера розвитку запального процесу, який зумовлює інші патогенетичні (імунозалежні) механізми, здатні підтримувати ділянку хронічного запалення, вимагає призначення цілеспрямованої патогенетичної терапії.

Висновки:

1. Найбільш доцільною, на нашу думку, схемою антибіотикотерапії є короткий курс з врахуванням виду мікроорганізму та його чутливості до антимікробних препаратів.

2. Використання комбінації препаратів широкого спектру дії сприяє пригніченню грампозитивної та грамнегативної мікрофлори.

3. Необхідна корекція патогенетичних зрушень, що підтримують запальний процес, зокрема усунення надмірної патологічної секреції, зменшення ексудації та прискорення процесів регенерації слизової.

Література. 1. *Климнюк С.І.* Мікробна екологія шкіри людини в різні вікові періоди в нормі та при патології: Автореф. дис... доктора мед. наук.- К., 1995.- 47 с. 2. *Пискунов С.З., Пискунов Г.З., Ельков И.В. и др.* Проблема общего и местного консервативного лечения острого и хронического гайморита// Российская ринология.-1994.-№1.-С.5-15. 3. *Сидорчук И.Й.* Антагонистическая активность пропионовокислой палочки Шермана и эффективность её использования в лечении дисбактериозов: Автореф. дис... доктора мед. наук. - К., 1991.- 36 с. 4. *Weinberg E.A., Brodsky A.* Clinical classification as a guide to treatment of sinusitis in children// Laryngoscope.-1997. - Vol.107, №2. - P. 241-246.

OPTIMIZATION OF ETIOTROPIC THERAPY OF CHRONIC PURULENT MAXILLARY SINUSITIS CONSIDERING MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE INFLAMMATORY SITE

S.A.Levitska

Abstract. The experimental finding concerning the effectiveness of non-surgical treatment of chronic maxillary sinusitis were obtained. Two groups of patients were investigated. The first, group consisting of 114 patients received antibiotics without taking into account the specific quantitative structure of microphlora of maxillary aspirates. The second group (37 patients), in which these indices were taken into account was administered rational therapy. The results of the conservative treatment were much more better in the second group, taking into account the microbiological characteristic of the inflammatory area.

Key words: chronic maxillary sinusitis, specific and quantitative structure of microphlora of maxillary aspirates.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)