

Лікування хронічних постімплантаційних гайморитів

М.Б. Піонтковська,
А.М. Друмова

Одеський національний
медичний університет

Лікування хронічних форм різних видів гайморитів широко описано у науково-практичній літературі [1-5, 11, 13, 15, 16]. Однак, в останні 10-15 років в практиці оториноларингологів з'явився відносно новий вид патології цієї області – хронічний постімплантаційний гайморит (ХПГ) [12]. Вивчення патогенезу ХПГ ініціювало пошуки адекватної раціональної специфічної терапії, чому саме і присвячена публікація.

Мета дослідження – розробити і впровадити раціональні способи терапії ХПГ в період загострення і ремісії на підставі виявлених патогенетичних особливостей патології та оцінити їх ефективність.

Матеріали та методи дослідження

Перша, основна група була сформована з пацієнтів з ХПГ, які перебували під нашим спостереженням в стадії загострення в кількості 56 чоловік. **Друга, контрольна група**, 60 пацієнтів, була сформована і проаналізована ретроспективно по історіям хвороб пацієнтів, яких лікували за стандартною схемою хронічні одонтогенні гайморити (ХОГ) до початку проведення нашого дослідження, у випадках, де ХПГ був розцінений як ХОГ. Етіопатогенетичне лікування ХПГ, перша група, 56 пацієнтів отримували: **тіотриазолін** (очні краплі, 10 мг / мл по 5 мл у флаконах №1, ТОВ «Дослідний завод «ДНЦЛЗ», ТОВ « Фармацевтична компанія «Здоров'я» м . Харків, Україна. Р.У. UA / 8446/01/01 термін дії посвідчення з 25.04.2013 по 25.04.2018) ендоназально по 4 краплі 3 рази на добу 14 днів; **аскорбінова кислота** (розчин для ін'єкцій 50 мг/ мл по 2 мл в ампулах, АТ «Лекхім-Харків», м. Харків, Україна. Р.У. UA / 12847/01/01 з 05.04.2013 по 05.04.2018) – 100 мг внутрішньом'язово 1 раз на добу 14 днів; **ксилометазолін** (Фармазолін краплі назальні 0,1 % по 10 мл у флаконах №1, ПАТ «Фармак», м.

Київ, Україна. Р.У. UA / 1880/01/02 з 29.07.2014 по 29.07.2019) – 3 краплі 4 рази на добу 7 днів; **синупрет форте** (таблетки вкриті оболонкою 36 мг №20, №50, №100, Біонорика СЕ, Німеччина. Р.У. UA / 4373/04/01 з 24.07.2015 по 24.07.2020) – 1 таб. 3 рази на добу 1 місяць.

Друга група, 60 пацієнтів з ХОГ, отримувала традиційне лікування (відповідно до наказів № 181 від 24. 03. 2009 і № 185 від 11.02.2016): антибактеріальна терапія (цефалоспорины II, III покоління, макроліди, лінкозаміди, фторхінолони); топічні глюкокортикостероїди флютиказону пропіонат, мометазону фуруат 200 мг по 2 дози 2 рази на добу; нестероїдні протизапальні засоби (ібупрофен); місцеві деконгестанти за показаннями; промивання носа методом переміщення по Proetz з розчинами антибіотиків і антисептиків.

Для склерозування кісткової тканини нижньої стінки верхньощелепної пазухи (ВЩП) бісфосфонатом у хворих першої групи на 5-6-й день проведення терапії та ліквідації клінічної симптоматики використовували **мебіфон** (розчин для ін'єкцій, 15 мг/мл по 20 мл в ампулах №5, ВАТ «Фармак», г. Київ, Україна. Р.У. UA/6652/01/01 з 22.06.2012 по 22.06. 2017) – внутрішньовенно крапельно в дозі 300 мг в 180 мл ізотонічного (0,9 %) розчину натрію хлориду 1 раз на добу. Курс лікування – 3 дні. Курсова доза – 900 мг.

Пацієнти обстежувалися на спіральному рентгенівському томографі «Somatom Plus 4» («Siemens», Німеччина). Для якісної і кількісної оцінки мінералізації губчастої і компактної кісткової тканини пародонту застосували гістографічний аналіз КТ зображень [7]. Тип якості кістки визначався по С. Misch [20]. У дослідженнях використовували інфрачервоний термограф на основі неохолоджуваної болометричної матриці [14].

