

УДК 616.216.-002.154

Х.Ж. ИСИРГЕПОВА

Городская клиническая поликлиника №12, г. Алматы

ХАРАКТЕР И ДИНАМИКА ВЫДЕЛЕНИЙ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ ГАЙМОРОВОЙ ПАЗУХИ

В данной статье автор затрагивает проблему хронического и острого гайморита, где придает важное значение характеру и динамике выделений из пазух носа. Было проведено исследование 144 больных острыми и 57 больных хроническими гайморитами, где тщательно изучали общий и аллергологический анамнез, а также проводились клинично-инструментальные обследования больных.

Наибольшее количество выделений из пазух отмечается при гнойных и катаральных, наименьшее – при полипозных и кистозных гайморитах.

Ключевые слова: гнойный экссудат, хронический гнойный гайморит, кистозный гайморит, лечебные пункции пазухи.

Одним из достоверных признаков воспаления гайморовой пазухи являются выделения из носа, которые встречаются у 61-85% больных. Изучая характер выделений, получили разные данные о наличии гнойных, слизистых, серозных, сукровичных и других видов выделений при различных формах гайморитов. Однако в литературе мало сведений о продолжительности выделений в зависимости от форм этого заболевания. Изучались количество выделений по данным анамнеза, при риноскопии и пункции, а также характер, динамика и длительность выделения при разных формах острого и хронического гайморита.

Нами обследовано 144 больных острыми и 57 больных хроническими гайморитами. У каждого больного тщательно изучали общий и аллергологический анамнез, а также проводились клинично-инструментальные обследования больных (риноскопия, рентгенологическое исследование околоносовых пазух и их диагностическая пункция, бактериологическое исследование гнойного выделения из пазухи). Пункции пазух носа производили по возможности в первые дни заболевания. При проведении местной терапии (т.е. вводимые в полости носа) гормональными препаратами, протеолитическими ферментами, диоксином отмечалось более ускоренный процесс выздоровления больных.

При наличии гнойного экссудата, выявленного в результате проведенной пункции пазух, проводили повторные лечебные пункции пазух или устанавливали катетер в пазуху для ежедневного промывания с целью эвакуации патологического секрета из околоносовых пазух.

У 9 больных с острым катаральным гайморитом отмечались водянистые желтоватые выделения из пазух, прекративших лечение через 3-4 дня. У 19 больных через 2-3 дня выделения из пазух были со слизью, через 5-6 дней прекращались.

При острых гнойных гайморитах в первые дни выделения из пазух жидкие и гнойные, через 8 дней выделения постепенно прекращались. Но при хронических гнойных гайморитах было отмечено, что длительность заболевания более длительная от нескольких месяцев до нескольких лет.

У 24 больных гнойные жидкие выделения из пазух имели место преимущественно во время обострения процесса и обычно с продолжительностью около 2-х недель. А у 11 больных отмечались постоянные непрекращающиеся гнойные выделения из пазух, несмотря на проводимую терапию.

Было отмечено, что больные с хроническим аллергическим гайморитом предъявляли жалобы на приступообразные светлые водянистые выделения из пазухи, продолжительностью от нескольких минут до нескольких часов, по

несколько раз в день в период от 2-3 дней до 1-1,5 недели. У данных больных заболевание имело рецидивирующее течение и особенно в холодное время года.

У больных с хроническим полипозным гайморитом отмечались выделения из пазухи при обострении и заканчивались через 1,5 недели. Было отмечено, что у данных больных с гнойными выделениями из пазухи и после лечебной пункции по-прежнему определялся гнойный секрет. Таким образом, лечебные пункции пазухи с введением лекарственных препаратов приводили к временному улучшению.

При кистозных гайморитах кистозные образования выявлялись случайно во время или после окончания воспалительного процесса в пазухе.

Антибактериальная терапия у больных с гнойным гайморитом проводилась с амоксициллин/клавуланатом (Аугментин) в дозе 875/125 мг x 2 раза в день в течение 7 дней.

