

Ю. Е. Еременко

ХРОНИЧЕСКИЕ ПОЛИПОЗНЫЕ РИНОСИНУСИТЫ: ТАКТИКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ

*РНПЦ оториноларингологии Минздрава Республики Беларусь,
Минск, Беларусь*

Цель – разработать схемы комбинированного дифференцированного лечения хронического полипозного риносинусита и оценить их эффективность.

В исследование было включено 124 пациента с диагнозом «Хронический полипозный риносинусит». Пациенты были распределены на стадии в зависимости от данных эндоскопии носовой полости и КТ ОНП. Дополнительно пациентам были выполнены бактериологические и патоморфологические исследования. Пациенты с 1–2 стадиями полипозного процесса и с отечным и преимущественно отечным типом строения полипозной ткани (N = 51) были пролечены консервативно: топическими стероидами в течение трех месяцев,

□ Оригинальные научные публикации

при содержании бактерий в этиологически значимом количестве лечению добавлялись антибактериальные средства широкого спектра действия в течение 7 дней. Контрольный осмотр проводился через 1 месяц, затем, в течение 1-го года 1 раз в 3 месяца, в последующем – 1 раз в 6 месяцев. Пациенты с 3–4 стадиями разбивались на группы в зависимости от наличия или отсутствия риска рецидивирования полипозного процесса. Пациентам с выявленным риском рецидивирования ХПРС выполнялось: хирургическое лечение, вводились глюкокортикостероиды внутривенно капельно 3 дня периоперационно, топические стероиды и блокаторы лейкотриеновых рецепторов в течение трех месяцев, в случае наличия микрофлоры в этиологически значимом количестве – противомикробные средства широкого спектра действия в течение 1 недели. Осмотры проводились в течение первых трех месяцев ежемесячно, в последующем 1 раз в три месяца, 1 раз в 6 месяцев повторялась топическая стероидная и антилейкотриеновая терапия, в последующем наблюдение осуществлялось 1 раз в 6 месяцев. Пациенты без выявленного риска рецидивирования были пролечены хирургически, топическими стероидами в течение трех месяцев и антибактериальной терапией в случае выделения микрофлоры в этиологически значимом количестве. Наблюдение первый год осуществлялось 1 раз в три месяца, в последующем 1 раз в 6 месяцев.

У пациентов с 1–2 стадиями процесса и с отечными формами строения полипозной ткани положительные результаты лечения были отмечены в 51,1%, из них в 80,0% у пациентов с отечной формой, в 36% – с преимущественным отеком и склерозом стромы. У 33,3% изменения отсутствовали, ухудшение было отмечено у 11,1%.

Лечение пациентов с 3–4 стадиями полипозного процесса и с наличием риска рецидивирования полипозного процесса по разработанным схемам позволило достичь положительного эффекта в течение 4-х лет наблюдений у 89,4% пациентов. Лечение пациентов без наличия риска рецидивирования полипозного процесса по разработанным схемам позволило достичь положительного эффекта в течение 4-х лет наблюдений у 93,3% пациентов. Следует отметить, что попытки консервативного лечения пациентов с 3–4 стадиями процесса и с отечными формами строения полипозной ткани положительного результата не имели.

Полученные результаты доказывают эффективность разработанных схем комбинированного дифференцированного лечения хронического полипозного риносинусита.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, консервативное и хирургическое лечение, патоморфологическое строение ткани полипа, распространенность полипозного процесса.

Yu. E. Yaromenka

CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS: STRATEGY MANAGEMENT OF DIFFERENTIATED TREATMENT

Objective. The study was aimed at developing the scheme of combined differentiated treatment of chronic polypoid rhinosinusitis and its effectiveness assessment.

