



2. Максимальное количество случаев восстановления подвижности голосовых складок (ПГС) наблюдалось в течение 1 месяца (48,5%). При доброкачественных заболеваниях щитовидной железы (ЩЖ) за 2 месяца восстановилась ПГС в 80% случаях, при раке ЩЖ – в 62,5%.
3. По истечении 6 месяцев после операции восстановления ПГС не наблюдалось.
4. При резекции доли ЩЖ восстановление ПГС у всех больных произошло в течение 2 месяцев, при удалении доли ЩЖ за это время восстановление ПГС происходило практически у половины пациентов (45,8%).
5. При шейно-загрудинной локализации (ШЗЛ) ЩЖ 0–2 степени восстановление ПГС наблюдалось также в основном через 2 месяца (76,2%), при 3 и 4 степени – через 3 месяца (50%).
6. Факторами риска развития паралича гортани являются: шейно-загрудинное распространение ЩЖ 3–4 степени, компрессия и девиация трахеи увеличенной долей ЩЖ, ретротрахеальное распространение ткани ЩЖ, реоперация по поводу рака ЩЖ с выделением ВГН из рубцов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Косивцов О. А. Узловые образования щитовидной железы: дифференцированный подход к хирургическому лечению и качество жизни больных после операции: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Волгоград, 2007. 23 с.
2. Обоснование показаний и опыт хирургического лечения больных с патологией щитовидной железы / М. П. Черенько [и др.] // Клиническая хирургия. – 1987. – № 5. – С. 76.
3. Парезы и параличи гортани у детей: особенности развития и течения, методы диагностики и лечения / Э. О. Вязьменов [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2007. – № 2. – С. 63–67.
4. Романчишен А. Ф. Хирургия щитовидной и околощитовидных желез. СПб: ИПК «Вести», 2009. 647 с.
5. Affleck B. D., Swartz K., Brennan J. Surgical consideration and controversies in thyroid and parathyroid surgery // Otolaryngol Clin North Am. – 2003. – Vol. 36. – P. 159–187.
6. Chung-Yau Lo, Ka-Fai Kwok, Po-Wing Yuen. A prospective evaluation of recurrent laryngeal nerve paralysis during thyroidectomy // Arch Surg. – 2000. – Vol. 135, N2. – P. 204–207.
7. Duren E., Duren M. Recurrent thyroid cancer. Textbook of endocrine surgery (Eds. Clark O. H., Duh Q.-Y.). – Philadelphia etc.: W. B. Saunders. – 1997. – P. 141–146.
8. Yamada M., Hirano M., Onkubo H. Recurrent laryngeal nerve paralysis: a 10-year review of 564 patients // Z Auris Nasus Larynx. – 1983. – 10 (Suppl): 1–15.

Готовяхина Татьяна Васильевна – очный аспирант медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. Мариинская больница. 191104, СПб.: Литейный пр. 56. тел. 8-960-283-28-93, 8-812- 364 13 05.

УДК: 616. 322-002. 2: 616. 981. 21: 615. 33

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

О. Н. Гринчук

THE EFFECTIVENESS OF SYSTEMIC ANTIBIOTIC THERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC TONSILLITIS STREPTOCOCCAL ETIOLOGY

О. N. Grinchuk

ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха горла носа
и речи Минздрава соцразвития России»
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Обследовано 90 больных хроническим тонзиллитом с хронической стрептококковой инфекцией. В статье проанализирована эффективность системного применения антибактериальных препаратов группы макролидов у данной категории больных в сравнении с традиционным промыванием лакун небных миндалин раствором мирамистина. Результаты исследования



свидетельствуют о выраженном положительном клиническом эффекте (у 70%), сопровождавшемся значительным улучшением лабораторных показателей (у 62 %) через 2–4 недели после лечения макролидами, что значительно выше, чем в группе сравнения. Полученные данные свидетельствуют о перспективности дальнейших исследований.

Ключевые слова: хронический тонзиллит, стрептококковая инфекция, макролиды.

Библиография: 28 источников.