Выбор был сделан на основании руководств, содержащих стандарты выбора антибиотика, которые основаны на многочисленных контролируемых исследованиях. Обычно такие исследования демонстрируют примерно одинаковую клиническую эффективность различных антибиотиков, хотя сравниваемые препараты существенно различаются по уровню активности в отношении наиболее типичных возбудителей заболевания. Данные литературы по антибиотикотерапии хронического бактериального гайморита свидетельствуют, что антибиотики были более эффективны, чем плацебо, кроме того, значительно снижают риск наступления рецидивов и тяжелых осложнений заболевания, что немаловажно. Оптимальным путем назначения антибиотика, безусловно, является выбор препарата по результатам проведенного бактериологического исследования с оценкой чувствительности микроорганизма к химиопрепаратам. Однако, в рутинной практике этот подход малоприменим из-за длительности его осуществления, поэтому врачи чаще назначают антибиотик эмпирически.

При среднетяжелом течении заболевания препаратами выбора являются пероральные b-лактамы антибиотиков из группы пенициллинов и цефалоспорины II-III поколений, фторхинолоны: амоксициллин/клавуланат, цефуроксим-аксетил, цефаклор, левофлоксацин, спарфлоксацин. Благодаря высокой эффективности и низкой токсичности пенициллины и цефалоспорины занимают одно из первых мест по частоте клинического использования среди всех антибиотиков.

В частности, амоксициллин/клавуланат (Аугментин), по данным многочисленных исследований, демонстрирует высокий процент эрадикации возбудителя и хорошую переносимость как у взрослых, так и у детей.

Оба компонента препарата хорошо всасываются после приема внутрь вне зависимости от приема пищи. Препарат характеризуется хорошим объемом распределения в жидкостях и тканях организма, проникая в том числе в секрет придаточных пазух носа.

Одной из проблем, ограничивающей использование форм амоксициллина/клавуланата, является высокая частота нежелательной реакции в виде антибиотикоассоциированной диареи. Так, по имеющимся данным, при соотношении амоксициллина и клавуланата 4:1 диарея встречается в педиатрической практике в 18–20% случаев применения, а у взрослых – в 12–16% [1]. Основной причиной диарейного синдрома является непосредственное стимулирующее влияние клавулановой кислоты и ее метаболитов на перистальтику кишечника, т.е. усиление моторики кишечника. Гиперкинетическая диарея у большинства пациентов появляется во время лечения, а не спустя несколько дней после прекращения приема антибиотика, как обычно бывает на фоне изменения состава и количества нормальной кишечной микрофлоры во время терапии другими антибиотиками. Важно понимать, что, если диарея развивается в первые несколько дней приема антибиотика, причиной ее вряд ли могут быть изменения микрофлоры, поскольку они не успеют развиться [1].

Поэтому всем пациентам назначалась форма Аугментин по 1 г с дозами амоксициллина 875 и клавуланата 125 мг. Аугментин с соотношением 7:1 назначается 2 раза в день (с соотношением 3:1 назначаются 3 раза в день) и имеет лучшую переносимость в связи с практическим отсутствием гиперкинетической диареи.

На фоне лечения Аугментином достигнуто клиническое выздоровление у всех пациентов. Наблюдались 2 случая диареи, которые начались на 3 и 4 дни и быстро прекратились после завершения полного курса приема антибиотика.

Выводы

При воспалении гайморовых пазух наиболее часто выделения появляются при диагностических пункциях пазух (85%), реже при риноскопии (56%). В начале заболевания данные выделения из пазух обычно жидкие, затем с примесью слизи, а к концу заболевания приобретают слизистый характер. Выделения из пазух продолжаются от нескольких минут до нескольких часов при аллергическом, от нескольких дней до 1,5-2 недель при острых и до многих месяцев при хронических гайморитах.

Наибольшее количество выделений из пазух отмечается при гнойных и катаральных, наименьшее – при полипозных и кистозных гайморитах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Костюкевич О.И. Антибиотикоассоциированная диарея: мифы и реальность // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 7

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Х.Ж. ЕСІРКЕПОВА

№12 қалалық клиникалық емхана, Алматы қ.