124 patients with chronic polypoid rhinosinusitis (CPRS) were involved in the study. They were distributed into process stages according to nasal endoscopy and CT data. Patients also underwent bacteriological and pathomorphological examinations. Patients with 1–2 stages of the polypoid process and patients with edematous and predominantly edematous type of polyp tissue (N = 51) were treated conservatively: topical steroids for 3 months in combination with broad-spectrum antibiotics (for those with etiologically significant amount of bacteria) for 7 days. Patients were followed-up in 1 month, once per 3 months for 1 year and then once per 6 months. Patients with 3–4 stages were divided into groups, depending on the presence of the risk of polypoid process recurrence. Patients with identified risk of recurrence of CPRS were performed: surgical treatment, glucocorticosteroids were injected intravenously for 3 days perioperatively, the topical steroid and leukotriene receptor blockers - for 3 months, broad-spectrum antibiotics for 1 week (for those with etiologically significant amount of bacteria). Patients were followed-up once a month for 3 months, then once per 3 months, the topical steroid and antileukotriene therapy was repeated once per 6 months and observation was carried out once per 6 months. Patients without identified risk of recurrence of the polypoid process were treated surgically together with topical steroids for 3 months and antibiotic therapy for those with etiologically significant amount of bacteria. Patients were followed-up once per 3 months and then once per 6 months.

Successful results of treatment were stated in 51.1% of patients with 1–2 stages of polypoid process and with edematous form of polyp tissue, 80% of them were patients with edematous form, 36% – with edema and sclerosis. 33.3% of patients did not show any changes, 11.1% – reported deterioration.

Treatment of patients according to the developed schemes allowed achieving successful results in 89.4% patients with 3–4 stages of polypoid process and risk of recurrence of polypoid process during 4 years of observation. Treatment of patients without risk of recurrence of polypoid process allowed achieving a positive effect in 93.3% patients during 4 years of observation. It should be noted that conservative treatment of patients with 3-4 stages of the process and edematous forms of polyp tissue did not have a positive result.

Obtained results prove the efficiency of developed schemes of combined differentiated treatment of chronic polypoid rhinosinusitis.

Keywords: chronic polypoid rhinosinusitis, conservative and surgical treatment, pathomorphological structure of polyp tissue, dispersion of polypoid process.

Среди пациентов с ЛОР-патологией хронический полипозный риносинусит встречается у 15–25% [1, 4]. Несмотря на значительный прогресс в лечении риносинусита, число пациентов с данной патологией не только не уменьшается, но и неуклонно растёт, и на сегодняшний день хронический полипозный риносинусит является одним из самых распространённых заболеваний среди всех хронических заболеваний человека [1, 2]. В соответствии с рекомендациями Европейского международного консенсуса по лечению хронического полипозного [5] проблема лечения ХПРС должна рассматриваться с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургического лечения [2, 4]. Для выбора правильной тактики лечения риносинуситов, снижения частоты необоснованного применения различных препаратов и рецидивирования процесса следует чётко дифференцировать его различные формы [4].

Цель – разработать схемы комбинированного дифференцированного лечения хронического полипозного риносинусита и оценить их эффективность.

Материалы и методы

В исследование было включено 124 пациента с диагнозом «Хронический полипозный риносинусит» в возрасте $44,75 \pm 1,22$ лет ($M \pm m$), находившихся на стационарном лечении в РНПЦ оториноларингологии, из них 68 женщин и 56 мужчин (54,80 и 45,2% соответственно).

При эндоскопическом исследовании полости носа распределение пациентов было следующее (таблица 1).

При наличии с двух сторон различных стадий стадия выставлялась по максимальному поражению

Таблица 1. Распределение пациентов с ХПРС в зависимости от стадии полипозного процесса по данным эндоскопии (N = 124) [3]

Стадия процесса	Количество пациентов (N)	% пациентов
1-я	15	12,1
2-я	42	33,9
3-я	43	34,6
4-я	24	19,4

(например, при наличии слева 3-й стадии, а справа 4-й пациент расценивался как пациент с 4-й стадией полипозного процесса).

Согласно данным компьютерной томографии околоносовых пазух пациенты распределились следующим образом (таблица 2).

Таблица 2. Распределение пациентов в зависимости от стадии полипозного процесса по данным КТ ОНП (N = 124) [3]

Стадия процесса	Количество пациентов (N)	% пациентов
1-я	17	13,7
2-я	44	35,5
3-я	42	33,9
4-я	21	16,9

При наличии различных стадий распространённости процесса по данным КТ в разных околоносовых пазухах стадия выставлялась по максимальному поражению какой-либо пазухи.

