

## Литература

1. Волчков В.А., Игнатюк Ю.Д., Страшнов В.И. Болевые синдромы в анестезиологии и реаниматологии / М.: МЕДпресс-информ, 2006; 318 с.
2. Машфорт М.Л., Купер М.Г., Кохен М.Л. и др. Боль и аналгезия. Рук-во для практикующих врачей. Пер. с англ.: А.Н. Редькин. Под ред. А.А. Бунятян, Е.Л. Насонов, В.В. Никода / М.: Литтерра, 2004; 488 с.
3. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р., Петрова В.В. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли. Метод. указания. Практ. рук-во для врачей / М., 2005; 79 с.
4. Пчелинцев М. В., Соловьева С. Л., Софронов А. Г. и др. Клинико-психологические исследования психотропного эффекта агонистов-антагонистов опиатных рецепторов. Фармакодинамика болеутоляющих средств в эксперименте и клинике / Л., 1990; 130–6.
5. Пчелинцев М.В., Звартау Э.Э. Бупренорфин: вчера, сегодня завтра // Врач. – 2011; 12: 49–52.
6. Пчелинцев М.В., Звартау Э.Э. Экспериментальное исследование нового лекарственного средства на основе бупренорфина и налоксона (бупраксона), отличающегося меньшим наркогенным потенциалом при высоком болеутоляющем эффекте. Актуальные вопросы острой и хронической боли: Тез. докл. Рос. научно-практ. конф. с международным участием // Патогенез. – 2005; 1 (3): 11–2.
7. Пчелинцев М.В. Изучение анальгетического эффекта бупренорфина и сочетаний бупренорфина с налоксоном у крыс на модели «горячая пластина». Тез. докл. материалов IV Съезда фармакологов России «Инновации в современной фармакологии» / Казань. – М.: Фолиум, 2012; с. 157.
8. Штрибель Х.В. Терапия хронической боли. Практ. рук-во. Пер. с нем. Ред. Н.А. Осипова, А.Б. Данилова, В.В. Осипова / М., ГЭОТАР-Медиа, 2005; 303 с.
9. Caraceni A. et al. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC // Lancet. – 2012; 13: 58–68.
10. Gharagozlu P., Demirci H., Clark J. et al. Activity of opioid ligands in cell expressing cloned mu opioid receptors // BMC Pharmacol. – 2003; 3: 1. Epub. 2003.
11. Gharagozlu P., Hashemi E., DeLorey T. et al. Pharmacological profiles of opioid ligands at kappa opioid receptors // BMC Pharmacol. – 2006; 6: 3. Epub. 2006.
12. Jaffe J., Martin W. Opioid analgesics and antagonists. In Gilman AG, Goodman L., Rall T. et al. (eds): The pharmacological basis of therapeutics. 7th ed. – New York, Macmillan. 1985; p. 491.
13. Ruan X. et al. Acute opioid withdrawal precipitated by ingestion of crushes embeda (morphine extended release with sequestered naltrexone): case report and the focused review of the literature // J. Opioid. Manag. – 2010; 6 (4): 300–3.
14. Weinberg D., Inturrisi C., Reidenberg B. et al: Sublingual absorption of selected opioid analgesics // Clin. Pharmacol. Ther. – 1988; 44 (3): 335–42.
15. Yokell A. et al. Buprenorphine and Buprenorphine/Naloxone Diversion, Misuse, and Illicit Use: An International Review // Curr. Drug. Abuse Rev. – 2011; 4 (1): 28–41.

### COMBINED DRUGS AND ENHANCEMENT OF THE SAFETY OF THERAPY FOR INTENSIVE PAIN

**M. Pchelintsev**, Candidate of Medical Sciences

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

*The paper considers whether the magnitude of side effects and risks of using strong opioids to manage intensive pain may be reduced. It discusses the benefits of combined drugs containing different strong opioids and opiate receptor antagonists.*

