



УДК: 616. 216.1-002-0065-036.12

СТРУКТУРНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

М. А. Лаптиева, Е. В. Клищенко

STRUCTURAL DIFFERENTIATION OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS

М. А. Laptijova, E. V. Klischenko

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи
Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко
Минздрава России»

(Ректор – акад. РАЕН, проф. И. Э. Есауленко)

Данная работа представляет ретроспективный анализ медицинских карт 152 стационарных пациентов, страдающих хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС). На основе проведенного исследования сформированы четыре наиболее различающиеся по патогенезу группы больных, установлены сроки начала заболевания и впервые проведенного хирургического лечения, выявлены группы пациентов, подверженных частым рецидивам ХПРС. Такой дифференцированный подход к анализу структуры больных ХПРС, более детальная оценка сопутствующей бактериальной и грибковой микрофлоры, а также анализ гистологической картины полипов в дальнейшем будут, мы надеемся, способствовать повышению эффективности лечения данной патологии.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, патогенетические группы, частые рецидивы, оценка сопутствующей микрофлоры.

Библиография: 15 источников.

This study represents a retrospective analysis of 152 case histories of patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP). We divided all patients in four most different in pathogenesis groups, identified the time frames of onset of the disease and of the first time performed surgical treatment, identified a group of patients that are exposed by frequent relapses CRSwNP. This approach, differentiated to the structure of the patients with nasal polyps, a detailed evaluation of concomitant bacterial and fungal microorganisms and histological analysis of polyps will contribute to the treatment efficiency of this pathology in the future.

Key words: chronic rhinosinusitis with nasal polyps, pathogenesis groups, frequent relapses, evaluation of concomitant microorganisms.

Bibliography: 15 sources.

Хронический полипозный риносинусит в структуре заболеваемости ЛОР-органов в настоящее время занимает одну из ведущих позиций. По данным Европейского соглашения по полипозному риносинуситу 2012 (EPOS), полипозом носа и околоносовых пазух страдают 2–4% населения Европы. Пациенты с ХПРС составляют около 5% среди обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник и 4% наблюдающихся у аллерголога [12]. Манифестированные формы ХПРС, по данным показателя обращаемости, в различные поликлиники составляют от 1,3 до 13,1 на 10 000 человек [11]. Распространенность полипозного риносинусита с учетом субклинических форм гораздо выше. Рядом авторов подчеркивается преимущественное поражение мужчин этим патологическим процессом [1, 3, 4, 6, 7, 14].

Особую группу пациентов с ХПРС составляют больные с так называемой «аспириновой триадой». Триада состоит из собственно ХПРС, бронхиальной астмы и непереносимости аспи-

рина, его аналогов, а также других противовоспалительных препаратов нестероидного ряда. Повышенный интерес к изучению данных патологических состояний обусловлен, прежде всего, общностью этиопатогенетических механизмов развития ХПРС и БА и высоким риском развития распространенного поражения дыхательных путей, в особенности при присоединении инфекционного процесса, в случае сочетанной патологии. Первое проявление астматической триады в 60% случаев связано с обнаружением полипов в полости носа и околоносовых пазухах. [1] При этом бронхиальная астма отличается наиболее тяжелым течением [15].

По результатам многих наблюдений установлено, что у больных, страдающих ХПРС, непереносимость нестероидных противовоспалительных средств выявляется в 21–60%, бронхиальная астма (БА) диагностируется в 22–70% случаев [1, 5, 7, 9, 10, 12]. При этом отмечено, что частота встречаемости ХПРС у больных БА значительно

выше, чем в популяции и составляет от 7 до 15%. Атопическая форма БА составляет около 5%, инфекционно-аллергическая БА – 7–13% [12, 15]. По последним данным, в России из 7 млн больных БА 1 млн имеет тяжелое течение данного заболевания; 40% из них составляют пациенты с аспириновой триадой [1].

В зарубежной и отечественной литературе неоднократно подчеркивалась неоднородность групп больных, страдающих ХПРС, и отмечается роль данной патологии как одной из составляющих системной патологии дыхательных путей [1, 9, 10].

