



TREATMENT OF CHRONIC RHINOSINUSITIS IN PATIENTS WITH PNEUMONIA OUTSIDE THE HOSPITAL

Daulet A. Jumanov
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

Shakhlo Kh. Bakiyeva
Tashkent Medical Academy
Tashkent, Uzbekistan

ABOUT ARTICLE

Key words: diseases of the nose and paranasal sinuses, community-acquired pneumonia, pathogenic microflora, effective treatment

Received: 06.06.24

Accepted: 08.06.24

Published: 10.06.24

Abstract: Inflammatory diseases of the nose and paranasal cavities are often observed in patients with pneumonia outside the hospital. What methods should be used to treat chronic rhinosinusitis in out-of-hospital pneumonia patients, which pathology should be treated first, and to develop effective treatment methods to prevent prolongation or recurrence of these diseases, modern practical medicine is needed. It is known that as a result of microaspiration of pathogenic microflora in the upper respiratory tract, complications in the lower respiratory tract occur. Taking into account the interrelationship of the upper and lower respiratory tract, effective measures for the treatment of patients were developed according to the severity levels of pneumonia and rhinosinusitis outside the hospital.

СУРУНКАЛИ РИНОСИНУСИТЛАРИНИ ШИФОХОНАДАН ТАШҚАРИ ПНЕВМОНИЯЛАР БЕМОРЛАРДА ДАВОЛАШ

Даулет А. Жуманов
Тошкент Тиббиёт Академияси
Тошкент, Ўзбекистон

Шахло Х. Бакиева
Тошкент Тиббиёт Академияси
Тошкент, Ўзбекистон

МАҚОЛА ҲАҚИДА

Калит сўзлар: бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликлари, шифохонадан ташқари пневмония, патоген микрофлоралар, самарали даволаш

Аннотация: Шифохонадан ташқари пневмонияли беморларда кўп ҳолатларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари яллиғланиш касалликлари кузатилади. Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда сурункали риносинуситлар қайси усуллар билан даволаш зарур, қайси патологияни дастлаб даволаш зарур, ушбу касалликларнинг чўзилиши ёки қайталанишини олдини олиш самарали даволаш усуллари ишлаб чиқиш учун замонавий амалий тиббиёт эҳтиёжмандир. Маълумки, юқори нафас йўлларидаги патоген микрофлораларнинг микроаспирацияси натижасида пастки нафас йўллари асоратланишлари юзага келади. Юқори ва пастки нафас йўларининг ўзаро чамбарчас боғлиқлигини инобатга олган касалхонадан ташқари пневмония ва риносинуситларнинг оғирлик даражаларига кўра беморларни самарали даволаш тадбирлари ишлаб чиқилди.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ ВНЕ СТАЦИОНАРА

Даулет А. Джуманов

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Шахло Х. Бакиева

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

О СТАТЬЕ

Ключевые слова: заболевания носа и околоносовых пазух, внебольничная пневмония, патогенная микрофлора, эффективное лечение.

Аннотация: Воспалительные заболевания носа и околоносовых полостей часто наблюдаются у больных пневмонией вне стационара. Какие методы следует использовать для лечения хронического риносинусита у больных внебольничной пневмонией, какую патологию следует лечить в первую очередь, а также разработать эффективные методы лечения, позволяющие предотвратить пролонгирование или рецидивирование этих заболеваний, необходима современная практическая медицина. Известно, что в результате микроаспирации патогенной микрофлоры в верхних дыхательных путях возникают осложнения в нижних дыхательных путях. Учитывая взаимосвязь

верхних и нижних дыхательных путей, разработаны эффективные мероприятия лечения больных в зависимости от степени тяжести пневмонии и риносинусита вне стационара.