Обстеження добровольців і хворих проводились на основі стандартів і принципів міжнародних клінічних досліджень «Якісна клінічна практика – Good Clinical Practice (GCP)», які дозволяють регулювати проведення клінічних

випробувань, забезпечуючи надійність отриманих даних, а також захищаючи права, недоторканність і конфіденційність пацієнтів.

Результати та їх обговорення

Застосування імуномодулятора для підвищення природного трансплантаційного імунітету. Клінічне випробування виконано на підставі експериментальних досліджень впливу імуноотропних препаратів тіотриазоліну, вітаміну С на продукцію клітинами крові хворих з ХПГ про- і проти-запальних цитокінів, імунорегуляторних цитокінів і факторів вродженого імунітету - активність ПЦК і фагоцитів, які дали позитивний результат.

Результати проведеного лікування представлені в таблиці 1. Виявлено, що у всіх обстежених хворих до початку лікування мало місце порушення пневматизації ВЩП. Після закінчення лікування пацієнтів в основній групі відбувся значний регрес цього показника. Він зафіксований лише у 4 (7,1 %) хворих. А в групі порівняння порушення аерації уражених пазух зберігалось у 93 % обстежених. Такі відмінності результатів можуть бути пояснені тільки вираженою протинабряковою дією синупрет-форте, його здатністю відновлювати дренаж і вентиляцію навколоносових пазух.

В результаті термографічного обстеження хворих в динаміці лікування виявлено, що виражена термоасиметрія або температурний градієнт після закінчення лікування в основній групі повністю нівелювався, а в багатьох випадках

і зникав через 6-7 днів після початку лікування. У групі порівняння подібні явища зафіксовані лише на 11-14-й день після початку комплексу лікувальних впливів.

Склерозування кісткової тканини нижньої стінки ВЩП біфосфонатом. Патогенез ХПГ обумовлений якістю кістки верхньої щелепи, погіршенням біофізичних властивостей кістки внаслідок маніпуляцій в процесі дентальної імплантації (ДІ) (зниженням механічної міцності кістки, підвищенням порозности і проникності кістки для мікроорганізмів зубо-ясенних карманів і ротової порожнини) [7].

У стоматології використовується корекція метаболічних порушень кісткової тканини альвеолярного відростка при генералізованому пародонтиті остеотропними препаратами [9]. Ці препарати пригнічують процеси резорбції в кістковій тканині, поліпшують біомеханічні характеристики і структуру кристалів гідроксиапатиту, що підвищує компенсаторні можливості кісткової тканини при остеопорозі. В цьому аспекті відомі бісфосфонати (також звані бісфосфонати або дифосфонати) – препарати, що запобігають втраті кісткової маси і використовувані при остеопорозі і аналогічних захворюваннях [8, 21]. Назва відображає наявність в молекулі 2 фосфонатів (PO₃). Бісфосфонати знижують ризик переломів при остеопорозі. Кістки постійно оновлюються, рівновага підтримується остеобластами, які формують кістки, і остеокластами, які їх руйнують. Бісфосфонати гальмують руйнування кісток остеокластами. Кількість остеокластів

Таблиця 1.

Динаміка зміни клінічної симптоматики (% пацієнтів) в процесі лікування хронічних постімплантаційних гайморитів із застосуванням імуномодулятора.

Симптоми	ХПГ с ТТ+вітамін С (n=56)				ХПГ (ретроспективний аналіз лікування, n=60)			
	Дні лікування							
	3	7	10	14	3	7	10	14
Закладеність носа	83,9	69,6	48,2	7,1	91,1	80,4	60,7	21,4
Виділення із носу	80,4	67,9	46,4	10,7	89,3	76,8	55,4	19,6
Гіперемія слизової оболонки порожнини носу	85,7	64,3	50,0	8,9	87,5	75,0	60,7	17,8
Набряк слизової оболонки	78,6	60,7	44,6	12,5	85,7	71,4	55,4	23,2

також постійно регулюється шляхом самознищення через апоптоз. Бісфосфонати сприяють апоптозу остеокластів. Відомий єдиний вітчизняний бісфосфонат – мебіфон – динатрієва сіль метиленбісфосфонової кислоти: $\text{C}_4\text{H}_4\text{Na}_2\text{O}_6\text{P}_2\text{H}_2\text{O}$. Відома здатність мебіфону утворювати стійкі комплекси з іонами кальцію. Для мебіфону властива нормалізація рівня іонізованого кальцію в сироватці крові хворих з остеопенією та остеопорозом. Мебіфон вигідно відрізняється від відомих бісфосфонатів відсутністю нефротоксичності. Особливістю мебіфону серед інших бісфосфонатів є стимуляція кровотворення (особливо еритропоезу). За ступенем ефективності мебіфон можна порівняти з клодроновією кислотою, але в порівнянні з усіма іншими бісфосфонатами він більш привабливий з точки зору фармакоекономіки [8].