Дальнейшая лечебная тактика определялась стадией распространённости полипозного процесса.

Результаты и обсуждение

Лечение пациентов с 1-2 стадией распространённости полипозного процесса

В данную группу был включен 51 пациент с 1–2 стадиями распространённости полипозного процесса по данным эндоскопии полости носа и КТ ОНП. Пациентам было выполнено бактериологическое и патоморфологическое исследования.

При бактериологическом исследовании микробной флоры околоносовых синусов пациентов (N = 51) микрофлора в этиологически значимом количестве была выделена у 15 пациентов с ХПРС, что составило 29,4% от всех обследованных. Выделение микрофлоры в этиологически значимом количестве было показанием к назначению антибактериальных средств.

Патоморфологическое исследование выявило следующие формы строения полипозной ткани (таблица 3).

Пациенты с отечной и отечно-фиброзной стадиями (N = 45) строения полипозной ткани были пролечены консервативно.

Оригинальные научные публикации

Таблица 3. Варианты выявленного строения стромы у пациентов с 1–2 стадиями ХПРС (N = 51)

Вариант строения стромы	Количество пациентов	
	N	%
Преимущественно отечна	20	39,2
Преимущественно отечна и частично склерозированна	25	49,0
Преимущественно склерозированна и частично отечна	6	11,8

Для объективизации исследования пациентам (N = 45) была выполнена передняя активная риноманометрия (таблица 4).

Таблица 4. Оценка степени обструкции полости носа по данным риноманометрии (N = 45)

Степень обструкции	Правая половина носа		Левая половина носа	
	N	%	N	%
Нет обструкции	0	0	0	0
Слабая обструкция	10	22,2	8	17,8
Умеренная обструкция	33	73,3	36	80,0
Выраженная обструкция	2	4,5	1	2,2

У обследованных пациентов преобладала умеренная степень носовой обструкции справа и слева (33 и 36 пациентов, 73,3 и 80,0% соответственно), слабая степень была отмечена у 10 и 8 пациентов (22,2 и 17,8% соответственно), выраженная обструкция наблюдалась у 2 пациентов справа (4,4%) и 1 пациента слева (2,2%).

Пациентам была применена следующая схема лечения:

1. Терапия топическими стероидами (мометазона фураат) два раза в сутки по 1 ингаляции в течение одного месяца.

2. При положительном содержании бактерий в этиологически значимом количестве (N = 15) к лечению добавлялись антибактериальные средства широкого спектра действия в течение 7 дней.

Контрольный осмотр проводился через 1 месяц, были получены следующие результаты (таблица 5, 6).

Все пациенты продолжали далее консервативную терапию в течение 3-х месяцев топическими

Таблица 5. Результаты консервативного лечения пациентов по данным эндоскопии полости носа (N = 45) через 1 месяц

Результаты лечения	Количество пациентов				Общее количество пациентов	
	отечная форма		отек + склероз		N	%
	N	%	N	%		
Уменьшение полипов в размерах	14	70,0	11	45,0	25	55,5
Отсутствие изменений	6	30,0	14	55,0	20	44,5
Ухудшение	0	0	0	0	0	0

Таблица 6. Оценка степени обструкции полости носа по данным риноманометрии (N = 45) через 1 месяц после начала лечения

Степень обструкции	Правая половина носа		Левая половина носа	
	N	%	N	%
Нет обструкции	0	0	0	0
Слабая обструкция	21	46,7	19	42,2
Умеренная обструкция	23	51,1	26	57,8
Выраженная обструкция	1	2,2	0	0

стероидами (мометазона фураат) два раза в день по 1 ингаляции в течение трех месяцев. Контроль осуществлялся через три месяца путем эндоскопического исследования носовой полости и передней активной риноманометрии, получены следующие результаты (таблица 7).