КИРИШ

Ҳозирги вақтда синуситларни даволаш бўйича турли хил қарашлар мавжуд. Бу эса муаммонинг ечимдан йироқдалигини билдиради. Даволаш бошиданок кенг қамровли бўлиши керак, агар керак бўлса давомли ва оқилона кетма-кетликда ишлатиладиган турли хил усул ва воситаларни ўз ичига олиши керак. Организмга умумий таъсир чоралари маҳаллий даво билан бирлаштирилади, касалликнинг шаклига қараб ҳар бир ҳолатда даво индивидуал олиб борилади. РС ва КТП касалликлари сезиларли фоизида бурун-ҳалқум соҳасида коллонизацияланадиган шартли патоген микроблар флораларининг фаоллашиши натижасида юзага келади, бу эса, аслида, антибактериал дориларни тайинлаш учун асосдир. Бироқ, РС ва КТПнинг кечишида антибиотиклардан фойдаланишнинг рационаллиги баҳсли мавзу бўлиб қолмоқда [3, 4, 10]. Респиратор инфекциялар, хусусан, РС ва КТПни даволаш муаммоси, биринчи навбатда, анъанавий қўлланиладиган антибиотикларга нисбатан асосий қўзғатувчилар чидамлилигининг барқарор ўсиши билан боғлиқ. Пневмококк штаммларининг пенициллинга чидамлилик муаммоси тобора долзарб бўлиб бормоқда [2, 7]. Сўнги ўн йилликда КТПнинг кечишида тизимли глюкокортикостероидлардан (ГКС) фойдаланиш самарадорлигини ўрганиш учун бир қатор тадқиқотлар ўтказилди [5, 6]. Мукоактив дори воситаларидан ҳам юқори ҳам пастки нафас йўллари яллиғланиш касалликларига бир вақтда таъсир кўрсатадиган муколитикларни қўллаш муҳим амалий аҳамиятга эгадир [8, 11]. Ацетилцистеин дори воситалари худди шундай таъсир хусусиятига эга бўлиб, нафақат пастки нафас йўллари шиллик ажралмаларининг реологик хусусиятига таъсир қилиши, балки, бурун ёндош бўшлиқлари(БЁБ)лари ўткир ва сурункали яллиғланиш касалликларида шиллик ва йирингли ажралмаларнинг суюлтиришга ҳамда ушбу патологик ажралмаларнинг бўшлиқлардан элиминация бўлишини таъминлашга ёрдам беради [1, 9].

АСОСИЙ ҚИСМ

Тошкент тиббиёт академияси кўп тармоқли клиникасининг пульмонология бўлимида 2018-2021 йилларда касалхонадан ташқари пневмония ташхиси билан стационар даволанган 102 нафар бемор текшируви натижалари келтирилган.

Беморларнинг ёши 18 ёшдан 60 ёшгача (ўртача $39,1 \pm 1,14$ ёш) бўлиб, эркакларнинг ўртача ёши - $34,1 \pm 2,7$ ёшни, аёллар - $40,1 \pm 2,9$ ёшни ташкил этди. Жинс бўйича тақсимот: эркаклар - 41 нафар (40,2%), аёллар – 61 нафар (59,8%).

Ўтказилган тадқиқот натижасида беморларнинг уч гуруҳи шаклланди:

1-гуруҳ. “Клиник ўртача-оғир/оғир даражали СРС” ташхиси қўйилган 32 нафар бемор.

2-гуруҳ. “Клиник енгил даражали СРС” ташхиси қўйилган 30 нафар бемор.

3-гуруҳ. 40 нафар беморда СРСнинг клиник белгилари аниқланмади.

Касалхонадан ташқари пневмонияли беморларда бурун ва бурун ёндош бўшлиқлари касалликларини даволаш усулларини оптималлаштиришдан иборат.