90 patients with chronic tonsillitis and chronic streptococcal infection were examined. The article analyzes the effectiveness of systemic macrolide antibiotic therapy in these patients compared with the traditional lavage of tonsils lacunae by miramistin solution. Studies have shown positive clinical effect (70%), accompanied by significant improvement of laboratory parameters (62%) 2–4 weeks after treatment with macrolides, which is significantly higher than in the comparison group. The findings suggest that the prospects for further research.

Key words: chronic tonsillitis, streptococcal infection, macrolide antibiotic.

Bibliography: 28 sources.

Хронический тонзиллит (ХТ) относится к группе инфекционно-аллергических заболеваний [19], то есть важную роль в его возникновении играет инфекция. В то же время данное заболевание полиэтиологично, то есть не один, а множество микроорганизмов могут вызывать ХТ. Среди патогенов при хроническом тонзиллите наиболее часто обнаруживают стафилококки, стрептококки, пневмококки, *Haemophilus infl.*, моракселлу, аденовирусы, вирус Эпштейн-Барра, коксакивирусы, вирус герпеса, различные анаэробы, микоплазмы, хламидии, грибы [18, 4, 2, 22, 21, 28, 24]. Однако, наиболее доказанной в этиологии ХТ является роль β -гемолитического стрептококка группы А (ГСА) [13, 9]. В настоящее время внимание оториноларингологов к стрептококковой инфекции заметно упало. В то же время в последнее десятилетие отмечен рост стрептококковых заболеваний и появление тяжелых инвазивных форм стрептококковых инфекций: некротического фасциита и миозита, синдрома токсического шока, первичного перитонита, сепсиса [1]. Учитывая, что первичной локализацией бета-гемолитического стрептококка группы А является слизистая оболочка глотки и небные миндалины, особую актуальность приобретают исследования по своевременному выявлению и лечению стрептококковой инфекции.

Частота обнаружения ГСА при хроническом тонзиллите по данным разных авторов колеблется от 15 до 50% [5, 6, 26, 25, 23].

По данным СПб НИИ ЛОР около 40% больных ХТ имеют хроническую стрептококковую инфекцию, подтвержденную результатами лабораторных исследований.

Авторадиографическими исследованиями В. Т. Пальчуна с соавт. [10, 12, 11] показано, что при ХТ имеется массивное проникновение живых микробов и их размножение в паренхиме, в стенках и в просвете сосудов миндалин. В паренхиме и сосудах небных миндалин здоровых добровольцев микроорганизмов не обнаружено. Эти данные свидетельствуют о постоянной инвазии микрофлоры в сосудистое русло организма человека при ХТ и в связи с этим постоянной интоксикации и угрозе возникновения тех или иных общих осложнений. Особенно этот процесс опасен при наличии в небных миндалинах ГСА, так как именно ГСА вызывает наиболее серьезные заболевания, такие как ревматическая болезнь, приводящие к инвалидизации пациентов.

Несмотря на высокую частоту стрептококковой инфекции при ХТ, у нас отсутствуют стандарты лечения данной патологии. Следует ли этой категории больных рекомендовать оперативное лечение или попытаться лечить консервативно – ответа на данный вопрос в доступной отечественной литературе мы не нашли. В стандартах лечения ХТ многих зарубежных стран больным с повышенным содержанием антистрептолизина-О (АСЛ-О) рекомендуют проводить неоднократные курсы системной антибактериальной терапии и только в случае их неэффективности производят тонзиллэктомию.

В последние годы в нашей стране большое внимание уделяется органосохраняющим методам лечения ХТ – это, в первую очередь, промывания лакун небных миндалин различными антисептическими растворами [7, 3, 8, 20]. Системная антибактериальная терапия при



ХТ у нас рекомендуется только при обострениях в виде ангин. Однако, анализ историй болезни больных ХТ за последние 10 лет показал, что в настоящее время у 79,2% пациентов имеется безангинная форма ХТ, которая, тем не менее, характеризуется всеми осложнениями, присущими ХТ с ангинами. Таким образом, больные безангинной формой ХТ неправомерно лишены системной антибактериальной терапии.

