CLINICAL CASES OF VIRAL-BACTERIAL PNEUMONIAS DURING THE PERIOD OF EPIDEMIC RESPIRATORY INFECTIONS AND FLUE IN TERNOPIL REGION

L.A. Hryshchuk, O.I. Yashan, A.O. Bob, L.F. Shvedova

SUMMARY. The article is dedicated to the study of 2 clinical cases of viral-bacterial pneumonia in pregnant women (34-36 weeks) during pandemic flue A/H1N1/California. One patient survived, another – died. The survivor received intravenous immunoglobulines and did not receive artificial lung ventilation, even at relatively law O_2 saturation.

Key words: *viral-bacterial pneumonia, clinical features, treatment.*

© Ю.М. Андрейчин, Н.С. Руда., 2009
УДК 616.216-02:616.2-022.6

Ю.М. Андрейчин, Н.С. Руда

СИНУСИТИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Наведено видовий склад мікрофлори вмісту верхньощелепних пазух у хворих на гострі та хронічні гнійні синусити (переважання стафілококів). Відзначено значне зростання кількості гострих синуситів у період епідемії грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій. Підтверджено діагностичне значення комп'ютерної томографії.

Ключові слова: *верхньощелепний синусит, мікрофлора, епідемія грипу, комп'ютерна томографія.*

Гострі захворювання приносових пазух привертають увагу багатьох науковців, оскільки займають одне з провідних місць у структурі ЛОР-патології. В Україні запалення приносових синусів посідає друге місце серед захворювань ЛОР-органів, частка верхньощелепних синуситів складає 56-73 % [1]. В середньому 5-15 % дорослого населення хворіють на різні форми синуситів.

Значне зростання кількості гострих синуситів спостерігається в період епідемії грипу, ГРВІ [2]. У 0,5-2 % дорослих хворих з вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів розвиваються вторинні бактерійні синусити [3].

Небезпека розвитку синуситів на тлі грипу та інших ГРВІ відносно більша у дітей, які часто хворіють. Серед усіх ЛОР-захворювань у дитячому віці синусити складають 9-20 %. У дітей до 3 років синусити перебігають з ускладненнями (у 10-22 % гнійносептичні орбітальні та у 2,1 % – внутрішньочерепні) [4].

Синусити при вірусних інфекціях, очевидно, виникають значно частіше, ніж діагностуються, оскільки в ряді випадків їх клінічна картина маскується симптомами основного захворювання. Є підстави вважати, що синусити при грипі та інших ГРВІ слід розглядати як прояв гострої вірусної інфекції, а не завжди як її ускладнення. Це міркування підтверджується розвитком найчастіше двобічного ураження приносових пазух, переважно катаральної форми, наявністю симптомів, характерних

для респіраторної вірусної інфекції, а також можливістю виділення вірусів із промивної рідини пазух. Однак на фоні ГРВІ можуть розвиватись і бактерійні синусити, що пояснюється зниженням опірності організму, зумовленим інфекцією [5].

Найчастіше у верхньощелепних пазухах у хворих на гострий бактерійний синусит знаходили S. pneumoniae, H. influenzae, інші стрептококи та M. catarrhalis [3]. За даними різних авторів, S. pneumoniae і M. catarrhalis є причиною 80 % всіх випадків гострого синуїту в США [6, 7].

Матеріали і методи

Під спостереженням було 200 хворих на гострі та хронічні синусити. Вік пацієнтів коливався від 15 до 65 років. Діагноз синуситу підтверджувався анамнестичними даними, результатами передньої і задньої риноскопії, рентгенографії приносових пазух, комп'ютерної томографії, діагностичною пункцією верхньощелепних пазух. Бактеріологічне дослідження вмісту синусу верхньої щелепи, отриманого методом пункції, і мазків зі слизової носа здійснювали за допомогою висіву на штучні живильні середовища з подальшою ідентифікацією виділених культур.