До настоящего времени остаются предметом дискуссии вопросы этиологии и патогенеза полипозного риносинусита. Несмотря на широкий спектр предложенных схем лечения хронического полипозного риносинусита, частота рецидивов данного заболевания составляет более 50% [2, 8, 13].

В связи с этим возникает необходимость в задании и разработке новых подходов к диагностике и лечению данной патологии.

Цель исследования. С позиций дифференцированного подхода выделить наиболее различающиеся по патогенезу группы больных среди пациентов, страдающих ХПРС, провести сравнительный анализ данных бактериологического и гистологического исследований культуры тканей носовых полипов. На основе репрезентативных данных установить сроки начала развития заболевания и впервые проведенного хирургического лечения, определить категорию больных, в большей степени подверженных рецидивам заболевания.

Материалы и методы. На базе Воронежской ГМА им. Н. Н. Бурденко, в рамках научно-исследовательской работы, проведен ретроспективный анализ 152 медицинских карт пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу хронического полипозного риносинусита в ЛОР-отделении Воронежской областной клинической больницы № 1 в период с 2010 по 2011 год. На основании данных анамнеза установлен временной промежуток от момента развития первых клинических проявлений данной патологии до первичного оперативного вмешательства.

Диагностика полипозного синусита складывалась из комплексной оценки жалоб пациента, данных анамнеза, в котором особое внимание уделялось наличию сопутствующей патологии, а именно: наличию бронхиальной астмы и данных о непереносимости нестероидных противовоспалительных средств (НПВС).

При обследовании больных с ХПРС использовались традиционные методы исследования: риноскопия и рентгенография. Также применялись эндоскопические методы исследования и компьютерная томография околоносовых па-

зух. Из дополнительных методов исследования у пациентов с полипозным синуситом использовался бактериологический анализ содержимого околоносовых пазух. Оценка морфологических особенностей носовых полипов производилась по данным гистологического исследования полипозно-измененной слизистой оболочки полости носа, удаленной в ходе операции.

Результаты исследований и их обсуждение. На лечении находилось 152 больных, среди которых было 96 мужчин и 56 женщин. Возраст мужчин – от 18 до 78 лет, а женщин – от 21 до 82 лет. При этом большую часть составили больные старше 50 лет: 54 (55,3%) человека среди мужчин, а среди женщин 33 (59,2%) человека (табл.).

Сопоставление данных анамнеза, наличия сопутствующей патологии дыхательных путей, а также результатов специальных методов исследования позволило выделить четыре основные группы больных среди пациентов с полипозным риносинуситом.

1. Число страдающих полипозным риносинуситом в сочетании с бронхиальной астмой и непереносимостью НПВС (т. е. аспириновой триадой) – 32 (21,1%) человека.

2. Число страдающих полипозным риносинуситом и не имеющие патологии респираторного тракта – 76 (50,0%) человек.

3. Число страдающих хроническим гнойно-полипозным риносинуситом 28 (18,4%) человек.

4. Число имеющих выраженные деформации остиомеатального комплекса – 16 (10,5%) человек.

На рис. 1 приведено процентное соотношение основных групп больных.

Жалобы больных были типичными для данного заболевания: затруднение носового дыхания, гипоосмия или anosmia. В меньшей степени больных беспокоили выделения из носа, головная боль, плохой сон. Первым клиническим проявлением заболевания являлось затруднение носового дыхания, которое отмечалось у основной массы больных за 7–10 лет до впервые проведенного оперативного вмешательства.