По данным литературы обнаружение у больных ХТ стрептококковой инфекции требует проведения системной антибактериальной терапии. Для лечения всех форм заболеваний, вызванных ГСА, обычно применяют препараты пенициллина, к которому сохраняется высокая чувствительность микроба [17, 27, 14]. Однако, на практике мы нередко наблюдаем отсутствие эффекта от природных и синтетических пенициллинов. Это обусловлено рядом причин, среди которых мы выделяем две:

1. У большинства больных ХТ I-гемолитические стрептококки встречаются в ассоциации с золотистым стафилококком (в 56,5% случаев). Поэтому ГСА, чувствительный к β -лактамам *in vitro*, будет устойчив к указанной группе антибактериальных препаратов *in vivo*, в связи с тем, что ассоциированный с ним золотистый стафилококк вырабатывает β -лактамазу [2], инактивирующую действие пенициллинов. Поэтому более адекватными в лечении стрептококковой инфекции при ХТ будут являться ингибиторзащищенные β -лактамы (амоксциллин-клавуланат).
2. Следующей причиной неудач антибактериальной терапии может являться внутриклеточная персистенция стрептококков. Этим пациентам показано лечение антибиотиками, действующими на внутриклеточные формы микроорганизмов. Такими антибиотиками являются макролиды [2].

Таким образом, по нашему мнению макролиды должны быть препаратом выбора при лечении больных ХТ стрептококковой этиологии, так как они воздействуют, с одной стороны, на золотистый стафилококк, тем самым инактивируя I-лактамазу, а, с другой стороны, на ГСА, находящегося внутри клеток слизистой оболочки глотки и небных миндалин.

Учитывая все вышесказанное, **целью** данной работы явилась оценка эффективности лечения больных ХТ и стрептококковой инфекцией системным применением антибактериальных препаратов группы макролидов.

Пациенты и методы

Объект исследования: 90 больных ХТ с хронической стрептококковой инфекцией, подтвержденной лабораторными методами исследования. Все больные были рандомизированы в 2 группы: 1-ая или *основная группа* включала 75 больных ХТ, получивших системную антибактериальную терапию джозамицином 1000 мг или кларитромицином 500 мг в течение 10 дней 1 раз в сутки; 2-ая или *группа сравнения* состояла из 15 больных ХТ получивших традиционное местное лечение (десятидневный курс промывания лакун небных миндалин 0,01% раствором мирамистина).

Всем больным выполнено клиническое, микробиологическое, иммунологическое обследование непосредственно до и через 2–4 недели после лечения.

Методы исследования

Клинические методы исследования: сбор анамнезов болезни и жизни, общий соматический осмотр, специальный оториноларингологический осмотр.

При сборе анамнеза особое внимание уделялось сведениям о перенесенных ангинах, острых респираторных инфекциях, паратонзиллярных абсцессах, о длительном субфебрилитете, наличии заболеваний и жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, почек, опорно-двигательной системы, желудочно-кишечного тракта.

При фарингоскопии оценивалась величина небных миндалин, окраска и состояние слизистой оболочки глотки, дужек, лакун и состояние регионарных лимфатических узлов. Особое внимание уделялось наличию рубцовых и спаечных процессов небных миндалин с окружающими тканями, а также наличию и характеру содержимого лакун. Степень гипертрофии небных миндалин оценивалась по классификации Б. С. Преображенского [15]. В исследование не включались больные ХТ с сопутствующими хроническими заболеваниями.



ми околоносовых пазух и уха. Диагноз ХТ ставился на основании наличия, по крайней мере, двух местных признаков, а также характерных жалоб и данных анамнеза. Использована классификация ХТ И. Б. Солдатова [16].

Лабораторные методы исследования

Определение АСЛ-О: методом иммунотурбодиметрии на автоматическом биохимическом анализаторе synchro CX5 PRO. Референтными являются значения АСЛ-О < 144 МЕ/мл.

Определение ГСА на слизистой глотки и миндалин: стреп-тест А, диагностикум для выявления стрептококков группы А в реакции коагуляции.