**Key words:** opiates, opioids, pain, naloxone, naltrexone, bupraxone.

## НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА

**А. Туровский**, доктор медицинских наук,

**О. Семкина**

Московский научно-практический центр оториноларингологии

E-mail: an\_tur@mail.ru

*Определялась эффективность и отдаленный результат комплексной терапии (одновременное использование антибактериальных препаратов и топических глюкокортикоидов) при обострениях различных форм хронического бактериального синусита. В исследование было включено 60 пациентов в возрасте от 18 до 69 лет. Для купирования обострения хронического синусита авторами было предложено сочетание антибиотика широкого спектра действия (моксифлоксацин) и топического стероида. Эффективность данной терапии оставалась высокой через 6 месяцев после окончания терапии и составила 88,9% при полипозно-гнойном синусите и 83,3% при гнойно-гиперпластическом процессе. Через 1 год эффективность лечения при полипозном поражении осталась прежней, а при гиперплазии несколько снизилась (до 72,2%).*

**Ключевые слова:** хронический синусит, полипозный синусит, фторхинолоны, топические стероиды.

В современных условиях оториноларингологу все чаще приходится отступать от общепринятых канонов лечения в виде комбинации консервативных и оперативных методов, отдавая предпочтение консервативной терапии. Это обусловлено, прежде всего, позицией многих пациентов, которые, ссылаясь на занятость, страх перед операцией, наличие «новых» методов лечения, стараются любой ценой избежать хирургического вмешательства. В результате назревает необходимость в поиске новых возможностей улучшения консервативного лечения хронического синусита, в основном — путем повышения эффективности антибактериальной терапии.

Главная задача антибактериальной терапии хронического и рецидивирующего синусита — эрадикация возбудителей и восстановление стерильности синуса. При рецидивировании синусита предпочтителен выбор антибактериального препарата, основанный на результатах исследования чувствительности микрофлоры, выделенной из синусов. Достижение эрадикации возбудителя снижает частоту рецидивов, увеличивает интервал между обострениями, т.е. разрывает порочный круг инфекционного процесса и улучшает качество жизни пациента. Однако если другие неинфекционные причины, приводящие к синуситу, остаются неустранимыми, его антибактериальная терапия оказывается малоэффективной.

Об эффективности и целесообразности назначения топических глюкокортикостероидов (ГКС) при гнойных синуситах стало известно сравнительно недавно. Согласно данным метаанализа исследований эффективности препаратов для лечения острых и хронических риносинуситов, антибиотики неэффективны в лечении хронического риносинусита с точки зрения доказательной медицины, тогда как топические ГКС

эффективны со степенью достоверности 1В (очень высокая) [1, 6]. Их эффективность в комбинации с антибактериальными препаратами при остром риносинусите также доказана.

Мы поставили перед собой задачу определить эффективность комплексной терапии обострений разных форм хронического бактериального синусита антибактериальными препаратами и топическими ГКС.

Непременные условия надежной эрадикации возбудителей заболевания — активность антибиотика в отношении основных патогенов, создание достаточных концентраций в очаге инфекции, поддержание адекватной концентрации в течение длительного времени, подавляющей рост бактерий. В отношении хронического бактериального синусита всем перечисленным требованиям отвечает Авелокс (моксифлоксацин) — антибиотик, относящийся к группе «респираторных» или «антипневмококковых» фторхинолонов [5, 9]. В отличие от ранних фторхинолонов и даже от своего «одногруппника» левофлоксацина моксифлоксацин обладает повышенной активностью против анаэробов. Это особенно важно при лечении хронических синуситов. Кроме того, широкий спектр активности препарата позволяет ему быть эффективным в отношении микробных ассоциаций. Эффективность моксифлоксацина в лечении острого синусита подтверждена многочисленными международными сравнительными и несравнительными клиническими исследованиями [2–5].

В качестве топического ГКС нами был выбран препарат Назонекс (мометазона фуруат). Мометазона фуруат — ГКС местного применения. Доказано, что уровень кортизола в сыворотке крови на фоне лечения современными интраназальными ГКС, в частности мометазоном, существенно не меняется [8, 10]. Эти препараты не угнетают мукоцилиарную активность эпителия полости носа и не вызывают атрофических изменений в слизистой оболочке.

Нами проведено открытое сравнительное рандомизированное исследование эффективности и безопасности комплексной терапии моксифлоксацином и мометазона фуруатом у больных с обострением разных форм хронического бактериального синусита. Работа проводилась на базе консультативного отделения Московского научно-практического центра оториноларингологии (директор — проф. А.И. Крюков), располагающегося на территории ГKB им. С.П. Боткина.

В исследование были включены 60 больных (28 мужчин и 32 женщины) от 18 до 69 лет (в среднем — 38,1 года). Длительность заболевания составила от 2 до 15 лет (в среднем — 4,3 года). У 7 больных диагностирован одонтогенный гайморит, у 16 — полипозно-гнойный синусит, у 37 — гнойно-гиперпластический.