Результати досліджень та їх обговорення

Видовий склад мікробної флори вмісту верхньощелепних пазух вивчали у 175 хворих на гнійний верхньощелепний синусит, які перебували на лікуванні протягом останніх чотирьох років. Із них у 52 осіб мав місце гострий процес, у 123 – хронічний. Проведені бактеріологічні дослідження показали, що в 61 (35 %) випадку посіви вмісту пазух виявились „стерильними", в 114 (65 %) випадках виділено той чи інший вид мікроорганізмів. При цьому у 59 (34 %) хворих виявлено стафілококи (епідермальний, сапрофітний, золотистий), які належать до числа потенційно патогенних мікроорганізмів. Необхідно також відмітити виявлення у вмісті верхньощелепних пазух значного числа ентеробактерій: кишкова паличка – 4 випадки, цитобактер – 11, клебсієла – 9, ентеробактер-клоаце – 2. Синьогнійна паличка виявлена в 2 випадках, спорова паличка – в 5, гемолітичний стрептокок – в 7, алкіліденес – в 4, гриби Candida – в 3.

Таким чином, у вмісті верхньощелепних пазух при гнійному їх запаленні виявляється різноманітна мікробна флора, серед якої частіше трапляються стафілококи.

Гострий синусит може з'явитись й при гострому риніті (гострий риніт частіше спричиняється риновірусами, аденовірусами) внаслідок розповсюдження інфекції зі слизової оболонки носа на приносові пазухи, порушення барофункції пазух і активізації патогенної мікробної флори в порожнині носа.

При ретроспективному вивченні історій хвороби 200 осіб віком від 15 до 63 років, хворих на гострі синусити, ми встановили, що причиною захворювання виявились такі інфекційні хвороби: грип – у 110 (55 %) хворих, інші ГРВІ – у 52 (26 %), ангіна – у 5 (2,5 %), гострий риніт – у 33 (16,5 %). У 120 (60 %) пацієнтів був верхньощелепний синусит (у 90 – однобічний, у 30 – двобічний), у 80 (40 %) – полісинусит (у 52 – верхньощелепний синусит і етмоїдит, у 28 – верхньощелепний синусит, етмоїдит і фронтит).

Діагноз синуситу підтверджувався анамнестичними даними, результатами передньої і задньої риноскопії, рентгенографії приносових пазух, комп'ютерної томографії, діагностичною пункцією верхньощелепних пазух.

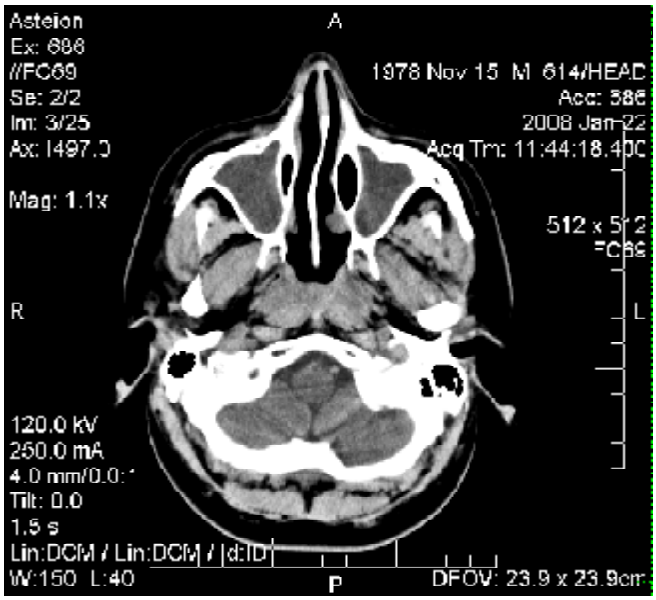
Більшість пацієнтів скаржилась на біль у голові, утруднене носове дихання, виділення з носа. При риноскопії відзначали гіперемію і набряк слизової оболонки носа, слизисті, слизово-гнійні чи гнійні виділення.

