



МГМСУ  
кафедра ЛОР-болезней

# Полипозный риносинусит: консервативное или хирургическое лечение?

Д.м.н., проф. В.В. ВИШНЯКОВ

*Актуальность темы лечения полипозного риносинусита обусловлена высокой распространенностью данного заболевания, постоянным ростом заболеваемости им в большинстве стран, трудностью лечения, склонностью к рецидивированию.*

**П**олипозный риносинусит (ПРС) – хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (ОНП), имеющее в основе патогенеза воспалительную реакцию, в которой в зависимости от формы воспаления могут доминировать эозинофилы или нейтрофилы. Основным клиническим проявлением заболевания являются образование и рецидивирующий рост полипов. В России показатель обращаемости больных ПРС составляет 4,9 на 10 тыс. населения. Исходя из этих данных, ПРС болеют примерно 1 млн 400 тыс. человек – 1% населения России. В Финляндии распространенность ПРС составляет 4,3%, в Швеции – 2,7%, во Франции – 2,1%, в Чехии – 1,1%, в Корее – 0,5%. ПРС чаще встречается у мужчин (2,2 : 1), пожилых людей (5% в возрасте 60 лет и старше) и у больных бронхиальной астмой. Таким образом, распространенность ПРС среди различных групп населения составляет от 1 до 5%. В детском и юношеском

возрасте ПРС встречается редко. В основном заболевание развивается у больных старше 30 лет с преобладанием в возрастной группе от 50 до 60 лет. Наиболее часто ПРС встречается в зрелом возрасте, средним считается возраст 42 года. ПРС значительно чаще диагностируется у пациентов с бронхиальной астмой и непереносимостью нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Полипы редко выявляются у лиц моложе 20 лет. В возрасте от 20 до 35 лет ПРС характеризуется тяжелым течением и высокой частотой рецидивирования [1].

## Этиология

Этиология ПРС на сегодняшний день не ясна. Существуют теории, описывающие развитие полипозного процесса вследствие гиперчувствительности к антигенам золотистого стафилококка, к условно патогенной грибковой инфекции, а также нарушения метаболизма арахидоновой кислоты.

Односторонний полипозный процесс чаще развивается вследствие нарушения строения или аномалий внутриносовых структур [2]. Факторы, ассоциированные с ПРС:

1. *Аллергия.* Частота выявления аллергии у больных ПРС варьирует, по разным данным, в пределах 10–54%. Положительные кожные тесты на пищевые аллергены определяются у 81% больных ПРС.
2. *Астма.* У больных бронхиальной астмой полипозный процесс встречается в 7% случаев, а у 10–15% больных ПРС предшествует возникновению бронхиальной астмы.
3. *Непереносимость аспирина.* Среди больных с непереносимостью НПВП частота ПРС составляет 36–39%.
4. *Наследственные факторы.* Наличие наследственной предрасположенности обнаружено у 52% больных ПРС. Результаты современных генетических исследований показали взаимосвязь ПРС с определенными генетическими маркерами.
5. *Факторы окружающей среды.* По имеющимся данным, взаимосвязь загрязнений окружающей среды или курения с развитием ПРС остается неясной.

## Патогенез

На сегодняшний день существуют следующие теории патогенеза ПРС:



- Эозинофильное воспаление. В ткани полипов повышено содержание интерлейкина, эотаксина, эозинофильного катионного белка и альбумина, которые стимулируют повышенную миграцию эозинофилов в ткань полипа. Это приводит к развитию эозинофильного воспаления.
- Грибковая теория патогенеза. Элементы мицелия грибов, попадая в дыхательные пути, вызывают миграцию эозинофилов, которые уничтожают грибковые элементы путем выделения токсических белков, в результате чего развивается хроническое воспаление слизистой ОНП.
- Энтеротоксин золотистого стафилококка может играть роль суперантигена, который вызывает бурный рост полипов.
- Нарушение метаболизма арахидоновой кислоты, которая превращается в лейкотриены, являющиеся мощным провоспалительным медиатором. Это стимулирует миграцию эозинофилов и вызывает хроническое воспаление.
- Нарушение аэродинамики полости носа может быть причиной развития локального полипозного процесса.
- Согласно многофакторной теории, в организме могут существовать различные биологические дефекты, которые провоцируются какими-либо факторами внешней среды и приводят к развитию ПРС.