Диагноз ставили, исходя из жалоб, анамнеза, данных объективного обследования; кроме того, всем больным проводили эндоскопическое исследование полости носа и компьютерную томографию (КТ) околоносовых пазух (ОНП). Особое внимание уделяли анамнестическим данным о предшествующей антибактериальной и консервативной терапии, которую не получали лишь 10% пациентов.

Обращает на себя внимание то, что адекватную при хроническом синусите (антианаэробную) антибактериальную терапию (амоксцилина/клавуланат) получали лишь 33% обследованных, допустимые антибактериальные препараты (цефазолин, цефтриаксон, амоксициллин) — 13%; остальные пациенты либо не принимали ни одного антибиотика (10%), либо использовали малоэффективные при данном заболевании препараты. У подавляющего большинства пациентов — 36 человек — не проводилось никаких вспомога-

тельных манипуляций, способствующих разрешению синусита; у 8 применялась физиотерапия, эффективность которой не подтверждена с позиций доказательной медицины, и лишь у 17 больных использовались врачебные лечебные манипуляции. Таким образом, в результате выбора неверной тактики лечения более 1/2 пациентов были обречены на клиническую и бактериологическую неэффективность предшествующих курсов консервативной терапии.

При первом эндоскопическом обследовании особое внимание уделяли аномалиям строения внутриносовых структур, которые могли способствовать развитию и прогрессированию бактериального воспаления в ОНП. Полученные данные сопоставляли с данными КТ, проводимой до включения пациента в исследование.

Наибольшее число случаев аномального строения внутриносовых структур пришлось на группу больных с гнойно-гиперпластической формой синусита. Аномалии, с большой долей вероятности способные приводить к развитию и прогрессированию патологического процесса в ОНП у этих пациентов, выявлены в 64,9% случаев (у 24 из 37 пациентов), тогда как у пациентов с полипозно-гнойной формой синусита и одонтогенным синуситом частота комплексных аномалий составила соответственно 12,5% (у 2 из 16) и 14,3% (у 1 из 7). В то же время выраженные аномалии внутриносовых структур в данных группах отсутствовали соответственно у 25% (у 4 из 16) и у 42,9% (у 3 из 7). Это позволяет сделать вывод, что не во всех случаях внутриносовые аномалии являлись причиной развития гнойно-гиперпластического процесса (скорее, имело значение комплексное воздействие патогенных факторов); в развитии же одонтогенного и полипозно-гнойного поражения нарушения внутриносовой анатомии играли незначительную роль. Данный вывод полностью согласуется с современными представлениями о развитии и рецидивировании синусита.

В нашем исследовании больные были случайным образом распределены на 2 группы. Пациенты основной группы получали моксифлоксацин (400 мг 1 раз в день в течение 7 дней) в комбинации с интраназальным введением мометазона фуруата в суточной дозе 400 мкг (200 мкг в каждую половину носа 1 раз в день) в течение 8 нед. Курс терапии мометазона фуруатом возобновлялся через 0,5 года после начала наблюдения (прежняя доза на 8 нед). Пациенты контрольной группы получали монотерапию моксифлоксацином в дозе 400 мг в течение 7 дней. Одновременно с назначенной терапией всем пациентам проводились пункции верхнечелюстной пазухи на 1, 3 и 6-е сутки лечения с обязательным микробиологическим исследованием отделяемого.

Клинические симптомы врач оценивал при 1-м визите, на 3, 6, 10 и 30-й дни лечения; затем контрольные осмотры проводились через 0,5 года и 1 год от начала лечения. Во время приема врач анализировал жалобы пациента, его общее состояние. Проводилось эндоскопическое исследование полости носа с оценкой количества и характера отделяемого, состояния слизистой оболочки полости носа (отек, гиперемия и т.д.) в баллах по 10-балльной шкале. Контрольная КТ выполнялась через 1 год после начала наблюдения.

Результаты лечения при разных формах хронического гнойного синусита существенно отличались. У больных с одонтогенным синуситом обеих групп результаты лечения нельзя назвать удовлетворительными.