Результаты исследования и обсуждение. Клиническая картина до лечения характеризовалась типичными для ХТ жалобами и симптомами. Как видно на рисунке 1 большинство больных жаловались на постоянную и/или периодическую боль, першение в глотке, образование казеозных пробок, неприятный запах изо рта, слабость, вялость, быструю утомляемость, частые ОРВИ. Менее чем у 30% пациентов были жалобы со стороны опорно-двигательной, мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем и желудочно-кишечного тракта. 15 % больных болели ангинами более 2 раз в год. При фарингоскопии у большинства пациентов небные миндалины, как правило, были 1–2 степени, рубцово-изменены, спаяны с дужками, в лакунах имелось казеозное содержимое, реже жидкий гной, небные дужки валикообразно утолщены, с гиперемизированными краями. Регионарные лимфоузлы были увеличены и болезненны при пальпации у 63% больных.

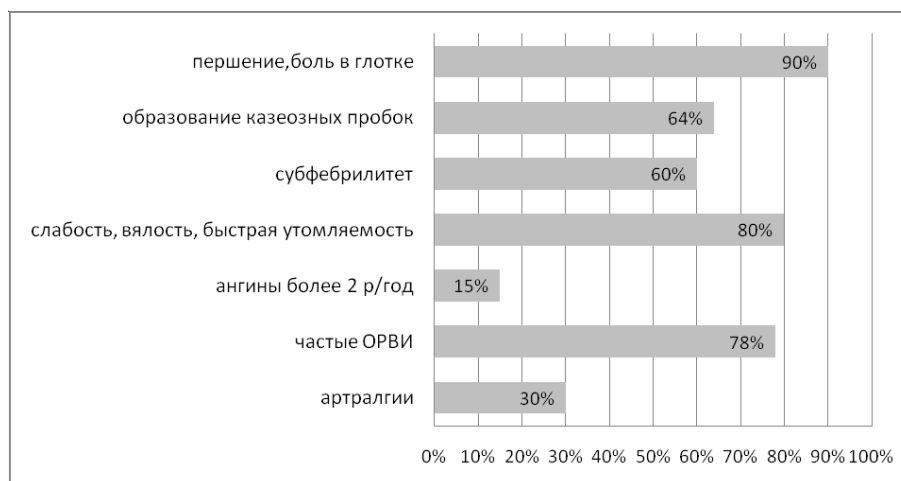


Рис. 1. Частота различных жалоб среди больных ХТ со стрептококковой инфекцией.

У всех больных был выделен ГСА со слизистой оболочки глотки и миндалин и имелось повышенное содержание АСЛ-О в крови. При этом у 20% обследованных содержание АСЛ-О было в пределах от 144 до 199 МЕ/мл, у 42% от 200 до 299 МЕ/мл и у 38% от 300 до 1200 МЕ/мл.

Прослежена динамика клинических и лабораторных показателей через 2–4 недели после лечения в обеих группах больных. Клинический эффект расценивался как положительный в случаях, когда жалобы больных и объективная симптоматика полностью исчезали, либо наблюдалось их значительное уменьшение. Соответственно отсутствие динамики жалоб и объективной симптоматики расценивалось как отсутствие клинического эффекта (рис. 2).

Так, после лечения обследовано 37 больных основной группы. Среди них положительный клинический эффект был отмечен у 26 пациентов (70%). Из них 18 человек (49%) отметили улучшение общего состояния, исчезновение слабости, вялости, быстрой утомляемости, снижение температуры тела до нормальных цифр, уменьшение першения и болей в глотке. У многих из них уменьшилось образование гнойно-казеозного содержимого лакун небных миндалин, подчелюстные и верхнечелюстные лимфоузлы приобрели нормальные размеры. 8 больных (21%) отметили выраженное улучшение состояния и исчезновение всех вышеперечисленных симптомов. У 11 человек (30%) отсутствовала положительная динамика на фоне лечения антибактериальными препаратами.