Ўрта оғир ва оғир даражали сурункали риносинусит аниқланган касалхонадан ташқари пневмонияли беморларни даволаш натижалари. Антибактериал терапия сифатида цефалоспоринлар (3-4-авлод) ва фторхинолонлар (2-3-авлод) гуруҳига мансуб бўлган препаратлар, интраназал маҳаллий глюкокортикостероидлар (мометазон фуроат таркиби бўлган форинекс дори воситаси 2та дозадан хар бир бурун катагига 2маҳал 20 кун давомида), секретолитиклар (ацетилцистеин таркибли АЦЦ 200мг 1 таблеткадан 3 маҳал 10 кун давомида), антигистамин препаратлар (эриус 5 мг 1 таблеткадан 1 маҳал 10 кун), стерил изотоник денгиз суви эритмаси билан бурунни санациялашдан иборат бўлган комбинацияланган даво олган, клиник ўрта ва оғир даражадаги СРС ва КТП билан оғриган беморлар гуруҳи 32 нафардан иборат бўлди.

Ўтказилган даволаш натижасида антибиотикли давонинг охириги (10-кун) кунда барча беморларда бурун орқали нафас олиш тикланиши, барча беморлар ушбу клиник симптомларнинг ортга қайтганини аниқланди. Субъектив баҳолашда 11 нафар (34,4%) беморда бурун орқали нафас олиш тўлиқ тикланди. Кейинчалик (30-кун), 16 нафар (50,0%) беморда бурун орқали нафас олишнинг қийинлашиш шикоятлари қайд этилмади. Тадқиқотнинг 10-кунига келиб бурун бўшлиғидаги ажралма миқдорининг сезиларли даражада камайиши қайд этилди. Барча беморлар ажралма табиати шиллиқли-йиринглидан шиллиқлига ўзгарганлигини ёки бутунлай тўхтаганалиги кузатилди.

Даволашнинг 10-кунига келиб ўтказилаётган даволаш натижасида СРС объектив симптомларининг ижобий динамикаси ҳам барча беморларда қайд этилди. Бурун бўшлиғи текширувидан, яъни риноэндоскопиядан сўнг, олинган маълумотлар 2-жадвалда ифодаланган.

2-жадвал

1-гуруҳ беморларда СРСнинг объектив симптомлари кўрсаткичлари динамикаси(n=32), (M±n)

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллиқ	Бурун бўшлиғи шиллиқ қавати шиши	Бурун бўшлиғидаги ажралмалар	БЁБ проекцияси пальпациясида оғриқ
--------	----------------------	----------------------------------	------------------------------	------------------------------------

	қавати қизариши			
1 кун	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 кун	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 кун	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 кун	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 кун	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

2-гурухдаги 30 нафар беморларга антибактериал терапия (цефалоспорин гуруҳига мансуб бўлган, 3-4 авлод гуруҳ ҳамда фторхинолон 2-3 авлод дори воситалари 7 кун мобайнида), интраназал маҳаллий глюкокортикостероидлар (мометазон фуруат таркиби бўлган форинекс дори воситаси 2та дозадан хар бир бурун катагига 2 маҳал 20 кун давомида), секретолитиклар (ацетилцистеин таркибли АЦЦ 200мг дори воситаси 1таблеткадан 3 маҳал 10 кун давомида), бурунни стерил изотоник денгиз суви эритмаси билан санациялашлар биргаликда тавсия қилинди.

Комбинацияланган даволаш натижасида антибиотикли давонинг охири (10-кун) кунда барча беморларда бурун орқали нафас олиш тикланди, барча беморлар ушбу клиник симптомларнинг ортга қайтиши рўй берди. Субъектив баҳолашда 21 нафар (70%) беморда бурун орқали нафас олиш тўлиқ тикланди.

Даволашнинг 10-кунига келиб ўтказилаётган даволаш натижасида СРС объектив симптомларининг ижобий динамикаси ҳам барча беморларда қайд этилди. Бурун бўшлиғи риноэндоскопиясидан сўнг, олинган маълумотлар 3-жадвалда ифодаланган.