Положительная динамика у больных с одонтогенным поражением была крайне медленной в обеих группах. Это касается и результатов пункции ОНП: на 3 и 6-е сутки при

промывании сохранялось достаточное количество гнойного отделяемого, т.е. с клинической точки зрения лечение было неэффективным. Говоря о бактериологической эффективности терапии, следует отметить, что стерильность синуса не была достигнута ни в одном случае. Поэтому всех больных с одонтогенным синуситом исключили из исследования, предложив хирургическое лечение.

У больных с полипозно-гнойным синуситом на фоне лечения отмечена четкая положительная динамика выраженности всех симптомов (рис. 1): их тяжесть снизилась уже после 1-й недели терапии. К 7-му дню лечения все симптомы гнойного синусита полностью исчезли у 5 больных основной группы и у 3 – контрольной, а к 10-м суткам – у всех больных основной группы и у 6 – контрольной; у 1 пациента контрольной группы, хотя и отмечено улучшение, но к 6-му дню наблюдения сохранялось слизисто-гнойное отделяемое при пункции верхнечелюстной пазухи, а к 10-му дню – в среднем носовом ходу. К 30-му дню у данного больного отмечено обострение гнойного синусита. В основной группе признаков обострения синусита к 30-му дню наблюдения не было ни у одного больного. Кроме того, к этому времени в основной группе наблюдалась явная положительная динамика со стороны полипозного поражения слизистой оболочки носа. Помимо высокой клинической эффективности лечения, в обеих группах была достигнута и высокая бактериологическая эффективность, которая, однако, в основной группе была несколько выше. Следует отметить, что у пациентов с полипозно-гнойным синуситом на протяжении всего периода наблюдения оценка динамики состояния слизистой оболочки полости носа была затруднена из-за полипозных изменений.

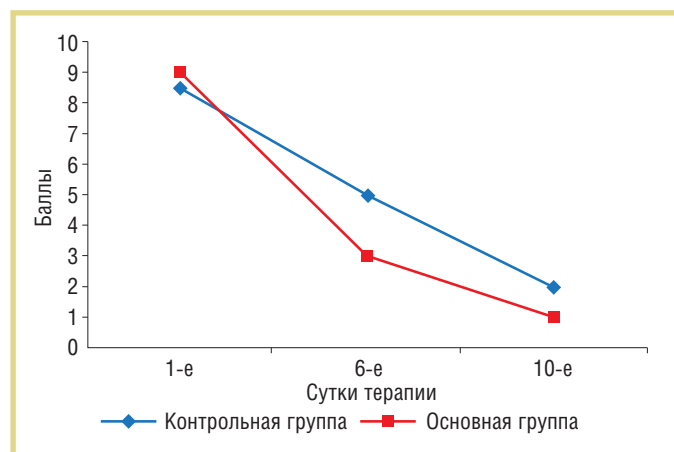
У всех пациентов с гнойно-гиперпластической формой хронического синусита также уже после 1-й недели лечения отмечалась выраженная положительная динамика (рис. 2). К 10-м суткам слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходу отмечалось лишь у 1 пациента основной и у 3 – контрольной группы; у этих же пациентов на 6-е сутки при пункции пораженной верхнечелюстной пазухи выявлены в промывной жидкости слизисто-гнойные сгустки. К 30-м суткам у 1 пациента основной и 1 – контрольной группы свободное слизисто-гнойное или гнойное отделяемое в полости носа не обнаруживалось, воспалительные изменения слизистой оболочки полости носа также отсутствовали. У 2 пациентов контрольной группы через 1 мес от начала на-

блюдения выявлен рецидив заболевания, в связи с чем больные были исключены из исследования. В основной группе у пациента 62 лет с ИБС, атеросклеротическим кардиосклерозом, сахарным диабетом типа 2 через 1 мес лечения при контрольном осмотре выявлен кандидоз глотки, впоследствии подтвержденный бактериологически; больной исключен из исследования.