Остежені хворі не мали в анамнезі хронічних захворювань вуха, горла і навколоносових пазух. Ді не передували за показаннями синус-ліфтингу. Клінічна симптоматика гаймориту виникла після ДІ на верхній щелепі (ВЩ) в терміни від 14 до 24 місяців. Консервативне лікування у оториноларинголога давало короткочасні ремісії тривалістю 3-6 місяців. 1-ше КТ дослідження проводилося після звернення хворого і ринологічного обстеження, 2-е – через 6 місяців при контрольному обстеженні.

У стадії загострення захворювання пацієнтам призначалася етіопатогенетичне лікування за схемою **тіотриазолін + аскорбінова кислота + ксилометазолін + Синупрет форте**, описаною вище.

Перше КТ дослідження показало типову симптоматику хронічного гаймориту. Сторонні тіла в ВЩП були відсутні. Дистанція між потовщеною слизовою оболонкою дна ВЩП і наконечниками імплантів не перевищувала 1,0 мм. Також не спостерігалися ознаки перимплантиту, характерні виключно в терміни до 10-12 місяців після невдалої ДІ. Результати гістографічного аналізу рентгенівської щільності кісткової тканини альвеолярного відростку у хворих після 1-го і 2-го досліджень, зведені в таблицю 2.

Лікувальний алгоритм «**лікарська етіопатогенетична терапія + мебіфон**» забезпечив збільшення тривалості ремісії з $4,5 \pm 0,9$ місяця до $22,2 \pm 1,4$ місяця.

Всі хворі спостерігалися протягом 22-26 місяців. Аналіз рентгенівської щільності (статистичної структурно-чутливої характеристики тканини, відносно адекватно інтегрально відбиваючої щільність, проникність, міцність кістки) КТ зображень кісткових тканин ВЩ показав достовірне збільшення показника через 6 місяців у всіх хворих після 1-го курсу лікування Мебіфоном. Таким чином, в процесі лікування Мебіфоном відбувається достовірне ущільнення кісткової тканини.

Головна мета лікування хронічних гайморитів – ерадикація (усунення) інфекції, зниження вираженості і тривалості симптомів і запобігання ускладнень – реалізується шляхом забезпечення дренажу пазух і системного застосування антибактеріальних препаратів з обов'язковим урахуванням чутливості до них мікроорганізмів [15-]

Таблиця 2.

Динаміка зміни рентгенівської щільності кісткової тканини верхньої щелепи у хворих ХПГ в процесі лікування.

Тип якості кістки по С. Misch	К-сть хворих	Рентгенівська щільність, од. X					
		До лікування		Після лікування		Контроль	
		ГР 1	КР 2	ГР 3	КР 4	ГР 5	КР 6
D2	10	181±11	879±21	224±12	985±24	295±10	999±12
D3	9	144±9	765±19	189±10	852±21	261±11	941±13
D4	11	107±8	579±20	151±9	697±22	229±9	821±15
D2				$P_{31} < 0,05$	$P_{42} < 0,05$	$P_{51} < 0,01$	$P_{62} < 0,01$
D3				$P_{31} < 0,05$	$P_{42} < 0,05$	$P_{51} < 0,01$	$P_{62} < 0,01$
D4				$P_{31} < 0,05$	$P_{42} < 0,05$	$P_{51} < 0,01$	$P_{62} < 0,01$

Примітка: ГР – губчаста речовина; КР – компактна речовина.

19]. Дренаж ВЩП може бути забезпечений консервативними і хірургічними методами.

Антимікробна терапія є основою лікування бактеріальних синуситів. Вибір антибіотика залежить від того, чи є синусит гострим, хронічним або зворотним. При цьому повинні враховуватися його ефективність, вартість і ймовірність побічних ефектів.