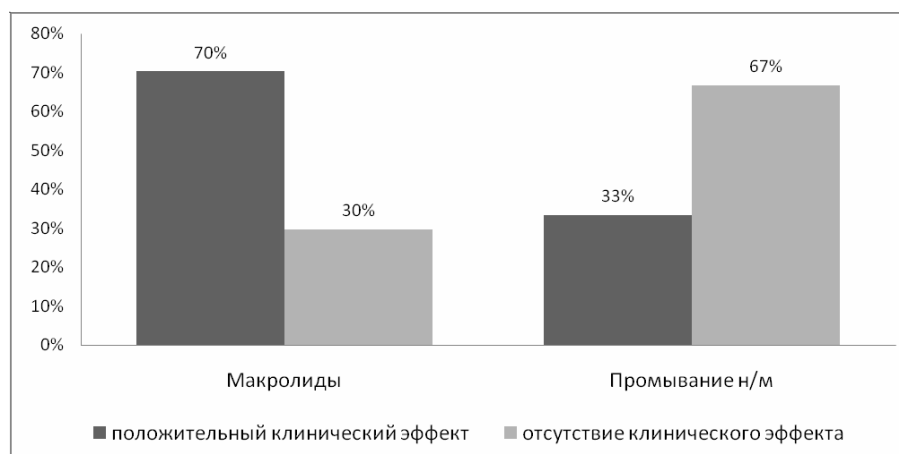


Рис. 2. Динамика клинической картины в основной группе и группе сравнения.

В группе сравнения после лечения обследовано 15 пациентов. Среди них улучшение отметили только 5 (33%), у остальных 10 (67%) все клинические проявления хронической стрептококковой инфекции остались на прежнем уровне.

Наряду с клинической картиной произведен анализ динамики лабораторных показателей стрептококковой инфекции в обеих группах больных, данные представлены на рисунке 3.

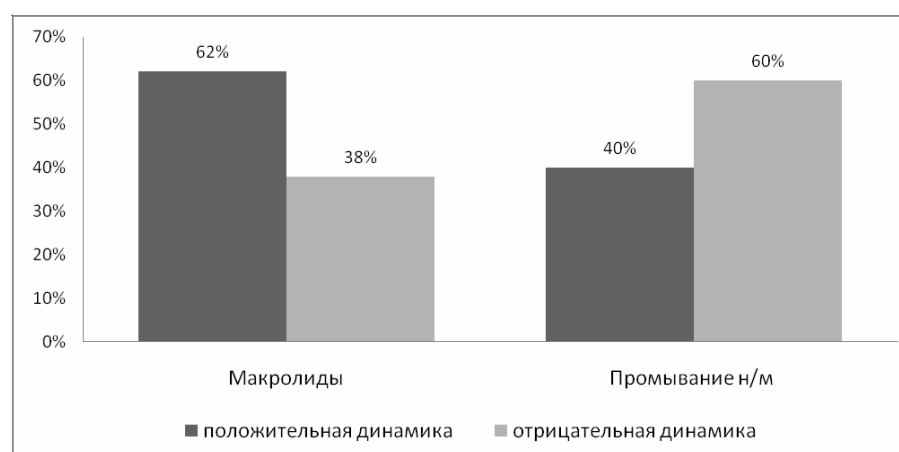


Рис. 3. Динамика лабораторных показателей в основной группе и группе сравнения.

Динамика лабораторных показателей считалась положительной, если уровень антистрептолизина-О в ходе лечения снижался или оставался на прежнем уровне и/или повторное исследование мазка из зева не выявляло наличие ГСА.

В результате проведенного лечения у 23 больных (62%), получавших макролиды, была отмечена положительная динамика, а именно: снижение уровня антител и/или исчезновение ГСА. У остальных 14 пациентов (38%) антистрептолизин-О повысился или в мазке был повторно обнаружен ГСА.

В группе сравнения у большей части больных – 9 (60%), была отмечена отрицательная динамика, лишь у 6 человек (40%) лабораторные показатели улучшились.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о выраженном клиническом эффекте системной антибактериальной терапии макролидами у больных ХТ стрептококковой этиологии. Частота положительных результатов в основной группе встречалась в 2 раза чаще, чем в группе сравнения – при промывании лакун небных миндалин раствором мирамистина ($p < 0,05$). Положительному клиническому эффекту соответствовала положительная ди-



намика лабораторных показателей. Безусловно, пока трудно говорить, насколько длительным окажется полученный эффект, для этого необходимо дальнейшее наблюдение за пациентами с анализом клинических и лабораторных данных.

Заключение

Проведенное исследование показало, что системное применение антибактериальных препаратов группы макролидов в лечении хронической стрептококковой инфекции у больных хроническим тонзиллитом оказало выраженный положительный клинический эффект, а также значительное улучшение лабораторных показателей через 2–4 недели после лечения.