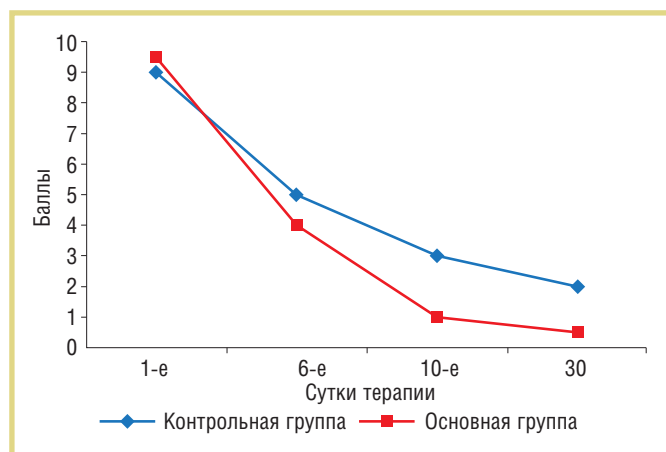
Таким образом, динамика исчезновения патологических симптомов обострения синусита в обеих группах была примерно одинаковой в течение 1-й недели лечения, хотя и более выраженной – в основной группе. Однако к 30-м суткам наблюдения все признаки воспалительного процесса в основной группе были уже значительно меньше выражены, чем в контрольной. Бактериологическая эффективность также была высокой в обеих группах, хотя в основной – несколько выше. Недостаточная эффективность терапии к 10-му дню лечения определена у 1 (5,6%) пациента основной группы и у 3 (15,8%) – контрольной. Рецидив патологического процесса к 30-му дню наблюдения отмечен у 2 пациентов контрольной группы, в основной группе рецидивов не было.

У 51 пациента результаты лечения оценивали через 0,5 года и 1 год после включения в исследование. Обострением хронического синусита считались развитие гнойного воспаления в любой из ОНП. У 3 пациентов с полипозно-гнойным синуситом контрольной группы и у 3 – основной при контрольных осмотрах отмечался рост полипов или увеличение полипозных изменений слизистой оболочки. Эти случаи при отсутствии жалоб и гнойных выделений не расценивали как обострение. У 1 пациента основной группы через 0,5 года выявлены полоски гноя в среднем носовом ходу с обеих сторон, при пункции верхнечелюстной пазухи с обеих сторон получено слизисто-гнойное отделяемое; посев выявил *Staphylococcus aureus*. В контрольной группе через 0,5 года наблюдения отмечено обострение гнойного синусита у 2 человек, через 1 год – обострение воспалительного процесса в ОНП у 1 пациента, у остальных – увеличение выраженности полипозного процесса. В основной группе обострений синусита не наблюдалось, у 3 пациентов полипозные изменения слизистой прогрессировали, у остальных 5 оставались на прежнем уровне или несколько регрессировали.

У больных с гнойно-гиперпластической формой синусита за первые 0,5 года наблюдения рецидив отмечен в 6 случаях в контрольной группе и в 2 – в основной. За последующие



**Рис. 1.** Динамика количества гнойного отделяемого в среднем и общем носовых ходах (в баллах) на фоне терапии у больных с полипозно-гнойным синуситом (средние значения)



**Рис. 2.** Динамика количества гнойного отделяемого в среднем и общем носовых ходах (в баллах) на фоне терапии у больных с гнойно-гиперпластическим синуситом (средние значения)





Bayer HealthCare

# Авелокс®

## Мощный импульс к выздоровлению!

**АВЕЛОКС® – антибактериальный препарат последнего поколения фторхинолонового ряда**

- Широкий спектр противомикробной активности – оптимальное решение для эмпирической монотерапии инфекций
- Быстрый регресс клинических симптомов
- Возможность ступенчатой терапии с быстрым переходом с парентерального применения на пероральный прием
- Единая дозировка, однократный прием в сутки
- Хорошая переносимость и высокая безопасность