Таблица 7. Результаты консервативного лечения пациентов по данным эндоскопии полости носа (N = 45) через 3 месяца

Результаты лечения	Количество пациентов				Общее количество пациентов	
	отечная форма		отек + склероз		N	%
	N	%	N	%		
Уменьшение полипов в размерах	16	80,0	9	36	25	55,6
Отсутствие изменений	3	15,0	12	48	15	33,3
Ухудшение	1	5,0	4	16	5	11,1

Таким образом, при проведении консервативного лечения в течение трех месяцев пациентам с 1–2 стадиями полипозного процесса с отечной и с преимущественно отечной стадиями полипозного процесса положительные результаты были отмечены в целом у 25 пациентов (55,6%), из них у 16 – пациентов с отечной формой (80,0%) и 9 – с преимущественным отеком и склерозом стромы (36%). У 15 пациентов (33,3%) изменения отсутствовали, ухудшение было отмечено у 5 пациентов (11,1%). При наблюдении за пациентами было установлено, что худшие результаты при проведении консервативного лечения были отмечены у пациентов с отечно-фиброзной стадией полипозного процесса, пациенты с отечной стадией реагировали на консервативное лечение лучше.

Все пациенты с положительным эффектом (N = 25) в дальнейшем наблюдались, в течение первого года – 1 раз в три месяца, в последующем – 1 раз в 6 месяцев с повторением терапии топическими стероидами 1 раз в шесть месяцев на 1 месяц и антибактериальной терапией в течение 7 дней один раз в 6 месяцев у пациентов с микрофлорой в этиологически значимом количестве. У 2 пациентов из данной группы наблюдалось ухудшение состояния – рост полипов в носовой полости и ухудшение данных передней активной риноманометрии в течение 4-х лет наблю-

дений, остальные пациенты в течение 4-х лет наблюдений находились в перманентном состоянии и хирургическое вмешательство не потребовалось.

Полученные данные доказывают эффективность консервативной терапии отечных и отечно-фиброзных форм хронического полипозного риносинусита 1–2 стадии развития (51,1% пациентов с положительным результатом).

Лечение пациентов с 3–4 стадиями распространенности полипозного процесса

Пациенты с 3–4 стадиями полипозного процесса (N = 73) были обследованы и пролечены следующим образом.

1. Проведенное бактериологическое исследование у данной группы пациентов (N = 73) выявило наличие микрофлоры в этиологически значимом количестве у 24 пациентов с ХПРС, что составило 32,9% от всех обследованных.

2. Следующим этапом было выполнено иммунологическое исследование сывороток крови пациентов (N = 73). Согласно проведенным ранее исследованиям факторами риска развития рецидива является повышение концентраций в сыворотке крови интерлейкинов 5 и 8, а также иммуноглобулинов E, M, сывороточного и секреторного иммуноглобулинов A, которые и были определены.

3. На этапе патоморфологического исследования были оценены характер изменения полипозной ткани: степень утолщения базальной мембраны, степень склероза стромы, характер изменений покровного эпителия, клеточный состав полипа (эозинофилия), выраженность полиморфноклеточной инфильтрации.

Согласно данным патоморфологического исследования у данной группы пациентов преобладал фиброзно-воспалительный тип полипа (64 пациента; 87,7%), изолированно отечный наблюдался у 8 пациентов (10,9%), железистый тип строения полипозной ткани наблюдался у 1 пациента (1,4%).

Пациенты с отечным и железистым (N = 9) типом строения полипозной ткани были пролечены консервативно согласно схеме, описанной выше. Результаты консервативного лечения пациентов с 3–4 стадиями полипозного процесса были значительно хуже, чем с 1–2 – уменьшение полипов в размерах было достигнуто у 2 пациентов. Продолжение лечения по разработанной схеме в течение 1 года выявило длительную положительную динамику у 1 пациента, остальные пациенты (N=8) были направлены на хирургическое лечение. Полученные нами результаты лечения отечной формы полипозного риносинусита у пациентов с 3–4 стадиями распространенности полипозного процесса свидетельствуют о нецелесообразности проведения таким пациентам консервативной терапии и необходимости первичного хирургического лечения.