## Клиника

Клинические проявления ПРС связаны с нарушением проходимости носовых ходов. Поэтому основными симптомами являются стойкая заложенность носа и затрудненное носовое дыхание, храп. Выраженность этих симптомов напрямую зависит от степени распространенности полипозного процесса. При образовании крупных полипов, obturiruyuschih полость носа, носовое дыхание может полностью отсутствовать. Рост полипов в области верхних носовых ходов ограничивает поступление вдыхаемого воздуха,

поэтому одним из первых признаков полипоза является жалоба на снижение или отсутствие обоняния. Могут появляться выделения из носа в виде густой слизи или ступков. При распространении полипов в задние отделы полости носа возможно появление ринолалии (гнусавости) [2].

## Диагностика

Как при диффузном, так и при одностороннем ПРС диагноз устанавливается на основании жалоб, данных анамнеза, осмотра и дополнительных методов диагностики. Учитываются время появления симптомов, их длительность, сочетание симптомов с бронхиальной астмой, непереносимостью аспирина, наличие в анамнезе хирургических вмешательств и других методов лечения. Из объективных методов используют переднюю и заднюю риноскопию, эндоскопию полости носа, позволяющую выявить наличие полипов в труднодоступных отделах полости носа. Огромное значение в диагностике полипоза имеет компьютерная томография (КТ) ОНП, позволяющая не только установить распространенность полипозного процесса, но и определить наличие деструкции внутриносовых структур. Она также является ориентиром для работы хирурга при проведении эндоназальных операций. Магнитно-резонансная томография (МРТ) не имеет большой диагностической значимости и используется для дифференциальной диагностики. Рентгенография ОНП является малоинформативным методом, хотя может давать информацию о степени их пневматизации. При сочетании ПРС с бронхиальной астмой важно иметь представление о состоянии нижних дыхательных путей, для чего необходимо исследование функции внешнего дыхания.

## Дифференциальный диагноз

ПРС дифференцируют с новообразованиями полости носа и ОНП (особенно при односто-

*Наиболее эффективным методом лечения полипозного риносинусита сегодня считается использование интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС). Чем раньше назначают ИНГКС, тем выше эффективность лечения, что позволяет в некоторых случаях избежать хирургического вмешательства.*

ронном процессе), с кистами ОНП, хроническим бактериальным риносинуситом, грибковым риносинуситом.

## Лечение

В лечении ПРС используют как медикаментозные, так и хирургические методы. Согласно современным данным к лечению ПРС следует подходить скорее с терапевтической, чем с хирургической позиции [3]. В большинстве случаев используется комплексный подход. Это обусловлено тем, что больные чаще обращаются к оториноларингологу при наличии уже obturiruyuschih полипов и стойкой назальной обструкции, когда медикаментозная терапия не может оказать выраженного лечебного эффекта. В то же время односторонний полипоз является абсолютным показанием для хирургического лечения, требующим коррекции внутриносовых аномалий и вмешательства в пределах одной пораженной пазухи. Наиболее эффективным методом лечения сегодня считается использование интраназальных глюкокортикостероидов (ИНГКС). Чем раньше назначают ИНГКС, тем выше эффективность лечения, что позволяет в некоторых случаях избежать хирургического вмешательства. Эффективность ИНГКС в качестве средства лечения полипов носа и предотвращения рецидивов полипоза в послеоперационном периоде подтверждается



*В настоящее время обсуждаются вопросы применения альтернативных методов фармакотерапии ПРС. Используются длительная терапия низкими дозами макролидов, местная и системная противогрибковая терапия, десенсибилизация асперином. Однако достоверных доказательств эффективности данных методов пока не получено, и их можно применять в качестве дополнительной терапии.*

рядом исследований [3, 4]. В России из ИНГКС с минимальной биодоступностью ( $< 0,1\%$ ) для лечения ПРС зарегистрирован только мометазона фуроат (НАЗОНЕКС). ИНГКС рекомендуется использовать и до хирургического вмешательства в качестве предоперационной подготовки. Длительность применения и дозировка зависят от выраженности полипозного процесса. Обычно препарат назначают курсами от 3 до 6 месяцев с периодической корректировкой дозы под контролем оториноларинголога. Возможно и непрерывное использование ИНГКС. Мометазона фуроат (НАЗОНЕКС) назначают при ПРС по 100 мкг (по 2 ингаляции) в каждую ноздрю 2 раза в сутки (суммарная суточная доза 400 мкг), курс лечения – 3–6 месяцев. После уменьшения симптомов заболевания возможно снижение дозы до 100 мкг (по 2 ингаляции) в каждую ноздрю (суммарная суточная доза 200 мкг).