**Регистрационный номер:** П N012034/01; П N012034/02. **Торговое название:** АВЕЛОКС®. **Международное непатентованное название:** моксифлоксацин. **Состав:** каждая таблетка, покрытая оболочкой, содержит моксифлоксацина гидрохлорид 436,8 мг (активное вещество), эквивалентный моксифлоксацину основанию 400 мг; 250 мл инфузионного раствора содержат в качестве активного вещества моксифлоксацина гидрохлорид моногидрат 436 мг, что эквивалентно 400 мг моксифлоксацину основанию. **Фармакотерапевтическая группа:** противомикробное средство – фторхинолон. **Показания к применению:** для лечения у взрослых следующих инфекций, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами: острый синусит; внебольничная пневмония; обострение хронического бронхита; неосложненные инфекции кожи и мягких тканей; осложненные инфекции кожи и подкожных структур; осложненные интраабдоминальные инфекции, включая полимикробные инфекции, в том числе внутрибрюшинные абсцессы; неосложненные воспалительные заболевания органов малого таза (в том числе сальпингиты и эндометриты). **Противопоказания:** гиперчувствительность к моксифлоксацину и любому другому компоненту препарата; возраст до 18 лет; беременность и период лактации. **Побочные эффекты:** тошнота, диарея, боли в животе, рвота, симптомы диспепсии, преходящее повышение уровня трансаминаз, головокружение, головная боль, кандидозная суперинфекция, удлинение интервала QT у пациентов с сопутствующей гипокалиемией. **Применение с осторожностью:** при заболеваниях ЦНС (в т.ч. заболеваниях, подозрительных в отношении вовлечения ЦНС), предрасполагающих к возникновению судорожных припадков и снижающих порог судорожной активности; удлинении интервала QT, гипокалиемии, брадикардии, острой ишемии миокарда, при одновременном приеме с препаратами, удлиняющими интервал QT, и противоиаритмическими средствами Ia и III классов; тяжелой печеночной недостаточности. **Способ применения и дозы:** возможна ступенчатая терапия – на начальных этапах лечения может применяться раствор Авелокса® для инфузий, затем для продолжения терапии при наличии показаний препарат может быть назначен внутрь в таблетках. Продолжительность лечения определяется тяжестью инфекции и клиническим эффектом.

Подробную информацию см. в инструкции по применению препарата.

ЗАО «БАЙЕР»

107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2. Тел.: 8 (495) 231-12-00, факс: 8 (495) 231-12-02  
www.bayerscheringpharma.ru

09.09-0673-RU

Реклама

**Препарат, которому доверяет весь мир!**

**Авелокс®**  
моксифлоксацин

0,5 года обострение гнойного процесса зарегистрировано еще у 2 пациентов основной группы и у 4 – контрольной. У всех больных наличие обострения подтверждено рентгенологически, пункциями пораженной пазухи и бактериологическими исследованиями. Видовой состав возбудителей, вызвавших обострение синусита, существенно не отличался от такового при первичном обращении. Какой-либо явной связи длительности хронического синусита с обострением инфекционного процесса выявить не удалось. У всех 4 пациентов основной группы, у которых наблюдался рецидив, имелись выраженные комплексные аномалии строения внутриносовых структур. Характерно, что в обеих группах обострения развивались у пациентов с наиболее значительным поражением ОНП по данным КТ.

Таким образом, по результатам анализа результатов лечения в ближайшем и отдаленном периодах, лечение оказалось эффективным при полипозно-гнойном синусите у 3 (42,8%) пациентов контрольной группы и у 8 (88,9%) – основной, при гнойно-гиперпластическом синусите – соответственно у 13 (72,2%) и 7 (36,8%).

При контрольной (через 1 год) КТ ОНП у пациентов без рецидивов хронического синусита отрицательной динамики рентгенологической картины не отмечено; исключение составили 3 пациента с полипозным процессом в основной группе и 3 – в контрольной, у которых повысилась выраженность полипозного процесса и как следствие – снизилась пневматизация ОНП, более выраженная в контрольной группе. У 2 пациентов контрольной группы с гнойно-гиперпластическим процессом и у 9 – основной, у которых не было зафиксировано в течение 1 года ни одного обострения, рентгенологически наблюдалась положительная динамика (увеличение пневматизации ОНП, уменьшение утолщения слизистой оболочки). У остальных 5 пациентов контрольной группы и у 4 – основной какая-либо рентгенологическая динамика отсутствовала.

Из вышесказанного следует, что эффективность консервативной терапии гнойного синусита существенно зависит от его формы. Так, по данным нашего исследования, обе примененные нами схемы консервативной терапии оказались абсолютно неэффективными при одонтогенном поражении. В то же время даже монотерапия моксифлоксацином при полипозно-гнойном и гнойно-гиперпластическом процессах оказалась достаточно эффективной для снятия обострения – соответственно в 85,7 и 89,5% случаев. При использовании моксифлоксацина в сочетании с топическими ГКС отмечено еще более быстрое исчезновение симптомов обострения бактериального синусита. Эффективность подобной терапии в раннем периоде составила 100% при полипозно-гнойном синусите и 94,4% – при гнойно-гиперпластическом.