У всех пациентов с фиброзной формой строения полипозной ткани был оценен риск рецидива заболевания (согласно данным иммунологического, пато-

Таблица 8. Распределение пациентов в зависимости от наличия риска рецидива (N = 64)

Риск рецидива	Пациенты	
	N	%
Есть	19	29,7
Нет	45	70,3

морфологического исследования). Полученные результаты отражены в таблице 8.

Наличие риска рецидива заболевания выявлено у 19 пациентов (29,7%). Дальнейшее лечение данной группы пациентов было проведено с учетом наличия риска рецидива и выделенных в этиологически значимых количествах микроорганизмов у пациентов с ХПРС.

Пациенты с выявленным риском рецидивирования ХПРС (N = 19) были пролечены следующим образом.

1. Хирургическое лечение в зависимости от степени распространенности полипозного процесса (функциональная эндоскопическая ринохирургия).

2. Глюкокортикостероиды – внутривенно струйно раствор дексаметазона 0,4% – 1 мл до операции и первые два дня после операции.

3. Топические стероиды – мометазона фураат в течение 3 месяцев по 1 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки.

4. Блокаторы лейкотриеновых рецепторов (монтелукаст) в течение 3 месяцев по 10 мг 1 раз в сутки.

5. В случае наличия микрофлоры в этиологически значимом количестве – противомикробные средства широкого спектра действия в течение 1 недели.

Наблюдение за данной группой пациентов осуществляли первые три месяца ежемесячно, выполняли: эндоскопическое исследование носовой полости 1 раз в месяц, переднюю активную риноманометрию, через три месяца + контроль интерлейкинового и иммуноглобулинового профиля (Ил8 и 5; ИгE, M, A).

В течение первых трех месяцев эндоскопическое исследование и риноманометрия не выявило изменений со стороны носовой полости ни у одного пациента.

Изменения цитокинового и иммуноглобулинового статуса было выявлено у 11 пациентов (57,9%), что явилось показанием для продления топической стероидной терапии и антлейкотриеновой терапии до 6 месяцев послеоперационного периода. 8 пациентам был сделан перерыв до 6 месяцев послеоперационного периода.

Через 6 месяцев после выполнения хирургического лечения при контрольном осмотре были получены следующие результаты (таблица 9).

Таблица 9. Результаты контрольного осмотра пролеченных пациентов через 6 месяцев (N = 19)

Результаты лечения	Количество пациентов	
	N	%
Отсутствие изменений	17	89,5
Ухудшение	2	10,5

□ Оригинальные научные публикации

Независимо от изменений состояния носовой полости всем пациентам была проведена топическая стероидная и антилейкотриеновая терапия в течение одного месяца. Через три месяца на контрольном осмотре изменений со стороны носовой полости у пациентов выявлено не было.

Через 1 год после хирургического лечения при контрольном осмотре пациентам были выполнены: бактериологическое исследование, иммунологическое обследование, эндоскопическое исследование носовой полости и передняя активная риноманометрия (таблица 10).

Таблица 10. Результаты контрольного осмотра пролеченных пациентов через 12 месяцев (N = 19)

Результаты лечения	Количество пациентов	
	N	%
Отсутствие изменений	16	84,2
Ухудшение	3	15,8

Независимо от изменений состояния носовой полости всем пациентам была проведена топическая стероидная и антилейкотриеновая терапия (при наличии изменений в интерлейкиновом статусе) в течение одного месяца, антибактериальная терапия по показаниям, улучшение по данным эндоскопии и риноманометрии было достигнуто у 1 пациента, 2 пациента были направлены на хирургическое лечение в связи с отсутствием положительной динамики.

Дальнейшее наблюдение за пациентами в течение 1 года (1 раз в 6 месяцев) не выявило отрицательной динамики ни у одного из пациентов.

Таким образом, лечение и обследование пациентов с наличием риска рецидивирования полипозного процесса по разработанным схемам позволило достичь положительного эффекта в течение 2-х лет наблюдений у 17 пациентов (89,4%).

Пациенты без выявленного риска рецидивирования ХПРС (N = 45) были пролечены следующим образом:

1. Хирургическое лечение в зависимости от степени распространенности полипозного процесса (функциональная эндоскопическая ринохирургия).

