

catarrhalis. Биопленки были обнаружены у 73,7% пациентов с ХРС с полипами и у 73,3% с ХРС без полипов. При взятии образцов со слизистой оболочки носа у здоровых людей биопленки не были обнаружены [10].

Таким образом, учитывая полученные данные, можно предположить, что инфекционные факторы являются одними из пусковых или предрасполагающих факторов развития ПРС и поддержания хронического воспаления. Нарушение баланса между инфекционными и неинфекционными факторами способствует развитию обострения ХГР у пациентов с ПРС, особенно в сочетании с сопутствующим АР, что, в свою очередь, является триггером для дальнейшего развития полипов, в особенности при частых обострениях ХРС.

Цель исследования

Разработать схему лечения обострений хронического гнойного риносинусита у больных с полипозным риносинуситом в сочетании с аллергическим ринитом и определить ее эффективность.

Пациенты и методы исследования

В рамках данного исследования нами было обследовано 19 человек с ПРС в сочетании с АР при обострении ХГР. Средний возраст пациентов составил 45,2 года (медиана возраста 45,2 года; межквартильный размах 25–75%: 36–54), из них 11 женщин и 8 мужчин.

Исследование носило проспективный характер. При первичном осмотре производился тщательный сбор жалоб и анамнестических данных, эндоскопическое исследование полости носа и назначалось лечение. Всем пациентам трижды проводили микробиологическое исследование – посев биологического материала на плотные питательные среды до начала лечения, на 7-й и 14-й дни от начала лечения. В качестве группы сравнения были проанализированы результаты микробиологического исследования у 15 пациентов с ПРС вне обострения ХГР. Средний возраст пациентов группы сравнения составил 50,5 года (медиана возраста 53 года; межквартильный размах 25–75%: 38–62), из них 9 женщин и 6 мужчин.

Также всем пациентам до начала лечения и на 7-й день выполнялся общий анализ крови с лейкоцитарной формулой, где оценивались изменения, характерные для бактериального воспаления, по показаниям проводилась мультиспиральная компьютерная томография околоносовых пазух.

На каждом из последующих визитов пациентам проводили эндоскопию полости носа, выполняли контроль эффективности и коррекцию лечения.

Результаты проведенных исследований легли в основу созданной нами индивидуальной схемы

лечения данной когорты пациентов. Кроме того, на основании результатов клинико-лабораторного и инструментального обследования определены особенности консервативного лечения в зависимости от тяжести течения обострения ХГР.

Результаты и обсуждение

При обострении ХГР, по сравнению с состоянием ремиссии, определяется значительное усиление заложенности носа, появление гнойных или слизисто-гнойных выделений, которые вследствие механического препятствия из-за наличия полипов в полости носа в основном стекают по задней стенке глотки, вызывая дискомфортные ощущения в ротоглотке и мучительный малопродуктивный кашель.

Для каждого из пациентов определялась степень тяжести течения обострения: легкая, среднетяжелая или тяжелая.

Симптоматика легкой формы обострения ХГР ограничивается локальными проявлениями: усилением затруднения носового дыхания, слизистыми или необильными слизисто-гнойными выделениями из носа, более выраженным снижением обоняния [11].

При средней форме обострения ХГР присоединяются слизисто-гнойные или необильные гнойные выделения из носа, возможны нерезкие лицевые боли или ощущение дискомфорта в проекции ОНП. При этом признаки интоксикации отсутствуют или выражены незначительно, температура остается нормальной или субфебрильной.

При тяжелой форме обострения ХГР, помимо местных признаков, также выражена общая интоксикация. Температура тела повышается до фебрильной или выше, беспокоит интенсивная головная боль и/или болезненность в местах проекции ОНП, возможны реактивные отеки век и мягких тканей лица.

Была разработана персонифицированная схема лечения пациентов с обострением ХГР при разных степенях тяжести [12].

Все пациенты с обострением ХГР применяли топические деконгестанты, препаратом выбора являлся ксилометазолин 0,1% или оксиметазолин 0,05% в виде назального спрея по 2 дозы в каждую половину носа 2–3 раза в день, длительность курса составляла 5–10 дней, с постепенной отменой. Также всем пациентам проводилась ирригационно-элиминационная терапия, которая включала орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим солевым раствором.

Пациентам с легкой формой обострения ХГР проводилась терапия интраназальными глюкокортикостероидами. Препаратом выбора являлся мометазона фуоат в дозировке 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в день (суточная доза 400 мкг), длительность курса не менее 14 дней.