У клінічно діагностованих випадках хронічних синуситів нечисленні дані рандомізованих контрольованих досліджень підтверджують ефективність антибіотиків. Рейтинг ефективності антибіотиків при бактеріальних синуситах приблизно наступний: лівофлоксацин, моксифлоксацин і амоксицилін/клавуланат – більше 90 %; амоксицилін у високих дозах, цефподоксим проксетил, цефіксим, цефуроксим аксетил і триметоприм-сульфаметоксазол – 80-90 %; кліндаміцин, доксициклін, цефпрозил, азитроміцин, кларитроміцин та еритроміцин – 70-80 % ефективності; цефаклор – 50-60 %. Тривалість курсу терапії становить 20-30 днів. Особливо значна роль антибіотикотерапії в лікуванні гаймориту, підтвердженого рентгенографічними і бактеріологічними дослідженнями [16-18].

Аналіз частоти використання різних методів лікування ХОГ у хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні, показав, що фармакотерапія застосовувалася в 100 % випадків і включала протимікробні, протизапальні, десенсибілізуючі, беззаспокійливі і загальнозміцнюючі препарати. Імуномодулятори не застосовувалися при лікуванні у жодного з хворих [11].

Якщо фундаментальні роботи з вивчення активності природного цитолітичного комплексу [6, 10] свідчать про те, що лімфоцити здорових людей не потребують додаткової стимуляції різними препаратами, то наші дослідження показали, що у хворих ХПГ є функціональна недостатність в цьому факторі вродженого імунітету і призначення препарату тіотриазолін в комплексному їх лікуванні є доцільним.

На підставі результатів досліджень хворі ХПГ отримували етіопатогенетичне лікування за схемою **імуномодулятор тіотриазолін + метаболітотропік аскорбінова кислота + альфа-адреностимулятори ксилометазолін + ринотропний фітопрепарат синупрет форте + бісфосфонат мебіфон**. У нашій схемі не використовуються глюкокортикостероїдні засоби, традиційно призначаються в подібного контингенту хворих.

Так, наприклад, згідно з матеріалами [3] для здійснення повноцінної дренажної функції з метою евакуації ексудату з порожнини пазухи в ранньому післяопераційному періоді у хворих з хронічними одонтогенними перфоративними гайморитами показано місцеве застосування препаратів назонекс або фліксоназе у вигляді спрею наноситься на слизову оболонку латеральної стінки загального носового ходу в поєднанні з пероральним прийомом фітопрепарату Геломіртол форте в дозі 1 капсула за 30 хвилин до їжі 3 рази на добу, терміном на 14 дні (тривалість лікування залежить від ступеня вираженості симптомів захворювання і визначається лікарем) [3].

У вітчизняній ринології вивчався лікувально-профілактичний потенціал комплексного фітопрепарату «Синупрет форте» в попередженні рецидивів хронічного риносинуситу у хворих в фазі ремісії (патоморфологічний процес був верифікований як катаральний). Хворі отримували протизапальну терапію (глюконат Са 10% - 10,0 в / в, 1 раз на добу – 10 днів), антигістамінні засоби (едем, еріус, кларитин по 1 таб. 1 раз в день), іригаційну терапію (вibroцил, санодин) в спреї в носову порожнину 2-3 рази на день, «Синупрет форте» по 1 таблетці 3 рази на день. Повний курс лікування склав 28 днів [4]. Нормалізація стану остіомеатального комплексу та функціонального стану слизової оболонки ВЩП наступила тільки через 1 місяць.

Аналіз рентгенівської структурної щільності кісткової тканини після 1-го курсу лікування Мебіфоном через 6 місяців показав достовірне збільшення цього показника для губчастої кістки максимально на 24 %, для компактної кістки – на 12 %. Лікувальний алгоритм із застосуванням мебіфону при ХПГ у осіб, які перенесли ДІ, забезпечив збільшення тривалості ремісії з $4,5 \pm 0,9$ місяців до $22,2 \pm 1,4$ місяців. Відзначимо, що в ринології практично відсутній досвід застосування бісфосфонатів для склерозування кісткової тканини нижньої стінки верхньощелепної пазухи.

Висновки

Розроблена та впроваджена специфічна схема лікування ХПГ в стадії клінічних проявів, що включає: місцеві і системні імунотропні препарати (тіотриазолін і аскорбінова кислота), препарати, що застосовуються при остеопорозі (ме-

біфон), фітопрепарати (синупрет форте), місцеві деконгестанти.