При пункції верхньощелепних пазух у всіх хворих виявлено ексудат різного характеру (серозний, слизистий, слизово-гнійний чи гнійний). У 120 (60 %) пацієнтів встановлено зменшення об'єму пазух, очевидно, за рахунок набряку слизової оболонки. На основі даних проведеного дослідження у 5 (2,5 %) пацієнтів діагностовано серозний синуїт, у 18 (9 %) – катаральний і в 177 (88,5 %) – гнійний.

Рентгенографія приносових пазух виявляла картину зниження пневматизації тих чи інших пазух – від легкої завуальованості (у 28 хворих, 14 %) до гомогенного затемнення (у 172, 86 %) (мал.1).

Мал. 1. Хворий Ш., 34 роки. Рентгенографія приносових пазух носа, проекція Waters'a. Горизонтальний рівень рідини у лівій верхньощелепній та обох лобних пазухах.

На комп'ютерній томограмі визначали пристінковий набряк слизової оболонки, часткове чи повне заповнення синусів патологічним вмістом (мал. 2, 3).



Мал. 2. Хворий П., 31 роки. Комп'ютерна томограма приносових пазух, аксилярна проекція. Тотальне затемнення обох верхньощелепних пазух.

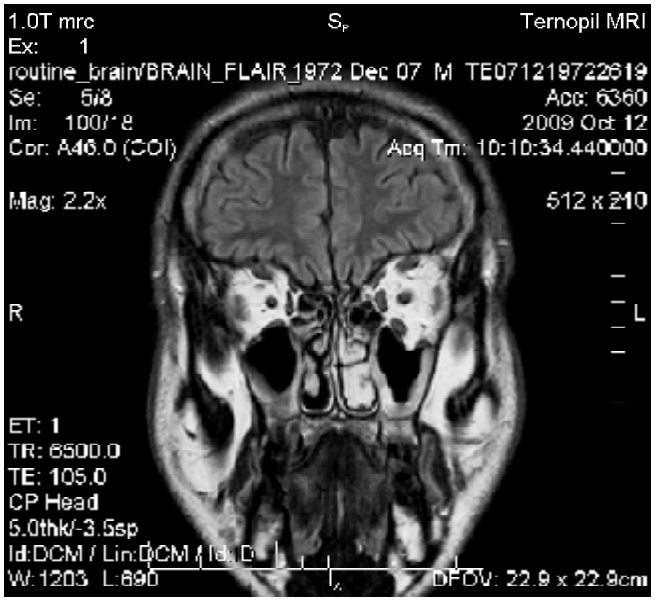


Рис.3. Хворий Щ., 37 років. Комп'ютерна томограма приносових пазух, коронарна проекція. Нерівномірне потовщення слизової оболонки обох верхньощелепних пазух.

Оскільки синусити при ГРВІ можуть бути вірусної етіології, призначення антибіотикотерапії буде неефективним.

Згідно з протоколом надання медичної допомоги хворим на гострий гайморит, затвердженим МОЗ України, комплексне лікування повинно включати: антибіотикотерапію, системні деконгестанти, антигістамінні, муколітичні, нестероїдні протизапальні, гомеопатичні засоби, місцеві середники. Дотримання цих критеріїв є важливим у лікуванні гострих синуситів. Профілактика ускладнень ГРВІ, грипу потребує стимуляції реактивних сил організму і вчасного адекватного лікування. Безсумнівно сприяючим фактором у виникненні синуситів також є ділянки обструкції остіомеатального комплексу. Тому важливим є відновлення архітектоніки порожнини носа з метою нормалізації роботи остіомеатального комплексу та мукоциліарного транспорту.

Висновки

1. В період епідемії грипу та інших ГРВІ спостерігається значне зростання кількості гострих синуситів. Бактерійна флора приєднується у 88,5 % випадків.

2. Крім рентгенографії цінною у діагностиці синуситів може бути комп'ютерна томографія.

Література

1. Пухлик С.М., Щелкунов А.П. Острые синуситы купального сезона // Ринология. – 2009. – № 1. – С. 47-51.