ГАЙМОР ҚУЫСЫНЫҢ ҚАБЫНУЫ КЕЗІНДЕГІ САРЫ СУДЫҢ СИПАТЫ МЕН ДИНАМИКАСЫ

Гаймор қуысының қабынуының шынайы белгілердің біріне мұрыннан сары судың бөлінуі жатады, ол науқастардың 61-85% кездеседі. Гаймориттің әр түрлі формаларындағы іріңді, сілекейлі, ұйымалы және басқа түрлі сары сулардың бөлінуі туралы әдебиет көп, бірақ осы аурудың формасына байланысты сары сулардың ұзақтығы туралы мәліметтер аз.

Зерттеудің мақсаты – анамнез деректері бойынша, риноскопия және пункция кезінде, сары судың көлемін, сипатын, динамикасын және асқынған және созылмалы гаймориттің әр түрлі формалары кезіндегі сары судың бөлінуінің ұзақтығын зерттеу.

Гаймориттің асқынған түрімен ауыратын 144 науқас және созылмалы түрімен ауыратын 57 науқас зерттелген.

Гаймор қуысының асқынуы кезінде сары су қуыстың диагностикалық пункциясы кезінде жиірек (85%), риноскопия кезінде (56%) сирегірек бөлінеді. Аурудың басында қуыстан бөлінетін сары сулар әдетте сұйық, артынан сілекеймен араласып, ал аурудың соңында сілекейлі сипатқа ие болады. Қуыстардан бөлінетін сары сулар аллергиялық гайморит кезінде бірнеше минуттан бірнеше сағатқа дейін, асқынған және созылмалы гайморит кезінде бірнеше күннен 1,5-5 аптаға дейін, кейде бірнеше айға дейін созылады.

Қуыстардан бөлінетін сары судың ең көп бөлінуі іріңді және катарлды гаймориттерде, ал ең аз бөлінуі – полипоздық және кистоздық гаймориттерде белгіленіледі.

Іріңді гаймориті бар науқастардағы бактерияға қарсы терапия 7 күн ішінде күніне 2 мезгіл 875/125 мг мөлшердегі амоксициллин/клавуланатпен (Аугментин) жүргізілді. Көптеген зерттеулердің деректері бойынша, Амоксициллин/клавуланат (Аугментин) қоздырғыш эрадикациясының жоғарғы пайызы мен үлкендерде де, балаларда да жақсы қабылданушылықты көрсетеді.

S U M M A R Y

H. Zh. ISIRGEPOVA

Municipal clinical out-patient hospital №12, Almaty c.

THE NATURE AND THE TIME COURSE OF SECRETIONS IN PATIENTS WITH MAXILLARY SINUSITIS

Nasal secretion is one of the reliable signs of maxillary sinusitis seen in 61-85% of patients. The considerable amount of literature data describes purulent, mucous, serous and other types of secretions in different forms of maxillary sinusitis but there are few data on duration of those secretions across different forms of the disease.

The study objective was to evaluate the quantity of the secretion using medical history, rhinoscopy and puncture data and also the nature, the time course and the duration of the secretion in different forms of acute and chronic maxillary sinusitis.

144 patients with acute form of maxillary sinusitis and 57 patients with chronic form of maxillary sinusitis were investigated.

In maxillary sinusitis secretions are commonly found during sinus exploratory puncture (85%) and with lower incidence during rhinoscopy (56%). In the beginning of the disease the secretion is usually watery, then watery mixed with mucous and the secretions become mucous to the end of the disease. Sinus secretion lasts from several minutes to several hours in patients with allergic rhinitis and from several days to 1,5 or 2 weeks in patients with acute maxillary sinusitis and to a lot of months in patients with chronic maxillary sinusitis.

The greatest quantity of sinus secretion is seen in patients with purulent and catarrhal maxillary sinusitis and the lowest quantity is seen in patients with polypous and cystous maxillary sinusitis.

Patients with purulent maxillary sinusitis received antibiotic treatment doses of amoxicilline/clavulanic acid (Augmentin) 875/125 mg twice daily (BID) during 7 days. According to numerous studies data amoxicilline/clavulanic acid (Augmentin) demonstrates a high rate of a pathogenic agent and a good tolerance both in adults and pediatric patients.

CIS/CAM/0040/13

Статья опубликована при поддержке компании ГлаксоСмитКляйн. Мнение автора может не совпадать с мнением компании. ГлаксоСмитКляйн не несет ответственности за возможные нарушения прав третьих сторон.