

Пациентам со средней и тяжелой формами обострения ХГР был назначен комбинированный топический препарат, включающий прямой муколитик N-ацетилцистеин и антибиотик широкого спектра действия тиамфеникол (флуимуцил-антибиотик ИГ) в виде ингаляций через компрессорный небулайзер. Ингаляции проводились в дозировке 250 мг дважды в день в течение 7 дней.

Также в связи с наличием аллергического ринита всем пациентам дополнительно назначали антигистаминные препараты 2-го поколения перорально в стандартных дозировках, длительностью 14 дней.

Пациентам с тяжелой формой обострения ХГР мы назначали системную антибиотикотерапию. Препаратами выбора являлись полусинтетические пенициллины в сочетании с клавулановой кислотой в средних и высоких дозах, длительность курса 7–10 дней. При наличии анамнестических данных о приеме антибиотиков пенициллинового ряда в предшествующие 3 месяца назначаются антибиотики цефалоспоринового ряда III–IV поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефепим) в средних и высоких дозах, длительность курса 7–10 дней. При непереносимости антибиотиков представленных групп мы назначали макролиды (джозамицин) в средних и высоких дозах, длительность курса 7–10 дней.

Респираторные фторхинолоны III–IV поколения (левофлоксацин, моксифлоксацин) назначались нами при тяжелом течении ХГР у пациентов с ПРС при неэффективности стартовой антибиотикотерапии в течение 48–72 часов.

Необходимо отметить тот факт, что среди пациентов с ПРС в сочетании с АР у 4 пациентов (21,1% случаев) в анамнезе имелась аллергия на бета-лактамы антибиотики по сравнению с пациентами без наличия атопии. Тем самым в данном случае назначение макролидов или респираторных фторхинолонов является наиболее

эффективным и безопасным выбором терапии для данной когорты больных.

При возникновении риногенных орбитальных или внутричерепных осложнений пациент нуждается в экстренной госпитализации для проведения хирургического вмешательства, проведения системной антибиотикотерапии и прочих лечебных мероприятий по принципам неотложной оториноларингологии. Однако гнойных синуситов, требовавших госпитализации в круглосуточный стационар и экстренное хирургическое вмешательство ни у одного из пациентов не было зафиксировано.

На рис. 1 приведены титры бактерий у больных ПРС вне обострения ХГР (группа сравнения), где представлено огромное их разнообразие, но нарушение баланса микробиоты может создать благоприятную среду для развития данных бактерий и их дальнейшего роста. Наиболее часто встречаемыми бактериальными организмами являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*.

У пациентов с ПРС в сочетании с АР наблюдалось относительно благоприятное течение обострений ХГР, где системная антибиотикотерапия назначалась только в 6 случаях (31,6%). При этом необходимости в пункциях верхнечелюстных пазух не возникло. Схема лечения больных этой группы в зависимости от тяжести течения представлена в табл. 1.

По результатам первичного обследования у 8 пациентов установлена легкая степень тяжести течения, у 7 пациентов – средняя, у 4 пациентов – тяжелая.

В ходе динамического контроля у 2 пациентов со средней степенью тяжести через 72 часа от начала лечения клинического улучшения не наблюдалось, при этом в общем анализе крови отмечался лейкоцитоз со сдвигом влево, нейтрофилез, ускорение СОЭ, в связи с чем им была назначена системная антибиотикотерапия. У 1 пациента со

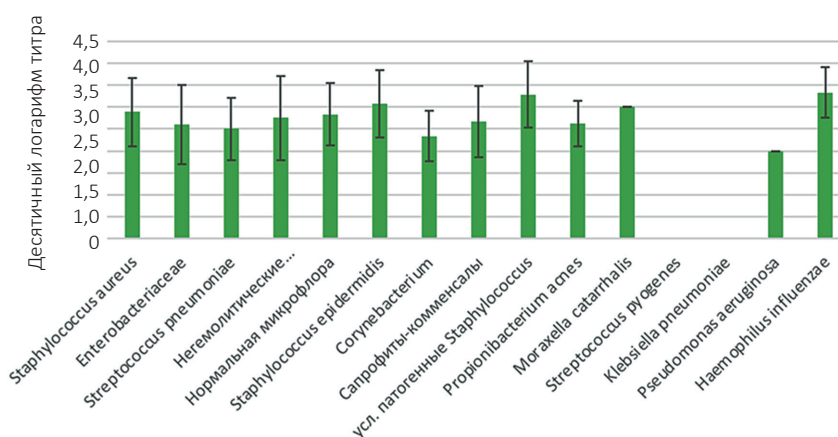


Рис. 1. Титры бактерий вне обострения хронического гнойного риносинусита
Fig. 1. Bacterial titers not in the exacerbation of chronic purulent rhinosinusitis