2. Заболотный Д.И., Мельников О.Ф., Заболотная Д.Д. и др. Иммуномодулирующие средства в терапии заболеваний верхних дыхательных путей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – № 3с. – С. 38-39.

3. Крюков А.И., Шубин М.Н. Адекватная антибиотикотерапия острого и вялотекущего риносинусита // Ринология. – 2002. – № 4. – С. 48-55.

4. Гаращенко Т.И., Богомильский М.Р., Маркова Т.П. Бактериальные иммунокорректоры в профилактике заболеваний верхних дыхательных путей и уха у часто болеющих детей // Ринология. – 2002. – №4. – С. 56-66.

5. Андрейчин Ю.М., Протасевич Г.С., Янюк А.В. Роль інфекційних захворювань у виникненні гострого синуїту // Тяжкі форми інфекційних хвороб і невідкладні стани. Матеріали науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів України.– Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – С. 7-9.

6. Зарицкая И.С., Вольская О.Г., Смагина Т.В. Эффективность применения макролидного антибиотика "Кларицит™" при воспалительной патологии околоносовых пазух // Ринология. – 2004. – № 2. – С. 56-62.

7. Sinus and Allergy Health Partnership. Antimicrobial treatment guedelines for acute bacterial rhinosinusitis // Otolaryngology – Head and Neck Surgery.– 2000. – Vol.123.– P. 1-S32.

SINUSITES AS COMPLICATIONS OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION

Andreychyn Yu.M., Ruda N.S.

The species content of microflora of maxillar sinuses in patients with acute and chronic purulent sinusites (dominating of staphylococci) is demonstrated. Significant increase of cases of acute sinusites during flue epidemic and other respiratory viral infections is remarked. The diagnostic value of computer tomography is confirmed.

Key-words: *maxillar sinusitis, microflora, flue epidemic, computer tomography.*

© Ахтемійчук М.Ю., 2009
УДК 616.2-022.7-085.23

М.Ю. Ахтемійчук

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛАФЕРОБІОНУ ПРИ АДЕНОВІРУСНІЙ ІНФЕКЦІЇ

Буковинський державний медичний університет

Узагальнено вплив аерозольного застосування інтерферону б2в (лаферобіону) в комплексному лікуванні хворих чоловічої статі юнацького віку на клінічні прояви аденовірусної інфекції та стан гуморальної ланки імунітету. На підставі одержаних результатів обґрунтовано новий підхід до комплексної терапії хворих на аденовірусну інфекцію.

Ключові слова: *лаферобіон, аденовірусна інфекція, інтерфероновий статус організму, гуморальна ланка імунітету.*

Респіраторні вірусні інфекції найбільш поширені серед хвороб XXI століття. У структурі інфекційної захворюваності майже 70 % припадає на грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ). За короткий проміжок часу вони уражають жителів різних країн і континентів [1-3].

Майже 90 % населення щонайменше один раз на рік хворіє на одну з респіраторних інфекцій вірусної етіології. Це зумовлює високу захворюваність і навіть впливає на показник смертності [4].

Вкрай несприятливого перебігу ГРВІ можуть набувати на тлі імунодефіцитних станів. Від функціонального стану імунної системи залежать тривалість ГРВІ, тяжкість перебігу, розвиток ускладнень [5, 6].

На сьогодні єдиної медикаментозної корекції грипу та інших ГРВІ ще немає. Для лікування використовують переважно патогенетичні та симптоматичні засоби [7]. Найбільш ефективним у лікуванні таких хворих є застосування інтерферонів (ІФ) [8, 9], особливо у вигляді аерозолю [9, 10].

Отже, актуальність теми зумовлена потребою вдосконалити лікування хворих на аденовірусну інфекцію.

Мета дослідження – підвищити ефективність лікування хворих на аденовірусну інфекцію шляхом аерозольного застосування ІФН-$\alpha 2\beta$ (лаферобіону), дослідити його вплив на клінічний перебіг недуги, інтерфероновий статус організму та гуморальну ланку системи імунітету.