

УДК 616.21 L-006.5-089.87(001.89):616.248

Э.В.Хмелькова

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ
КОНСЕРВАТИВНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИПОЗНОГО
РИНОСИНУСИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

ГУ Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН

РЕЗЮМЕ

Предложен приоритетный способ лечения бронхиальной астмы, сочетающейся с полипозным риносинуситом, с применением лазерного излучения и интраназальными ингаляциями серетид. При этой патологии разработанный метод применен у 20 больных. Хорошие результаты лечения получены у всех больных, по данным гистологического исследования биоптатов, происходил регресс полипозной ткани, вплоть до её исчезновения. 20 больным была выполнена операция полипотомия носа, у 3-х больных отмечалось ухудшение течения бронхиальной астмы, у 5-ти – рецидив роста полипозной ткани.

SUMMARY

E.V.Khmelkova

**COMPARATIVE ASSESSMENT OF SURGICAL
AND CONSERVATIVE TREATMENT
OF POLYPOUS RHINOSINUSITIS
ACCOMPANIED WITH BRONCHIAL ASTHMA**

We developed a new technique for treating bronchial asthma complicated by polyps rhinosinusitis, which consists in using laser radiation in combination with intranasal seritid inhalation. This technique has been tested on 20 patients. 20 patients showed good results. Histological study of biopates revealed polyps tissue regression. In some patients this tissue disappeared completely. 20 patients have been operated on for polypotomia nasal. 3 patients showed aggravation of the state bronchial asthma and with 5 patients the growth of polyps tissue began.

Целесообразность, сроки и результаты хирургического лечения полипозного риносинусита (ПС), особенно, ассоциированного с бронхиальной астмой (БА), стали одним из основных пунктов дискуссий между оториноларингологами, аллергологами и пульмонологами [2].

Достижения современной медицинской науки существенно расширяют возможности в лечении ПС у больных БА: это эндоскопическая ринохирургия, новые формы интраназальных кортикостероидных препаратов (КС) и использование лазерной терапии.

Поэтому целью работы стало устранение хирургической травмы слизистой оболочки полости носа и улучшения результатов лечения, как полипоза носа, так и бронхиальной астмы. Поставленная цель достиглась тем, что лечение полипов носа, сочетающихся с бронхиальной астмой, проводилось

путем применения низкоинтенсивной лазерной терапии через кровь и через нос, с интраназальным ингаляционным лечением кортикостероидными лекарственными препаратами.

В клинике ГУ ДНЦ ФПД СО РАМН разработан приоритетный способ лечения полипозного риносинусита, сочетающегося с бронхиальной астмой (патент РФ №2229317) [3]. Способ осуществляется следующим образом. Низкоинтенсивное лазерное облучение проводится гелий-неоновым лазером (установка ЛА-2). Длина волны излучения 630 нм, мощность излучения с дистального конца световода 50 мВт/см². Облучение носа – наружно-накожное; интраназальное. Облучение крови производится транскутанным надвечным способом в области локтевой вены. Курс лечения – 15 сеансов. Дополнительно 2 раза в сутки больной интраназально получал ингаляционный КС – серетид (разовая доза – 25 мкг сальметерола и 250 мкг флютиказона пропионата). Серетид впервые применен нами по новому назначению. Ранее этот препарат применяли для ингаляций через ротовую полость и только для лечения БА. Доза ингаляционного КС, применяемая интраназально, входила в суточную терапевтическую дозу серетид, назначаемую для лечения БА.

Была пролечена консервативным методом опытная группа больных из 20 человек с полипозным риносинуситом, ассоциированным с бронхиальной астмой. Возраст пациентов был от 30 до 62 лет, все они находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом: бронхиальная астма, смешанная форма, средней степени тяжести; полипозный риносинусит. В контрольной группе больные (n=20) получили оперативное лечение (полипотомия полости носа). До и после лечения этим группам больных проводился анализ клинических, лабораторных, спирографических данных, оценивались показатели эндотоксикоза [1], а также выполнялись диагностическая биопсия полипозной ткани с последующим гистологическим исследованием материала.