Однако при монотерапии моксифлоксацином у пациентов с полипозно-гнойным синуситом через 6 месяцев после лечения отмечалось обострение у 42,9% больных, при гнойно-гиперпластическом у 42,1%, а через год рецидивы наблюдались у 57,2 и 63,2% пациентов соответственно, что потребовало проведения повторных курсов антибактериальной терапии. В случае сочетания антибиотика с топическим ГКС долговременный положительный результат оставался более высоким через 0,5 года – 88,9% при полипозно-гнойном синусите и 83,3% – при гнойно-гиперпластическом; через 1 год отдаленный результат лечения при полипозном поражении остался прежним, а при гиперплазии еще несколько

снизился – до 72,2%, хотя и оставался достаточно высоким. Обращает на себя внимание то, что у всех пациентов основной группы с гнойно-гиперпластической формой синусита, у которых наблюдался рецидив, отмечались выраженные изменения анатомии внутриносовых структур, которые, возможно, и снизили эффективность терапии.

Нежелательные явления, связанные с лечением, наблюдались в 1 случае: у пациента 62 лет на фоне декомпенсации сахарного диабета развилось кандидозное поражение глотки. Во всех остальных случаях предложенная нами схема купирования обострения хронического синусита переносилась хорошо.

Следует отметить, что эффективность хирургического лечения синуситов разными методами составляет 80–90% [1, 7], что не намного отличается от эффективности примененной нами методики – 72,2–88,9%.

Таким образом, комплексную терапию с использованием респираторных фторхинолонов в сочетании с топическими ГКС следует признать эффективной в лечении полипозно-гнойной и гнойно-гиперпластической форм хронического синусита.

## Литература

1. Лопатин А.С. Материалы ежегодной традиционной осенней конференции украинского научного медицинского общества оториноларингологов «ЛОР-онкология и хирургия головы и шеи». 18–20 сентября 2005.
2. Cohen R. The antibiotic treatment of acute otitis media and sinusitis in children // *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.* – 1997; 27: 49–53.
3. Gwaltney J.M. Acute community-acquired sinusitis // *Clin. Infect. Dis.* 1996; 23: 1209–23.
4. Hampel B. Clinical needs in the millennium-rhinosinusitis – the role of moxifloxacin. Ed. Mandell L. / 1<sup>st</sup> Intern. Moxifloxacin Symp., Berlin, 1999. Springer-Verlag, 2000; 174–7.
5. Klossek J., Arvis P. et al. Moxifloxacin versus trovafloxacin in the treatment of acute bacterial maxillary sinusitis: a multinational, double-blind, randomised study / 3rd Eur. Congr. Chemother., Madrid, 2000; Poster.
6. Lund V., Gwaltney J., Bagoero F. et al. Infectious rhinosinusitis in adults: classification, etiology and management // *J. Ear. Nose Throat.* – 1997; 76: 22.
7. Lund V., Kennedy D. // *Ann. Otol. Rhinol. Laringol.* – 1995; 167 (Suppl. h): 17–21.
8. Stierna P. In: Kennedy D., Bolger W., Zinreich S., eds. Diseases of the sinuses: diagnosis and management. Hamilton, Ontario: B.C. Decker / 2001; p. 35–46.
9. Quintiliani R., Owens R., Grant E. Clinical role of fluoroquinolones in patients with respiratory tract infections // *Infect. Dis. Clin. Pract.* – 1999; 8 (Suppl. 1): 28–41.
10. Brannan M., Seiberling V., Cutler D. et al. Lack of systemic activity with intranasal mometasone furoate // *Ann. Allerg. Asthma Immunol.* – 1997; 97: 198.

## NEW POTENTIALITIES OF MEDICAL THERAPY FOR CHRONIC BACTERIAL SINUSITIS

**A. Turovsky, MD; O. Semkina**

*Moscow Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology*

*The efficiency of combination therapy (the simultaneous use of antibacterial drugs and topical glucocorticoids) for exacerbations of different forms of bacterial sinusitis was determined. The study enrolled 60 patients aged 18 to 69 years. When the exacerbation of bacterial inflammation in paranasal sinuses was arrested with the antibiotic (moxifloxacin) and topical steroid combination proposed by the authors, the efficiency of treatment remained high and accounted for 88.9% for polypous and purulent sinusitis and 83.3% for the pyohyperplastic process following 6 months. Its efficacy for polypous lesion remained as before and that for hyperplasia slightly decreased (to 72.2%) after a year.*

**Key words:** chronic sinusitis, polypous sinusitis, fluoroquinolones, topical steroids.