3-жадвал

2-гурух беморларда СРСнинг объектив симптомлари кўрсаткичлари динамикаси(n=30), (M±n)

Кунлар	Бурун бўшлиғи шиллик қавати қизариши	Бурун бўшлиғи шиллик қавати шиши	Бурун бўшлиғидаги ажралмалар	БЁБ проекцияси палпациясида оғрик
1 кун	6,2±0,4	6,1±0,4	5,4±0,4	2,3±0,6
3 кун	4,8±0,3	4,8±0,3	4,5±0,3	1,5±0,4
10 кун	1,8±0,3	1,7±0,3	1,4±0,2	0,1±0,1
30 кун	1,2±0,3	1,1±0,2	0,9±0,2	0,0±0,0
90 кун	1,9±0,2	1,7±0,2	1,3±0,2	0,0±0,0

3-гурухдаги беморларга бурун ва БЁБ сурункали яллиғланиш касалликлари аниқланмаганлиги сабабли, ушбу гуруҳдаги беморларга пульмонолог томонидан КТПни даволаш муолажалари ўтказилди.

ХУЛОСА

Шундай қилиб, СРС аниқланган КТПли беморларни даволашда микробиологик текширувларда микроблар тури ва уларнинг антибиотикларга сезгирлигини инобатга олган

холда III-IV авлод цефалоспоринлари ва II-III авлод фторхинолонларини (цефоперазон, левофлоксацин) билан бир қаторда интраназал глюкокортикостероид (мометазон фураат), антигистамин (дезлоратадин), секретолитикларни (ацетилцистеин) қўллаш ҳамда бурун ва БЁБлари санацаяси самарали усул эканлиги аниқланди.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎХАТИ

1. Рязанцев С. В., Коноплев О. И., Сапова К. И. Муколитическая терапия синуситов //Вестник оториноларингологии. – 2014. – Т. 6. – С. 61-63.
2. Калиногорская О. С. и др. Антибиотикорезистентность и серотиповый состав Streptococcus pneumoniae, выделенных у детей в Санкт-Петербурге в 2010-2013 гг //Антибиотики и химиотерапия. – 2015. – Т. 60. – №. 1-2.
3. Козлов Р. С. Резистентность к антимикробным препаратам как реальная угроза национальной безопасности //РМЖ. – 2014. – Т. 4. – С. 321.
4. Лещенко И. В. Внебольничная пневмония у взрослых: возможности лечения в амбулаторных условиях //Медицинский совет. – 2017. – №. 18.
5. Рачина С. А., Синопальников А. И. Клинические рекомендации по внебольничной пневмонии у взрослых: что нас ждет в 2019 г //Практическая пульмонология. – 2018. – №. 3.
6. Рязанцев С. В. и др. Современные аспекты системной кортикостероидной терапии у больных хроническим полипозным риносинуситом (обзор литературы) //Российская оториноларингология. – 2013. – №. 2 (63). – С. 114-121.
7. Таточенко В. К. и др. Выбор антибактериального препарата при острых респираторных инфекциях //Педиатрия. Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2017. – №. 3.
8. Княжеская Н. П., Бобков Е. В. Современная муколитическая терапия заболеваний дыхательных путей //РМЖ. – 2018. – Т. 26. – №. 3-1. – С. 30-35.
9. Шостак Н. А. и др. Муколитическая фитотерапия при заболеваниях дыхательных путей: исследования продолжаются //Медицинский совет. – 2013. – №. 11.
10. Юдина Л. В. Современный взгляд на клиническое применение цефалоспоринов II поколения при острых инфекциях дыхательных путей //Український пульмонологічний журнал. – 2013. – №. 1. – С. 43-48.
11. Zarogoulidis P. et al. Macrolides: from in vitro anti-inflammatory and immunomodulatory properties to clinical practice in respiratory diseases //European journal of clinical pharmacology. – 2012. – Т. 68. – №. 5. – С. 479-503.