

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до оториноларингології і може бути використаний при лікуванні хронічного гаймориту.

Відомий, спосіб ідентифікації внутрішньоклітинного збудника при хронічному гаймориті (1). Недоліками даного способу є те, що забір матеріалу проводиться з носової частини глотки, загального носового ходу, досліджується ексудат з верхньощелепної пазухи, що не дозволяє точно визначити збудник, який локалізується в слизовій оболонці верхньощелепних пазух.

Задачею винаходу, є підвищення точності виявлення внутрішньоклітинного збудника у хворих на хронічний гайморит.

Заявлена задача досягається тим, що проводиться зскрібання епітеліальних клітин середнього носового ходу в ділянці "остіомеатального" комплексу (вивідних отворів верхньощелепних пазух).

Спосіб здійснюють наступним, чином: готують предметне скло шляхом стерилізації. Перед призначенням антибіотикотерапії та без попередньої анемізації зонд з ватою уводиться в середній носовий хід (під середню носову раковину) з ураженого боку до ущільнення, обертається, навколо осі. вліво та вправо, на зворотній траекції виконується ощадливе зскрібання епітелію. Взятий матеріал розміщується на предметному склі та фіксується ацетоном впродовж 2-х хвилин. Ідентифікація внутрішньоклітинного збудника проводиться методом прямої імунофлюоресценції (ГПФ) з моноклональними антитілами до *Chlamidia spp.*, *Mycoplasma spp.* (2).

Для наочності приводимо результати дослідження внутрішньоклітинного збудника у одних і тих же хворих з хронічним, гайморитом, методом прототипу (базовий об'єкт) і запропонованим способом.

Таблиця

Результати визначення внутрішньоклітинної мікрофлори

Виявлена, мікрофлора	Запропонований спосіб	Прототип	Р
	n=14	n=14	
Хламідія	8	5	<0,05
Мікоплазма	3	1	<0,05
Разом	11	6	<0,05

З таблиці видно, що число позитивних досліджень на внутрішньоклітинний збудник у 1,83 рази вище при використаному нами способу, що вказує на його переваги.

Приклад: хворий Дмитро Ж., 15 років (історія хвороби №311) поступив в ЛОР-клініку зі скаргами на утруднення носового дихання, ВИДІЛЕННЯ з носу впродовж півроку. Захворювання пов'язує з літнім купальним сезоном, після якого з'явилися вищезазначені скарги. Лікувався амбулаторно - без ефекту. В анамнезі хворів гайморитом. Під час обстеження: загальний стан задовільний, температура тіла - 36,8°C, шкірні покриви блідо-рожевого кольору, чисті. Патології з боку внутрішніх органів не виявлено.

ЛОР-статус. Риноскопія - слизова оболонка гіперемійована, набрякла, слизово-гнійний ексудат в середньому носовому ході з обох боків. Носова перегородка викривлена на всьому протязі вліво. Носове дихання утруднене. Шкіра в вестибулярному відділі носа незначно інфільтрована. При перкусії та пальпації болючості в ділянках проекції навколососових пазух не виявлено. Підщелепні та передні шийні лімфовузли збільшені, мало рухомі, болючі під час пальпації. Інші ЛОР-органи без патології. На рентгенограмі навколососових пазух: тотальне зниження пневматизації обох верхньощелепних, пазух.

Діагноз: двобічний хронічний гайморит в стадії загострення, викривлення носової перегородки. Хворому проведено функцію верхньощелепних пазух з обох боків - отримано 5-6мл слизово-гнійного ексудату. Пазухи дреновано тefлоновими трубочками. Зважаючи на відсутність загальних симптомів запального процесу проводилась тільки місцева терапія яка включала: анемізацію середніх носових ходів 1% розчином мезатону та промивання пазух антисептичними розчинами: з наступним введенням йоддицерину у кількості 2мл в кожен пазуху, аерозолі з 0,1% розчином етонію, віброцил по 3-4 краплі в кожен носовий хід 2 рази на день, ацетилцистеїн по 100мг внутрішньо 3 рази на день, глюконат кальцію та аскорутин по 1 пігулці внутрішньо 3 рази на день. З 5 дня призначались струми УВЧ №10. Висновок бактеріологічного дослідження: *Staph. aureus* IVст. росту. Впродовж лікування промивні води очистились, об'єм пазух відновився, інфільтрація шкіри верхньої губи регресувала, носове дихання покращилось. Хворий був виписаний з покращенням. Звертало увагу те, що при відсутності гіперемії слизової оболонки порожнини носа виявлялась її незначна набряклість. Також залишались прояви лімфаденіту.

Через 6 днів хлопчик знову звернувся в клініку зі скаргами на виділення з носу, відсутність носового дихання, підвищення температури тіла до 37,1°C, періодичний головний біль. Скарги, що з'явилися повторно, порушений загальний, стан, хворого було розцінено як рецидив захворювання та призначено загальну антибіотикотерапію у вигляді цефтріаксон 1000мг внутрішньом'язово один раз на добу, та місцеве лікування, яке включало пункцію та дреновання верхньощелепних пазух, промивання за методом Proetz'a, анемізацію середніх носових ходів 1% розчином мезатону, деконгестанти в ніс, аерозольну терапію. В промивних водах з верхньощелепних пазух - слизово-гнійний ексудат у кількості 2-3мл. Бактеріологічне дослідження, ексудату виявило наявність *Slaph. aureus* IIIст. росту.

З 3-го дня: стан хворого покращився - регресував головний біль та зменшилися виділення з носа, але залишалась стійка набряклість слизової оболонки носа. Звертаючи увагу на дуже швидкий рецидив захворювання, неефективність традиційного лікування, стійку лімфаденопатію вирішено було провести додаткове обстеження. Виконано забір матеріалу з середнього носового ходу способом, що був описаний вище. Методом прямої імунофлюоресценції було ідентифіковано в епітеліальних клітинах середнього носового ходу *Mycoplasma hominis*. В крові хворого виявлені антитіла до *Toxoplasma*: IgG - (+), IgM - (-).

Враховуючи наявність такого етіологічного чинника додатково було призначено етіотропну терапію у вигляді антибіотика з групи макролідів -макропен по 400мг 3 рази на добу протягом 14 днів, та інтерферогенного препарату амізон по 0,25г тричі на день - перші 3 дні, в наступні дні - по 0,25г один раз на добу.

Вже на 3 день лікування симптоми захворювання регресували. Промивні води очистились на 5 день. Носове дихання повністю було відновлено з правого боку та значно покращилось з лівого. Хворий виписаний з одужанням. Призначена планова септопластика. Спостереження на протязі місяця: - скарги відсутні, носове дихання вільне.

Таким чином, запропонований спосіб, дозволяє підвищити ефективність діагностики внутрішньоклітинного збудника, що сприяє підвищенню ефективності лікування хронічного гаймориту (етіотропна терапія).

Використана література:

1. Позняк А.Л., Глазников Л.А., Пониделко С.Н., Нуралова И.В. Хлопунова О.В. Этиопатогенетическая роль хламидийно-микоплазменно-бактероидных ассоциаций в патологии ЛОР-органов у лиц пожилого возраста. Новости оториноларингологии и логопатологии. - 2000, - №4(24), - 48-56с.

2. Гранитов В.М. Хламидиозы. М., Медицинская книга. 2000, 190с.