Клінічні дослідження показали відсутність необхідності застосування в лікуванні ХПГ антибактеріальних препаратів у період загострень, підвищення ефективності застосування вищевказаних препаратів та скорочення терміну лікування на $5,1 \pm 1,1$ діб.

Дослідження виконані у рамках НДР кафедри оториноларингології Одеського національного медичного університету за темою «Розробка етіопатогенетичних методів лікування захворювань верхніх дихальних шляхів та вуха, оцінка їх ефективності з позицій доказової медицини», № Д/р 0110U006660 2011-2016рр. «Комплексні діагностичні та реабілітаційні заходи при запальних, алергічних, пухлинних захворюваннях верхніх дихальних шляхів та вуха» Д/р 01154006654, 2016-2020 рр.

Література

1. Бешапочный С. Б. Результаты применения препарата синупрете в лечении больных острым гнойным риносинуситом / С. Б. Бешапочный // Ринология. – 2004. – № 3. – С. 63-67.
2. Бешапочный С. Б. Лечение при воспалительных заболеваниях околоносовых пазух с применением антибиотика «Лопракс» [Текст] / С. Б. Бешапочный, В. В. Лобурец, Н. Б. Сонник // Журнал ушных, носовых і горлових хвороб. – 2006. – № 2. – С. 69-73.
3. Бирюлев А. А. Современные аспекты профилактики, диагностики и комплексного лечения, хронических одонтогенных перфоративных верхнечелюстных синуситов в раннем периоде заболевания: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.14 «Стоматология»; 03.02.03 «Микробиология» / А. А. Бирюлев. – М., 2012. – 25 с.
4. Журавлев А. С. Синупрет в профилактическом лечении хронических рецидивирующих риносинуситов / А. С. Журавлев // Журнал ушных, носовых і горлових хвороб. – 2015. – № 1. – С. 76-79.
5. Заболотный Д. И. Аутокоідні медіатори запалення і патогенетичне обґрунтування лікування хворих на гострий та хронічний гайморит / Д. И. Заболотный, О. Г. Плаксивий, О. Кухарчук // Журнал уш., нос. і горл. хвороб. – 1997. – № 2. – С. 1-7.
6. Заболотный Д. И. Сравнительная оценка иммуномодулирующих влияний in vitro препаратов тиотриазолина и парацетама / Д. И. Заболотный, О. Ф. Мельников, Н. А. Пелешенко // Журн. уш., нос. і горл. хвороб. – 2005. – № 5. – С. 69-70.
7. Колотилов Н. Н. Гистографический анализ компьютерных томограмм: дистрофически-деструктивные изменения пародонта больных генерализованным пародонтом / Н. Н. Колотилов, Ю. П. Терницкая, К. Е. Печковский // Променева діагностика, променева терапія. – 2010. – № 1. – С. 10-12.
8. Компендиум 2014 – лекарственные препараты / под. ред. В. Н. Коваленко, А. П. Викторова. – К.: Морион, 2014. – 1664 с.
9. Мазур І. П. Клініко-патогенетичні особливості перебігу захворювань пародонта при порушенні системного кісткового метаболізму та їх корекція: автореф. дис. на соискание уч. степени доктора мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» / І. П. Мазур. – Одеса, 2006. – 32 с.
10. Мельников О. Ф. Современные подходы к консервативной терапии хронического тонзиллита (клинико-иммунологические аспекты) / О. Ф. Мельников, Д. Д. Заболотная. – К., 2012. – 80 с.
11. Никитенко В. В. Особенности течения и лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита у людей пожилого и старческого возраста: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.01.30 «Геронтология и гериатрия»; 14.01.14 «Стоматология» / В. В. Никитенко. – СПб., 2013. – 23 с.
12. Пионтковская М. Б. Две новые нозологические формы, ассоциированные с качеством лицевого скелета / М. Б. Пионтковская, А. А. Асмолова, А. Н. Друмова // Лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2017. – № 3. – С. 82-87.
13. Попович В. І. Гострий риносинуйт: вибір тактики фармакотерапії залежно від функціонального стану співусть навколоносових пазух / В. І. Попович, І. В. Кошель, П. Ф. Дудій // Ринологія. – 2013. – № 2. – С. 21-29
14. Термографы ФТИНТ НАН Украины: медицинский аспект / Г. В. Шустакова, Ю. А. Винник, Г. С. Ефимова [и др.] // Лучевая диагностика, лучевая терапия. – 2013. – № 1. – С. 27-33.
15. Antibiotics for acute maxillary sinusitis in adults / A. Ahovuo-Saloranta, U. M. Rautakorpi, O. V. Borisenko [et al.] // Cochrane Database of Systematic Reviews. – 2014. – Vol. 2. – CD000243.

16. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinuitis / J. B. Anon, M. R. Jacobs, M. D. Poole [et al.] // Otolaryngology. Head, Neck Surgery. – 2004. – Vol. 130, Suppl. 1. – P. 1-45.
17. Kenealy T. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis / T. Kenealy, B. Arroll // Cochrane Database Syst Rev. – 2013. – Vol. 6. – CD000247.
18. Lindkaek M. Acute sinusitis. Guide to selection of antimicrobial therapy / M. Lindkaek // Drugs. – 2004. – Vol. 64, N 8. – P. 805-819.
19. Mandal R. Role of antibiotics in sinusitis / R. Mandal, N. Patel, B. J. Ferguson // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2012. – Vol. 25, N 2. – P. 183-192.
20. Misch C. Classification of partially edentulous arches for implant dentistry / C. Misch, K. Judy // Int. J. Oral. Maxillofac. Implantol. – 1987. – Vol. 4. – P. 7-12.
21. Ternovoy M. K. Endoprosthesis and bone-replacement surgery in benign and malignant tumors of the lower limbs: use mebifon / M. K. Ternovoy, N. N. Kolotilov, E. V. Tuz // Radiation diagnostics, Radiation therapy. – 2014. – N 1-2. – P. 59-66.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ ПОСТІМПЛАНТАЦІЙНИХ ГАЙМОРИТІВ

М.Б. Піонтковська, А.М. Друмова

Мета дослідження – розробити раціональні способи терапії хронічних постімплантаційних гайморитів (ХПГ) в період загострення і ремісії на підставі виявлених патогенетичних особливостей патології.

Розроблена та впроваджена специфічна схема лікування ХПГ в стадії клінічних проявів, що включає: місцеві і системні імунотропні препарати (тіотриазолін і аскорбінова кислота); препарати, що застосовуються при остеопорозі (мебіфон); фітопрепарати (синупрет форте); місцеві деконгестанти.

Клінічні дослідження показали відсутність необхідності застосування в лікуванні ХПГ антибактеріальних препаратів у період загострень, підвищення ефективності застосування вищевказаних препаратів та скорочення терміну лікування на $5,1 \pm 1,1$ діб.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ ПОСТИМПЛАНТАЦИОННЫХ ГАЙМОРИТОВ

М.Б. Пионтковская, А.Н. Друмова

Цель исследования – разработать рациональные способы терапии хронических постимплантационных гайморитов (ХПГ) в период обострения и ремиссии на основании выявленных патогенетических особенностей патологии.

Разработана и внедрена специфическая схема лечения ХПГ в стадии клинических проявлений, включая: местные и системные иммуностропные препараты (тиотриазолин и аскорбиновая кислота); препараты, применяемые при остеопорозе (мебифон), фитопрепараты (синупрет форте); местные деконгестанты.

Клинические исследования показали отсутствие необходимости применения в лечении ХПГ антибактериальных препаратов в период обострений, повышение эффективности применения вышеуказанных препаратов и сокращение срока лечения на $5,1 + 1,1$ суток.

CHRONIC POSTIMPLANTATION SINUSITIS TREATMENT

M.B. Piontkovskaya, A.N. Drumova

Purpose of the study – to develop rational methods of chronic postimplantation sinusitis (CPS) therapy in the period of exacerbation and remission based on the revealed pathogenetic features of the pathology.

Specific therapy scheme for CIS in the stage of clinical manifestations has been developed and implemented, including: local and systemic immunotropic drugs (thiotriazoline and ascorbic acid); medicines for osteoporosis (mebifon), phytodrugs (sinupret forte); local decongestants.

Clinical studies demonstrated the absence of necessity to apply antibacterial drugs in the treatment of CIS during exacerbations, the increase of the above drugs effectiveness and the reduction of treatment term by $5.1 + 1.1$ days.