Бактериологический анализ содержимого околоносовых пазух и отделяемого из полости носа у пациентов с ХПРС, сочетающимся с бронхиальной астмой, показал явное преобладание в качестве сопутствующей микрофлоры *Staphylococcus aureus*, у пациентов с гнойно-полипозным сину-

Т а б л и ц а
Количественная характеристика по полу и возрасту

Пол	До 30 лет	30–50 лет	Старше 50	Всего
Мужчины	11	31	54	96
Женщины	10	13	33	56

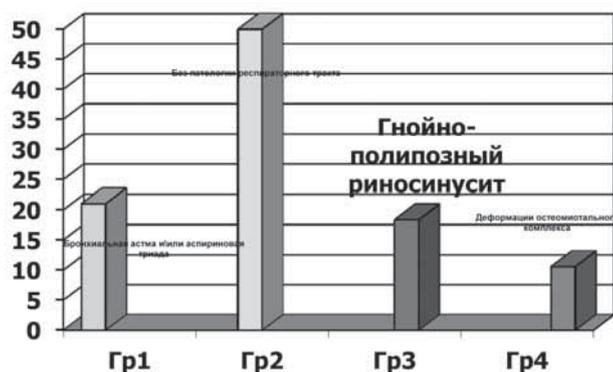


Рис. 1. Соотношение основных групп больных.

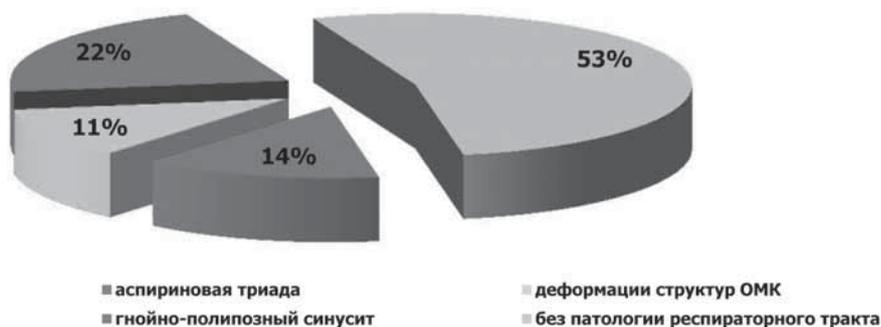


Рис. 2. Соотношение основных групп больных с рецидивом ХПРС.

ситом чаще высевался *Staphylococcus epidermidis*. У остальных пациентов была выявлена сапрофитная микрофлора или посев роста микрофлоры не показывал. При рассмотрении морфологических особенностей полипов носа по данным гистологического исследования выявлены следующие особенности:

- преобладание лимфоплазмоцитарной инфильтрации и незначительная эозинофильная и нейтрофильная инфильтрация – при ХПРС без патологии респираторного тракта;
- выраженная эозинофильная инфильтрация и незначительная лимфоплазмоцитарная и нейтрофильная инфильтрация – при ХПРС у больных с аспириновой триадой;
- выраженная нейтрофильная инфильтрация и незначительная лимфоплазмоцитарная и эозинофильная инфильтрация у пациентов с гнойно-полипозным характером воспаления.

Полученные данные указывают на существование различных патогенетических механизмов в развитии полипозного риносинусита. Среди 152 обследованных больных ХПРС рецидивирующий характер течения данного заболевания установлен в 47% случаев. В соответствии с выделенными

основными группами больных ХПРС наиболее частые рецидивы заболевания наблюдались у пациентов, имеющих в анамнезе бронхиальную астму или аспириновую триаду, и составляли до 14%.

На основании детального изучения анамнеза представляется очевидной недооценка субклинических форм полипозного риносинусита, что впоследствии становится причиной поздней обращаемости пациентов в специализированные отделения. По нашим данным, с момента появления первых признаков затруднения носового дыхания до проведения больному полипотомии проходит около 7–10 лет [2]. Недостаточное носовое дыхание ухудшает физиологию носа и ведет к дальнейшему серьезному нарушению дыхательной функции и крайнему его проявлению, а именно развитию полипозного воспаления. В настоящем исследовании анализ бактериологического исследования не позволил получить однозначного результата в связи с возможными дефектами забора материала или с недостаточно широким спектром проведения бактериологического исследования, что, в свою очередь, создает предпосылки для более углубленного изучения микрофлоры, сопутствующей ХПРС.

Выводы

Среди больных, страдающих хроническим полипозным риносинуситом, преобладают лица мужского пола (63,1%), а по возрасту как среди мужчин, так и женщин – лица старше 50 лет (55,3 и 59,2% соответственно).