Нами проведено клиническое исследование, целью которого являлась оценка влияния топических кортикостероидов на течение ПРС после проведенного хирургического лечения. В течение 5 лет наблюдались две группы больных после проведенной функциональной эндоскопической ринохирургии. В первой

группе, состоящей из 60 больных, в послеоперационном периоде назначались топические кортикостероиды – мометазона фуроат (НАЗОНЕКС) по 400 мкг (2 дозы в каждую ноздрю 1 раз в день) на срок 6 месяцев с последующей поддерживающей терапией по 1 месяцу 4 раза в год. Применение Назонекса начинали через 7–10 дней после операции, после полного заживления раневых поверхностей в полости носа. Во второй группе (контрольной), также состоящей из 60 больных, после хирургического лечения топические кортикостероиды не назначались. Контрольное обследование всех больных проводилось 2 раза в год и включало эндоскопический осмотр полости носа и КТ ОНП. Результаты наблюдения, которые учитывались через 5 лет после операции, показали, что в первой группе рецидив ПРС возник у 10 (17%) больных, и в течение периода наблюдения потребовалось повторное хирургическое вмешательство. Во второй группе, где топические кортикостероиды не применялись, рецидив заболевания отмечен у 39 (65%) больных, и в течение периода наблюдения проводились повторные операции. Полученные данные показали, что длительное применение топических кортикостероидов после проведенного хирургического лечения позволяет более чем в два раза уменьшить количество рецидивов заболевания, требующих повторного хирургического вмешательства (р  $< 0,05$ ).

Для лечения ПРС также успешно используются системные ГКС [4]. Применение короткого курса системных ГКС, иногда называемого «медикаментозной полипотомией», в ряде случаев может быть альтернативой хирургическому вмешательству. В таких случаях назначают преднизолон внутрь, из расчета 0,5–1 мг/кг/сутки, курс – 10 дней. Для уменьшения риска побочных эффектов две трети дозы принимают утром, а одну треть – в обед. С 11-го

дня дозу препарата постепенно снижают до полной отмены. Подобранный курс лечения используют не чаще 2 раз в год при наличии противопоказаний к операции или в случае раннего рецидива полипоза. При необходимости хирургического лечения, особенно в случае сочетания ПРС с бронхиальной астмой, переносимостью НПВП, проведение короткого курса терапии системными ГКС является показанным. Используют 6–8-дневные курсы лечения системными ГКС, которые начинают за три дня до хирургического вмешательства и продолжают в течение как минимум трех дней после операции. Назначают преднизолон внутрь по 20–30 мг в сутки, курс – 6 дней, или дексаметазон в/в капельно 8–12 мг на 200 мл физиологического раствора 2 раза в сутки, курс – 6 дней. Использование системных ГКС перед операцией и в послеоперационном периоде является профилактикой обострений сопутствующей бронхиальной астмы.

В настоящее время обсуждаются вопросы применения альтернативных методов фармакотерапии ПРС. Используются длительная терапия низкими дозами макролидов (кларитромицин, азитромицин), местная и системная противогрибковая терапия (амфотерицин В), десенсибилизация асперином. Однако достоверных доказательств эффективности данных методов пока не получено, и их можно применять в качестве дополнительной терапии.

**Хирургическое лечение** показано при неэффективности консервативного лечения, а также в случае обтурирующего полипоза. Классические операции (петлевая полипотомия, радикальная операция на верхнечелюстных пазухах) сегодня используются все реже. Ведущее место занимает функциональная эндоскопическая хирургия ОНП, которая, однако, тоже не решает проблему ПРС и должна применяться в комплексе с топической или системной терапией ГКС. Цель хирургического вмеша-



тельства – удаление полипов, коррекция анатомических аномалий (деформация перегородки носа, гипертрофия носовых раковин и др.), ревизия и коррекция размеров соустьев ОНП, вскрытие и удаление клеток решетчатых пазух. Основным методом должна быть функциональная эндоскопическая ринохирургия с одномоментной коррекцией внутриносовых структур. Рекомендуется щадящий подход под контролем эндоскопа с видеокамерой. Минимальную инвазивность обеспечивает применение шейверов и специального набора инструментов. Хирургическое лечение является паллиативным вмешательством, обеспечивающим восстановление носового дыхания, но не излечивающим само заболевание. Однако операция создает хорошие условия для доступа топических кортикостероидов в пораженные пазухи, в которых и происходит рост полипов.

**Динамическое наблюдение** является основой успеха в предупреждении рецидивов ПРС. При повторных осмотрах проводится эндоскопический контроль для выявления ранних рецидивов и оценки распространенности полипозного процесса. В зависимости от этого корректируется дозировка ИНГКС. Такие осмотры необходимо проводить каждые полгода.