Статистический анализ полученного материала проводился на основе стандартных методов вариационной статистики с оценкой достоверности различий по критерию (t) Стьюдента.

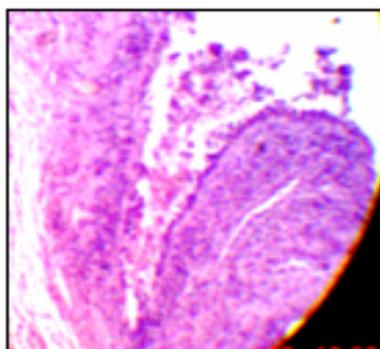
Результаты и их обсуждение

Результаты лечения больных с полипозным риносинуситом ассоциированным с бронхиальной астмой низкоинтенсивным лазером и интраназальным введением серетид представлены в таблице 1.

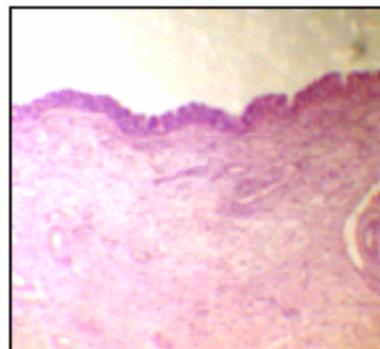
Таблица 1

Результаты консервативного лечения опытной группы больных с полипозным риносинуситом, сочетающемся с бронхиальной астмой (M±m)

| Клинико-лабораторные и инструментальные данные | Опытная группа, n=20 | |
|---|--|--|
| | 1-й день лечения | 15-й день лечения |
| Визуальный осмотр полости носа | Слизистая носовых раковин отёчна, цианотична, адрениалиновая проба слабоположительная носовые ходы обтурированы полипозной тканью | Отек и цианоз слизистой носовых раковин уменьшился. В просвете носовых ходов у 10 больных полипозная ткань отсутствует, у 5 имеются единичные мелкие полипы. |
| Лейкоциты периферической крови, ·10 ⁹ /л | 6,4±0,09 | 5,4±0,6; p<0,001 |
| Молекулы средней массы, ед. опт. пл. | 0,361±0,003 | 0,312±0; p<0,001 |
| Спирографические показатели бронхиальной проходимости, % от должного: | | |
| ЖЕЛ | 84±0,66 | 112±1; p<0,001 |
| МОС ₂₅ | 34±0,4 | 43±0,54; p<0,001 |
| МОС ₅₀ | 32±0,38 | 42±0,49; p<0,001 |
| МОС ₇₅ | 36±1,19 | 41±0,65; p<0,001 |
| Приступы удушья больше 5 раз в сутки меньше 5 раз в сутки | у 14 больных у 6 больных | 0 у 5 больных |
| Гистологический анализ слизистой носа (рис.) | Гиперплазия, полипозные изменения с участками десквамации и метаплазии плоского эпителия. Кровеносные сосуды расширены, выражена инфильтрация лимфоидными элементами | В эпителии слизистой оболочки носа отмечается тенденция к восстановлению её нормального плана строения. В строме отмечается уменьшение отёка и лимфоидной инфильтрации |



А



Б

Рис. Больной Р., 32 года. Слизистая оболочка полости носа. А – до лечения; Б – после лечения. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 40 × 40.

В результате данного лечения больных с БА низкоинтенсивным лазером и интраназальным введением серетиды у 98% обследуемых больных полностью восстановилось носовое дыхание, улучшилась бронхиальная проводимость, уменьшились приступы удушья или, в единичных случаях, исчезли совсем, снизились показатели эндотоксикоза. В биопсионном материале – отмечается восстановление слизистой носа до ее нормального плана строения (рис. Б).

Помимо этого, лазерное облучение позитивно

влияло на функцию сердечно-сосудистой системы у больных с признаками ишемии миокарда и его метаболических нарушений.

