

ЛЕЧЕНИЕ ГАЙМОРИТА ПРИ ПОМОЩИ СОВРЕМЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Нуриддинов Хусниддин Норриддинович

Бухарский государственный медицинский институт,

Республика Узбекистан, город Бухара

Актуальность темы: Воспаление гайморовых пазух в системе органов дыхания находится в ряду самых распространённых заболеваний. Хроническое воспаление верхней челюстной пазухи наблюдается в результате не полного оздоровления на стадии её острого воспаления, которое не обязательно является продолжением данного явления. Оно может развиваться в результате перехода хронических воспалений носовой полости к воспалению решетчатого лабиринта и близлежащих пазух. Воспаление корней верхнечелюстных зубов, а также их гниение могут быть причиной хронического воспаления. Основным звеном цепочки патогенеза воспаления верхней челюсти является закупоривание отверстий верхнечелюстных пазух. Разные инфекционные заболевания, такие как грипп, скарлатина, корь обладают высокой вирулентностью микрофлоры и низкой реактивностью макроорганизмов, которые способствуют переходу острого воспаления верхнечелюстных пазух в стадию хронического воспаления. В последнее время наблюдается значительное увеличение заболеваемости воспалением верхнечелюстных пазух и его последствий как у молодых, так и у взрослых. 4 Заболевание гайморит встречается довольно часто и требует применения различных видов антибиотиков, для наилучшего результата при его лечении.

Цель исследования. Проверить эффективность применения современных препаратов.

В качестве этиологического лечения пользовались натриевой солью ампициллина. Для сравнения использовали данный препарат. В качестве патогенетического лечения из препаратов, снижающих отек слизистого слоя, мы использовали 0,1% нафтизин, требовалось капать этот препарат по 2-3 капли, 2-3 раза в день в каждую ноздрю носа. Из противовоспалительных и антисептических препаратов использовали 2% раствор протаргола по 2 капли 3-4 раза в день. Из 6 десенсибилизирующих препаратов использовали для инъекции 10% раствор глюконата кальция. Из антигистаминных препаратов использовали 25 мг таблетки супрастина. В качестве этиологического лечения из современных препаратов использовали таблетки Кламок. Он выпускается в форме таблетки Кламок 375, Кламок 625, Кламок 1000 покрытые оболочкой.

Кламок состоит из антибиотика широкого спектра действия амоксициллина и неповторимый ингибитор β лактамазы клавулан кислоты. Клавулан кислота защищает от микробов, вырабатывающих β лактамазу. Клавулон кислотав пассивном состоянии действует на микробы. Кламок считается антибиотиком широкого спектра действия, активно воздействует на микробы, вырабатывающие β лактамазу и прочные на амоксициллин.

1.Граммположительные аэробы: S.Pneumonia, S.Piogenes, S.Viridans, S.Bovis, S.Aureus, S.Epidermidis, Listeria spp, Enterococcus spp.
2.Грамотрицательные аэробы: H.Influenzae, Maroxella catarralis, E. coli, Proteus spp, Klebsiella spp, N.Gonorrhoeae, N.Meningitidis, Pasteurela multocida.
3.АНАЭРОБЫ: Peptococcus spp., Peptostreptococcus spp., Clostridium spp., Bacteroides spp. Кламок хорошо всасывается через желудочно-кишечный тракт. Режим питания не действует на степень всасывания препарата. Пиковая степень концентрации препарата в плазме крови наступает примерно через 1 час. Рекомендуется принимать препарат таблетки Кламок 625 каждые 8 часов. Основываясь на исследования вышеуказанных учёных, мы выбрали препарат Кламок и использовали следующим образом. Выбрали 20 больных, разделенных на 2 группы. Пациентов первой 7 группы лечили традиционным способом, больным второй группы применили современный препарат. Исследуемым больным в 1 ой гр. рекомендованные инъекции натриевой соли ампициллина, которые назначались по 1,0 х3 раза в день. В качестве патогенетического лечения из препаратов уменьшающих отек слизистой оболочки, использовали 0,1% нафтизин. После назначений по 2-3 капли 2-3 раза на каждую ноздрю носа, использовали 2% раствор протаргола. По 2 капли 2-3 раза в день. Из физиотерапевтических процедур назначили УВЧ. После лечения вышеуказанными препаратами результаты выздоровевших больных оказались малоэффективными. Среди больных 1-группы выздоровевших было мало. Больным 2 ой группы применили препарат Кламок 625 каждые 8 часов. Повторили те же способы по первому методу лечения натриевой солью ампициллина. Результаты по лечению дали высокую эффективность. Основной причиной выздоровления этих больных является выбранный препарат оказавший действие на микроорганизмы, вырабатывающие β лактамазу. Почти все микроорганизмы, вызывающие хронический гайморит, вырабатывают β лактамазу.

Из первой группы при лечении натриевой солью Ампициллина 60% полностью вылечились, а у 40 % больных обнаружены обострение болезни. Больным 2-группы из современных препаратов рекомендовали Кламок 625. При этом результаты были подругому (2-таблица). 90 % этих больных, полностью вылечились, а у 10 % обнаружены его обострение. Это свидетельствует о

положительном воздействии данного препарата и требует его регулярного, систематического внедрения на практике.

Список литературы:

1. Балаболкин И.И., Горбунов Г.Г., Горелов А.В. и др. В кн.: Острые респираторные заболевания у детей . М.: 2004.
2. Богомильский М.Р., Страчунский Л.С. В кн.: Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР органов. М., 2001.
3. Богомильский М.Р., Тарасов А.А. В кн. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР органов. М., 2001.
4. Григорьева Н.В. Возможности безпункционного лечения острого гнойного гайморита. Вестник оториноларингологии, 2, 2003, 38-40.
5. Крюков А.И. Сединкин А.А. Сравнительная оценка эффективности и безопасности амоксициллина и ампициллина в лечении острого бактериального синусита. Вестник оториноларингологии 1, 2004, 49-50.
6. Пальчун В.Т., Магамедов М.М., Лучихин Л.А.. Оториноларингология Москва "Медицина" 2002.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.Н. Оториноларингология М 1997; 135-141.
8. Х.Н Нуриддинов, Ш.А Алимova. Анализ результатов эндоскопической диагностики и лечения хронического полипоза, риносинусита. Научный прогресс 2022. 3 (5), 155-161
9. Х.Н. Нуриддинов Эндоскопическая картина при полипозном риносинусите. Scientific progress 2022. 3 (4), 42-47
10. Н Нарзуллаев, Р Раджабов, Х Нуриддинов. Опыт лечения отоанtritов у ВИЧ-инфицированных детей. Журнал вестник врача 2019. 1 (4), 84-87.
11. Х.Н. Нуриддинов. Сурункали полипоз риносинуситни эндоскопик ташхислаш ва даволаш натижаларининг тахлили. Scientific progress 2022. 3 (4), 32-37
12. Н Нарзуллаев, Р Раджабов, Х Нуриддинов. Цитокиновый профиль детей с острым воспалением среднего уха при остром респираторном заболевании на фоне лечения. Журнал вестник врача 2019. 1 (2), 81-84
13. У.И. Нуров, ХН Нуриддинов. Специфика Частоты Распространения Хронического Полипозного Риносинусита. Research Journal of Trauma and Disability Studies 2022. 1 (12), 100-112