### Прогноз

При локальных формах ПРС прогноз благоприятный. После адекватного хирургического лечения заболевание обычно не рецидивирует. При диффузном полипозе прогноз менее благоприятный. Современные методы лечения, в частности применение ИНГКС, способны замедлять рецидивирующий рост полипов и улучшать качество жизни больного. Рецидив в большинстве случаев наступает через 3–5 лет или даже

*Динамическое наблюдение является основой успеха в предупреждении рецидивов ПРС. При повторных осмотрах проводится эндоскопический контроль для выявления ранних рецидивов и оценки распространенности полипозного процесса. В зависимости от этого корректируется дозировка ИНГКС. Такие осмотры необходимо проводить каждые полгода.*

раньше. Учитывая необходимость в продолжительном лечении и необходимости минимизации риска побочных эффектов, предпочтение следует отдавать ИНГКС с минимальной биодоступностью. ☞

*Литература  
→ с. 64*

## Справка

**Риносинусит** – заболевание широко распространенное и продолжающее распространяться.

За последние годы частота распространения заболеваний носа и околоносовых пазух у детей составляет 35–37%, из них 50% переходит в хроническую форму. Ежегодно количество таких больных увеличивается на 1,5–2%. И 50% детей, которые страдают острыми синуситами, продолжают страдать от этого заболевания и во взрослом возрасте.

Доказано, что дети, посещающие детские учреждения, намного чаще страдают хроническим риносинуситом, чем те, которые находятся дома. Также известно, что заболеваемость по достижении детьми 6–8-летнего возраста уменьшается.

По длительности риносинусит делят на острый и хронический.

Острый длится менее 12 недель, завершается полным разрешением симптомов. Длительный, хронический длится более 12 недель и не заканчивается полным выздоровлением. Хроническим синуситом страдают 10–15% всего населения, что приводит к существенному ухудшению качества жизни. По данным одного из исследований, это ухудшение даже более значи-

тельно, чем при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких.

Данные о распространенности этого заболевания могут варьировать в зависимости от методологии исследования. Женщины несколько чаще страдают хроническим синуситом, чем мужчины. Заболеваемость, естественно, существенно возрастает по мере того, как человек взрослеет. В группе 20–29 лет она составляет 3%, в то время как в группе 50–60 лет – примерно 6,5%.

В основе патогенеза хронического риносинусита лежит обычно нейтрофильное воспаление, то есть нейтрофилы и другие иммунокомпетентные клетки рекрутируются в слизистую оболочку околоносовых пазух, происходит синтез провоспалительных цитокинов, и от уровня продукции этих цитокинов как раз напрямую и зависит активность воспалительного процесса. Существуют разные формы хронического риносинусита, в том числе полипозная и банальные нейтрофильные формы.

*По материалам сателлитного симпозиума  
компании «Эббот»*



# Литература

**В.В. Вишняков, В.Н. Костюк**

**Полипозный риносинусит: консервативное или хирургическое лечение?**

1. Полипозный риносинусит. Клинические рекомендации. М., 2010.
2. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. М., 2006.
3. EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps) // Rhinology. 2007.
4. Jorissen M., Bachert C. Effect of corticosteroids on wound healing after endoscopic sinus surgery // Rhinology. 2009. Vol. 47. № 3. P. 280–286.

**В.В. Вишняков, В.Н. Костюк**

**Применение препарата Тонзилпрет при лечении больных с хроническим тонзиллитом с болевым синдромом в глотке**

1. Авраменко Л.В., Герасименко Н.Г., Григорьев В.П. Подготовка больных к тонзиллэктомии // Тезисы докладов 2-й межреспубликанской конференции оториноларингологов республик Средней Азии, Казахстана. М., 1972. С. 200–201.
2. Андамова О.В., Рымиша М.А., Педдер В.В. Применение озоноультразвукового метода в лечении хронического тонзиллита // Материалы 16-го съезда оториноларингологов РФ. Сочи, 2001. С. 342–344.
3. Балабанцев А.Г., Богданов В.В., Крылова Т.А. Хронический тонзиллит – актуальная проблема современной медицины // ЖУНГБ. 2002. № 5. С. 35–36.
4. Караулов А.В. Инфекция и иммунодефициты – приоритеты сегодня // Практикующий врач. 1997. № 9.
5. Лямперт И.М. Вторичная иммунопатология больных с острой стрептококковой инфекцией // Терапевт. архив. 1991. № 10. С. 38.
6. Пономарев Л.Е. Лечение детей с хроническим тонзиллитом с использованием немедикаментозных физических факторов: Дисс. ... д-ра мед. наук. Краснодар, 2000. С. 248.
7. Протасевич Г.С., Савчук Г.Г., Волянюк Е.М. Лечение больных после тонзиллэктомии // ЖУНГБ. 1991. № 3. С. 35–41.
8. Тарасов Д.И., Морозов А.Б. Частота и структура хронических заболеваний уха, горла и носа среди населения и их динамика // Вестник оториноларингологии. 1991. № 2. С. 12–14.
9. Фролов В.М., Пересадин В.А., Петруня А.М. и др. Иммунологические показатели у горнорабочих, страдающих хроническим тонзиллитом, и перспективы проведения у них иммунокоррекции // ЖУНГБ. 1993. С. 33–36.