Полученные данные являются предварительными, так как произведена оценка только ближайших после лечения результатов. Тем не менее, результаты свидетельствуют о перспективности дальнейшего исследования с целью определения лечебной тактики у данной группы больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брико Н. И. Болезни, вызываемые стрептококками группы А в начале XXI века: проблемы и перспективы профилактики // Вестн. РАМН. – 2001. – №2. – С. 3–6.
2. Гогурчунов М.-Р. И., Гаджимирзаев Г. А., Гамзатова Э. Г. Микрофлора содержимого лакун миндалин и ее антибиотикочувствительность у больных хроническим компенсированным тонзиллитом с атонией // Вестн. оторинолар. Приложение. – 2006. – №5. – С. 293–294.
3. Дмитриева И. А., Пашинин А. Н., Петренко В. М. Клинико-иммуноморфологическая оценка эффективности консервативного лечения хронического тонзиллита препаратом мирамистин в различных концентрациях // Рос. оторинолар. – 2007. – №4. – С. 27–34.
4. Исакова О. П., Зимина И. Ю., Кривенчук Н. А. Современные представления о диагностике хламидийной инфекции // Вестн. оторинолар. Приложение. – 2006. – №5 – С. 43–44.
5. Ковалева Л. М., Ланцов А. А., Лакоткина О. Ю. Ангины у детей. 2-е изд., испр. и доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 152 с.
6. Ковалева Л. М., Ланцов А. А. Диагностика и лечение заболеваний глотки у детей. – СПб: 1995. – 100с.
7. Консервативное лечение больных хроническим неспецифическим тонзиллитом 0,01% раствором мирамистина / И. И. Абабий [и др.] Современные проблемы заболеваний верхних дыхательных путей и уха: мат. науч.-практ. конф. – М.: МедиаСфера, 2002. – С. 280–281.
8. Лучихин Л. А., Белякова Л. В., Васильев Р. А. Препарат стопангин в лечении воспалительных заболеваний глотки // Вестн. оторинолар. – 2006. – №4. – С. 53–56.
9. Место антибактериальной терапии в попытке стандартизации лечения больных хроническим тонзиллитом и коморбидной миокардиопатией / А. Ю. Овчинников и [и др.] // Рос. оторинолар. Приложение. – 2007. – С. 497–502.
10. Морфологическое радиоавтографическое исследование небных миндалин при хроническом тонзиллите и у здорового человека / Пальчун В. Т. [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – №2. – С. 4–7.
11. Оценка функциональной и пролиферативной активности клеток микрососудов небных миндалин в норме и при различных вариантах патологии / Пальчун В. Т., [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – №5. – С. 304–305.
12. Пальчун В. Т. Наблюдения и опыт по диагностике и лечению некоторых оториноларингологических больных // Там же. – С. 18–22.
13. Пальчун В. Т. Развитие проблемы хронического тонзиллита // Вестн. оторинолар. – 2006. – №6. – С. 7–8.
14. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / под ред. Страчунского Л. С., Белоусова Ю. Б., Козлова С. Н. – М.: Боргес. – 2002. – 384 с.
15. Преображенский Б. С., Попова Г. Н. Ангина, хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. – М.: Медицина. – 1970. – 384 с.
16. Солдатов И. Б. Ориентация в лечении хронического тонзиллита с позиций его классификации, принятой VII Всесоюзным съездом оториноларингологов // Журн. ушн. нос. и горл. бол. – 1978. – №4. – С. 6–12.
17. Страчунский Л. С., Каманин Е. И., Тарасов А. А. Влияние антибиотикорезистентности на выбор антимикробных препаратов в оториноларингологии // Там же. – 2002. – №5. – С. 83–91.
18. Фаль Н. И., Смольникова Л. И., Тимен Г. Э. Роль анаэробных стрептококков в этиологии хронического тонзиллита // Там же. – 1983. – №4. – С. 18–21.
19. Филатов В. Ф., Дикий И. Л., Яковенко В. Д. Некоторые закономерности соотношения дефицита барьерной функции миндалин и системного иммунитета при хроническом тонзиллите // Вестн. оторинолар. – 1987. – №3. – С. 61–63.
20. Шадыев Х. Д., Экимова Г. М. Консервативное лечение хронического тонзиллита у детей // Новости оторинолар. и логопатол. – 1996. – №3–4. – С. 13–14.
21. Brook I. The role of anaerobic bacteria in tonsillitis // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2005. – Vol. 69. – N. 1. – P. 9–19.
22. Fulginiti V. A., Ey J. L., Ryan K. J. Recurrent group C streptococcal tonsillitis in an adolescent male requiring tonsillectomy // Clin Pediatr (Phila). – 1980. – Vol. 19. – N. 12. – P. 829–830.
23. Holmberg S. D., Faich G. A. // Streptococcal pharyngitis and acute rheumatic fever in Rhode Island / JAMA. – 1983. – Vol. 250. – N. 17. – P. 2307–2319.
24. Johnson B. C., Alvi A. Cost-effective workup for tonsillitis. Testing, treatment, and potential complications // Postgrad Med. – 2003. – Vol. 113. – N. 3. – P. 115–121.