Мы провели оценку отдаленных результатов данного метода лечения у больных ПР и БА через год: хороший результат был отмечен у 10 человек (47,6%). Риноскопически – полипозная ткань в полости носа отсутствует. Количество приступов удушья менее 5 раз в сутки; удовлетворительный результат был отмечен у 5 человек (26,2%). Риноскопически – в задних отделах полости носа имеются мелкие, не более 3 мм в диаметре,

Таблица 2

Результаты хирургического лечения полипозного риносинусита, сочетающегося с бронхиальной астмой (M±m)

| Клинико-лабораторные и инструментальные данные | До операции | После операции |
|---|---|--|
| Визуальный осмотр полости носа | Слизистая носовых раковин отечна, цианотична, адреналиновая проба слабоположительная, носовые ходы обтурированы полипозной тканью, носовое дыхание резко затруднено | Носовое дыхание свободное, в полости носа сукровично отделяемые кровяные корки, полипозная ткань не определяется |
| Лейкоциты периферической крови, ·10 ⁹ /л | 5,4±0,04 | 6,1±0,05; p<0,001 |
| Молекулы средней массы, ед. опт. пл. | 0,365±0,003 | 0,311±0,1; p<0,001 |
| Спирографические показатели бронхиальной проходимости, % от должного: | | |
| ЖЕЛ | 94±5,00 | 82±0,98; p<0,001 |
| МОС ₂₅ | 33±0,21 | 29±0,25; p<0,001 |
| МОС ₅₀ | 33,6±0,311 | 31,3±0,599; p<0,001 |
| МОС ₇₅ | 35,2±0,296 | 32,6±0,387; p<0,001 |
| Приступы удушья больше 3 раз в сутки меньше 3 раз в сутки | у 12 больных у 8 больных | у 17 больных у 3 больных |

Примечание: р-достоверность различий показателей между 1 и 2 группами больных БА и ПС.

единичные полипозные разрастания.

Контрольной группе из 20 человек с диагнозом полипозный риносинусит, ассоциированный с БА проведен хирургический метод лечения. Этой группе в стационарных условиях проводились те же самые методы обследования, что и больным, которые получали консервативный метод лечения до и после операции (табл. 2).

В результате хирургического лечения ПС, помимо психологической травмы больного, отмечалось повышение лейкоцитоза на фоне послеоперационного воспаления в полости носа, послеоперационное кровотечение из полости носа, достоверно снизились спирографические показатели бронхиальной проходимости, увеличилось количество приступов удушья.

Было изучено, по анкетным данным, объективное состояние 10 пациентов в отдаленных сроках наблюдений после полипотомии: 5 пациентам требовалась повторная полипотомия, у 3 пациентов увеличилось количество приступов на 1-2, и они чаще пользовались ингаляционными КС препаратами, у остальных пациентов – носовое и бронхиальное дыхание было удовлетворительным и они получали только базисную терапию по поводу БА.

Таким образом, проводя сравнительно-диагностическую оценку результатов консервативного и хирургического методов лечения полипозного риносинусита, ассоциированного с бронхиальной астмой, следует отдать предпочтение сочетанному способу лазерной терапии и интраназальным ингаляциям кортикостероидных лекарственных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биохимия эндотоксикоза. Механизмы развития и оценки степени тяжести при воспалительных заболеваниях легких [Текст]/Е.А.Бородин, Е.В.Егоршина, В.П.Самсонов.- Благовещенск: АГМА, 2003.-С.33-34.
2. Медикаментозное и хирургическое лечение полипозного риносинусита. Лечение синусита, ассоциированного с бронхиальной астмой [Текст]/А.С.Лопатин//Российская ринология.-1999.-№1.-С.65-68.
3. Способ комплексного лечения бронхиальной астмы, сочетающейся с полипозным риносинуситом, с применением лазерного излучения и ингалятора [Текст]/В.П.Самсонов, М.Т.Луценко, Е.В.Заварзина, Э.В.Хмелькова//Бюл. физиол. и патол. дыхания.-2004.-Вып.17.-С.49-52.