2. Топические стероиды – мометазона фураат в течение 3 месяцев по 1 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки

3. В случае наличия микрофлоры в этиологически значимом количестве – противомикробные средства широкого спектра действия в течение 1 недели.

Наблюдение за данной группой пациентов осуществляли первые три месяца ежемесячно, затем – через три месяца, выполняли эндоскопическое исследование носовой полости, переднюю активную риноманометрию.

В течение первых 6 месяцев эндоскопическое исследование и риноманометрия не выявили изменений со стороны носовой полости ни у одного пациента.

Через 9 месяцев при контрольном осмотре ухудшение статуса по данным риноскопии было отмечено

у 3 пациентов (6,7%). Ухудшение проявлялось полиповидным отеком в области среднего носового хода разной степени выраженности, субъективным ухудшением носового дыхания.

Пациентам с выявленным ухудшением была проведена топическая стероидная терапия в течение одного месяца. У 1 пациента были выявлены положительная динамика, у 2 положительной динамики не наблюдалось, данные пациенты были направлены на хирургическое лечение.

Через 1 год при контрольном осмотре пациентам (N = 43) были выполнены бактериологическое исследование, эндоскопическое исследование носовой полости, передняя активная риноманометрия. Ухудшение наблюдалось у 2 пациентов (2,3%), им была проведена топическая стероидная в течение одного месяца. У 1 пациента была выявлена положительная динамика, у 1 положительной динамики не наблюдалось, этот пациент были направлены на хирургическое лечение.

В течение последующих 4 лет дальнейшее наблюдение за пациентами в течение 1 года (1 раз в 6 месяцев) не выявило отрицательной динамики ни у одного из пациентов.

Выводы

1. Лечение и обследование пациентов без наличия риска рецидивирования полипозного процесса по разработанным схемам позволило достичь положительного эффекта в течение 4-х лет наблюдений у 42 пациентов (93,3%).

2. Первично лечебная тактика в отношении хронического полипозного риносинусита определяется степенью распространенности полипозного процесса по данным эндоскопического исследования носовой полости и КТ ОНП с оценкой степени по максимальному поражению.

3. Тактика лечения пациентов с 1–2 стадиями распространенности определяется типом строения полипозной ткани по данным патоморфологического исследования. Полипы отечного и железистого типов подлежат консервативному лечению с 80% эффективности в случае изолированно отечных форм и 36% эффективности в случае отечно-фиброзных форм (общая эффективность 51,1%).

4. Лечение пациентов 1–2 стадиями распространенности процесса с фиброзными формами строения полипозной ткани и с 3–4 стадиями распространенности зависит от наличия риска рецидива полипозного процесса. Доказана эффективность применения разработанных схем лечения пациентов с наличием риска рецидивирования полипозного процесса в 89,4% случаев и без риска рецидивирования в 93,3%.

Литература

1. Абдулаев, Б. А. Некоторые особенности лечения впервые диагностированного полипозного риносинусита / Б. А. Абдулаев // Российская ринология. – 2010. – № 4. – С. 12–16.

2. Лопатин, А. С. Медикаментозное лечение полипозного синусита / А. С. Лопатин // Consilium medicum. – 2002. – № 9, т. 2. – С. 461–468.

3. Лопатин, А. С. Современные теории патогенеза полипозного риносинусита / А. С. Лопатин // Пульмонология. – 2003. – № 5. – С. 110–115.

4. Пискунов, Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. – М.: Миклош. 2002. – 390 с.

5. Рязанцев, С. В., Марьяновский А. А. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и совре-

Оригинальные научные публикации

менные методы лечения: метод. рек. – СПб., 2006. – 28 с.

6. EPOS 2012: European position paper on rhinosinuitis and nasal polyps 2012. A summary for otorhinolaryngologists – a summary / European Position Paper on Rhinosinuitis and Nasal Polyps Group. Collaborators (25) W. Fokkens [et al.] // Prim. Care Respir J. – Jun.2008. – Vol. 17(2). – P. 79–89.

Поступила 11.04.2017 г.