В числе больных, страдающих хроническим полипозным риносинуситом, приблизительно у каждого 5-го обнаружена «аспириновая триада», у каждого 10-го имелись грубые анатомические дефекты остиомеатального комплекса, каждый 6-й пациент находился в состоянии гнойного обострения

полипозного процесса, у половины больных ХПРС не было выявлено патологии костных структур носа и околоносовых пазух.

Посевы отделяемого из полости носа показали определенное преобладание *Staphylococcus aureus* у больных с ХПРС в сочетании с бронхиальной астмой и *Staphylococcus epidermidis* у больных с ХПРС в стадии гнойного обострения.

Гистологически выявлено преобладание в ткани полипов эозинофильной инфильтрации у больных с ХПРС и БА, тогда как в случаях полипозно-гнойного обострения чаще выявлялась нейтрофильная инфильтрация полипозной ткани.

При хирургическом лечении больных ХПРС рецидивы полипозного процесса наиболее часто встречаются в группе с выявленными признаками «аспириновой триады».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарева Г. П. Полипозный ринит // Consilium Medicum. Аллергология. – 2000. – № 8, Т. 2.
2. Лаптиева М. А., Клищенко Е. В. Структурная характеристика больных полипозным риносинуситом // Молодежный инновационный вестник. – Воронеж, 2012. – С. 22–23.
3. Лопатин А. С. Медикаментозное лечение полипозного риносинусита // Consilium medicum. – 2002. – № 9. – С. 461–468.
4. Пухлик С. М. Полипозный риносинусит // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2010. – № 3. – С. 5–10.
5. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы у больных с бронхообструктивным синдромом: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Л., 1991. – 28 с.
6. Рязанцев С. В. Современные представления об этиологии и патогенезе полипозных риносинуситов: сб. научн. тр. посвящ. 110-летию со дня рожд. чл.-корр. АМН СССР проф. В. Ф. Ундрица. – СПб., 1991. – С. 127–134.
7. Рязанцев С. В., Марьяновский А. А. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения: метод. рек. – СПб.: Политехника, 2006. – 32 с.
8. Пат. 2163097 Российская Федерация, 2163097 А61В17/24 / Способ лечения хронического полипозного риносинусита / Н. М. Хмельницкая; Г. П. Захарова; В. В. Власова; Е. В. Тырнова; Л. Л. Клячко; заявитель и патентообладатель Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи. – № 2000116599/14; заявл. 28.06.2000; опубл. 20.02.2001.
9. Черныш А. В., Садовский В. И. Полипозный риносинусит. Новый взгляд на проблему // Медицинский вестник. Конспект врача. – 2011. – № 19.
10. Черняк Б. А, Воржева И. И. Полипозный риносинусит и бронхиальная астма: взаимосвязь и лечение // Аллергология Симпозиум. – 2008.
11. Эпидемиология полипозных риносинуситов / А. А. Ланцов [и др.]. – СПб.: РИА-АМИ. – 1999. – 94 с.
12. Maran G.D., Lund V.J. Clinical Rhinology. Thieme: Stuttgart-NY, 1990. -228p.
13. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis // Rhinology, Supplement 23. – 2012.
14. Treatment of Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyposis With Oral Steroids Followed by Topical Steroids/ S.Vaidyanathan [et al.] // Annals of Internal Medicine. – 2011. – Vol. 154, N 5. – P. 293–304.
15. Nasal polyposis: a cellular-based approach to answering questions / A. B. Rinia [et al.] // Allergy. – 2007. – N 4. – P. 348–358.

Лаптиева Марина Александровна – клинический ординатор Санкт-Петербургского НИИ уха, горла и речи. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8-952-377-74-95, e-mail: marina-laptijova@yandex.ru

Клищенко Евгений Викторович – клинический ординатор каф. онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики с курсом онкологии ИПМО Воронежской ГМА им. Н. Н. Бурденко. 394036, Воронеж, ул. Студенческая, д. 10; тел.: 8-950-765-60-39, e-mail: klisshenko.e@yandex.ru