**В.А.Рябинин**

**Применение Бетасерка при лечении больных с субъективным шумом в ушах при сенсоневральной тугоухости**

1. Белоголовов Н.В. Ушные шумы и основы их терапии // Сб. трудов Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи. Т. 8. 1947. С. 90–122.
2. Блазовицкая Н.С. Субъективные и объективные шумы при заболеваниях головного мозга и их дифференциация от периферических шумов // Вестник оториноларингологии. 1985. № 3. С. 33–36.
3. Евдощенко Е.А., Косаковский А.Л. Нейросенсорная тугоухость. Киев: Здоровье, 1989.
4. Пальчун В.Т. Диагностика и лечение кохлеовестибулярных нарушений // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 320–324.
5. Пятакина О.К., Антонян Р.Г., Ханджиев Г.Р. Причины и лечение субъективного ушного шума с применением транскожной электростимуляции. Методические рекомендации. М., 1990.
6. Пятакина О.К., Токарев О.П., Шеремет А.С., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости. Методические рекомендации. М., 1990.
7. Плужников М.С. Клиника и некоторые черты патогенеза кохлеарного неврита антибиотикового происхождения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. Л., 1972.
8. Солдатов И.Б., Абуткин Г.А., Миркина А.Я. Способ лечения вестибулярной дисфункции и ушного шума. Описание изобретения к авторскому свидетельству. Куйбышевский медицинский институт им. Д.И. Ульянова, 1983.
9. Солдатов И.Б. Современные аспекты генеза и лечения шума в ушах // Тезисы докладов V съезда оториноларингологов РСФСР. Ижевск, 1984. С. 335–341.
10. Солдатов И.Б., Маркин А.Я., Храпто Н.С. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М.: Медицина, 1984.
11. Токарев О.П., Антонян Р.Г., Красильников Б.В. Лечение нейросенсорной тугоухости // Методические рекомендации МЗ РСФСР. М., 1990. С. 9.
12. Храпто Н.С. Возможности реабилитации больных нейросенсорной тугоухостью // Тезисы докладов VI съезда оториноларингологов РСФСР. Оренбург, 1990. С. 470–472.

**В.В. Вишняков, Э.В. Синьков**

**Лечение больных инфекционно-воспалительными заболеваниями глотки с болевым синдромом**

1. Battist N. The evaluation of the analgesic and anti-inflammatory effects of flurbiprofen mouth wash and 100 mg tablets in oral medicine // Minerva Stomatol. 1994. Vol. 43. № 4. P. 141–144.
2. Benzimoj S.I., Langford J.H., Homan H.D. et al. Efficacy and safety of the anti-inflammatory throat lozenge flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat // Fundament. Clin. Pharmacol. 1999. № 13. P. 189.
3. Benzimoj S.I., Langford J.H., Christian J. et al. Efficacy and tolerability of the anti-inflammatory throat lozenge Flurbiprofen 8,75 mg in the treatment of sore throat // Clin. Drug Invest. 2001. Vol. 21. № 3. P. 183–193.
4. Bulter C.C., Rollinc S., Pill R. et al. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients prescriptions of antibiotics for sore throats // BMJ. 1998. Vol. 3. № 17. P. 637–642.
5. Critchley I.A., Sahn D.F., Thornsberrry C. et al. Antimicrobial susceptibilities of Streptococcus pyogenes isolated from respiratory and skin tissue infections: United States LIBRA surveillance data from 1999 // Diagnostic microbiology and infectious disease. 2002. Vol. 42. P. 129–135.
6. Dagnelie C.F., Toun-Otten F., Kuyvenhoven M.M. et al. Bacterial flora in patients presenting with sore throat in Dutch general practice // Fam. Pract. 1993. Vol. 10. № 3. P. 371–377.