25. Pichichero M. E. Sore throat after sore throat after sore throat. Are you asking the critical questions? // Postgrad Med. – 1997. – Vol. 101. – N. 1. – P. 205–218.
26. Solak S., Ergonul O. Short communication: clinical predictors of group A beta hemolytic streptococci isolation in upper respiratory tract infections // Mikrobiyol Bul. – 2005. – Vol. 39. – N. 3. – P. 333–340.
27. Uysal S., Sancak R., Sunbul M. A comparison of the efficacy of cefuroxime axetil and intramuscular benzathine penicillin for treating streptococcal tonsillopharyngitis // Ann Trop Paediatr. – 2000. – Vol. 20. – N. 3. – P. 199–202.
28. Wiech A. D., Lipinski L., Janicki K. A case of actinomycosis of the palatine tonsils—diagnostic difficulties // Otolaryngol Pol. – 2002. – Vol. 56. – N. 3. – P. 377–380.

Гринчук Оксана Николаевна – аспирант Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи; 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-812-316-25-01; e-mail: oksana.grinch@yandex.ru

УДК: 616.284-002.2-08

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ ИСХОДЯ ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Н. Т. Джанашия

THE CHOICE OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS WITH CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA BASED ON CHARACTERISTICS OF ITS COURSE

N. T. Janashia

ГОУ ВПО Российский медицинский университет им. Н. Н. Пирогова

Минздравсоцразвития России, г. Москва

(Зав. каф. оториноларингологии лечебного факультета – проф. А. И. Крюков)

Проведена оценка результатов комбинированного лечения 68 больных хроническим гнойным средним отитом в стадии обострения. Изучен микробный пейзаж различных отделов среднего уха с исследованием чувствительности выделенной бактериальной флоры к различным антибактериальным химиопрепаратам. Исходя из полученных данных, метод и объем хирургического лечения должен быть дифференцированным в зависимости от выраженности деструктивных изменений в височной кости. Препаратами выбора для антибактериальной терапии хронического гнойного среднего отита должны являться, защищенные пенициллины, цефалоспорины III поколения.

Ключевые слова: *хронический гнойный средний отит, saniрующая операция, антибактериальная терапия.*

Библиография: *7 источников.*

The estimation results of combined treatment of 68 patients with chronic suppurative otitis media in the acute stage. Studied microbial landscape of the various divisions of the middle ear with the investigation of the sensitivity of isolated bacterial flora to various antibacterial chemotherapeutic drugs. The outcome of results, is the method and extent of surgical treatment should be differentiated depending on the severity of destructive changes in the temporal bone. Drugs of choice for antibiotic therapy of chronic purulent otitis media should be protected by penicillins, cephalosporins III generation.

Key words: *chronic purulent otitis media, sanifying surgery, antibiotic therapy.*

Bibliography: *7 sources.*

Хронический гнойный средний отит (ХГСО) до настоящего времени является одним из самых распространенных заболеваний в отиатрической практике. [3, 5, 7] По данным литературы из общего числа больных с патологией ЛОР-органов 12–18% обращаются за медицинской помощью по поводу симптомов хронического воспаления среднего уха. [5]