

Э.В.Захарова

ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)*Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН, Благовещенск***РЕЗЮМЕ**

Оперативное лечение хронического полипозного риносинусита (ХПРС) у больных бронхиальной астмой (БА) абсолютно показано при полной непроходимости носовых ходов. Оперативное лечение ХПРС у больных БА ухудшает ее течение, которое особенно проявляется в период развития послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: хирургическое лечение, бронхиальная астма, хронический полипозный риносинусит.

SUMMARY

E.V.Zakharova

THE INFLUENCE OF SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS ON BRONCHIAL ASTHMA CLINICAL COURSE (REVIEW)

The surgical treatment of chronic polypous rhinosinusitis (CPRS) in patients with bronchial asthma (BA) is absolutely normal at full nose obstruction. The surgical treatment of CPRS in patients with BA worsens its clinical course which is revealed in the period of postoperative complications.

Key words: surgical treatment, bronchial asthma, chronic polypous rhinosinusitis.

В лечении хронического полипозного риносинусита (ХПРС) широко применяются хирургические методы, целью которых являются восстановление свободного носового дыхания, полное удаление полипозной ткани, максимальное сохранение патологически неизменной слизистой оболочки. Основная возникающая при этом проблема – рецидивирование полипоза. В некоторых случаях рост полипозной ткани настолько интенсивен, что больной вынужден прибегать к хирургическому лечению 2-3 раза в год и чаще. По данным [15], хирургическое и медикаментозное лечение хронического полипозного риносинусита одинаково эффективно.

В настоящее время приоритет в лечении ХПРС переходит от хирургических методов к терапевтическим, а оперативное вмешательство служит вынужденной мерой. Но эту позицию разделяют далеко не все врачи, причем хирургический максимализм особенно характерен для России: операции часто проводятся без должных показаний, обследования и медикаментозной подготовки, что чревато рецидивами полипоза и ухудшением течения бронхиальной астмы (БА) [3].

Частота рецидивов полипоза после хирургических вмешательств составляет около 30%, возрастая у больных БА [10]. Тем не менее, некоторые авторы

считают эндоназальную этмоидэктомию методом выбора, в том числе при сочетании ХПРС с БА [16].

По данным многолетнего наблюдения за больными с ХПРС после проведенной полипэктомии, полипы по истечении 20 лет обнаружены у 85% пациентов, anosmia/гипосмия – у 61% [20]. В проспективном исследовании со средним сроком наблюдения 24 мес. рецидивы полипов после эндоскопического вмешательства возникали с частотой 24%, а при многофакторном анализе предикторами рецидивов оказались только наличие БА или непереносимости нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) [7]. Роль БА как фактора риска рецидивов подтверждена и в работе, которые у больных с тяжелым ХПРС выявили частоту рецидивов до 60% [22].

Среди хирургов сложилось мнение, что оперативное вмешательство при ХПРС не ухудшает течение БА, при этом зачастую оно основано не на использовании объективных методов, а на субъективной оценке [8, 14, 17, 21]. Большинство работ были ретроспективными, практически все – неконтролируемыми, а функция внешнего дыхания оценивалась редко, причем не у всей группы пациентов.

При ретроспективном изучении влияния хирургического лечения на течение аспириновой БА (срок наблюдения 12 лет) обострения астмы в первый год после эндоскопической синусовой хирургии отмечены у 88,9% больных, хотя с течением времени частота обострений снижалась [12]. В другом исследовании среди больных с аспириновой триадой (срок наблюдения 1 год) 20 из 22 человек после операции отметили улучшение, которое сопровождалось положительной динамикой функции внешнего дыхания через год, а также снижением дозы системных (у 3 из 5 больных) и ингаляционных (у 8 из 17) глюкокортикостероидов (ГКС) [13]. При проспективном исследовании (средний срок наблюдения 2,1 года) результатов эндоскопического хирургического вмешательства при массивном полипозе у больных БА улучшение носового дыхания достигнуто у 88%. Операция не повлияла на течение БА у 13 пациентов, сопровождалась минимальным улучшением у 7 и ухудшила ее течение у 6 больных [19]. Таким образом, по данным литературы, улучшение течения БА по субъективной оценке после хирургического лечения ХПРС отмечено в 40-90% случаев, тогда как положительная спирографическая динамика зарегистрирована только в одном, небольшом по числу больных и продолжительности исследований [13].

Авторы изучили динамику показателей функции внешнего дыхания и бронхиальной гиперреактивности по данным теста с карбахолином у 44 больных ХПРС [11]. Исходно гиперреактивность дыхательных путей была выявлена у 22 человек, 17 из которых имели БА. У 21 пациента стартовая терапия интрана-

зальными ГКС в течение 6 недель была успешной, а у 23 она не привела к улучшению, и этим пациентам была произведена эндоназальная этмоидэктомия. У больных, не ответивших на лечение интраназальными ГКС, через 12 месяцев произошло достоверное нарастание степени бронхиальной гиперреактивности ($p=0,018$), а также достоверное снижение $ОФВ_1$. В группе больных, ответивших на лечение ГКС (и не оперированных), эти параметры не изменились. В обеих группах за 12 месяцев не наблюдалось изменений тяжести БА. При наблюдении за этими пациентами в течение 4 лет в группе оперированных больных продолжала нарастать необратимая бронхиальная обструкция при отсутствии динамики бронхиальной гиперреактивности. Остается неясным, связан ли этот феномен с резистентностью к ГКС или же с перенесенной операцией.

Последние десятилетия характеризуются значительным расширением возможностей эндоназальной хирургии, включая эндоскопические вмешательства. Тем не менее, наряду с успехами, целый ряд авторов отмечают возникновение осложнений, связанных с проведением подобных операций [5]. Существует несколько классификаций осложнений, возникающих после эндоназальных вмешательств. По времени возникновения их можно разделить на интраоперационные и послеоперационные. При этом послеоперационный период разделяют на ранний – до 10 дней, когда возникают в основном носовые кровотечения, поздний – от 10 до 30 дней и период динамического наблюдения – больше 1 месяца. В этом периоде чаще всего встречаются такие проблемы как спаечная болезнь, рецидив синусита [2].

Считается, что частые полипотомии особенно нежелательны при сочетании полипозного риносинусита с бронхиальной астмой, так как любое оперативное вмешательство в носовую полость у таких больных чревато возникновением астматического приступа или утяжелением бронхиальной астмы. В то же время [8] не нашли доказательств того, что полипотомия носа приводит к ухудшению течения астмы [18], что хирургические методы по-прежнему играют ведущую роль в лечении носового полипоза, хотя глюкокортикостероиды могут существенно оттянуть применение хирургического вмешательства.

С другой стороны, полипы сильно затрудняют носовое дыхание, раздражают так называемые астмогенные зоны полости носа, способствуя прогрессированию БА [4], вызывая ринобронхиальный рефлекс [1]. Авторы показали, что функциональная эндоскопическая хирургия синусов по поводу полипов не приводит к постоперационному уменьшению симптомов астмы, улучшению вентиляционной функции легких или сокращению количества используемых для лечения астмы препаратов [9]. Важным моментом, увеличивающим вероятность обострения БА после хирургического вмешательства по поводу полипозного синусита, является тампонада носа. Традиционные операции при повторном синусите всегда заканчиваются тампонадой носа и пазух марлевыми тампонами. Удаление тампонов сопровождается болью и кровотечением. Кроме того, тампонада марлевыми турундами способствует активизации микроб-

ной флоры полости носа и околоносовых пазух вплоть до развития синдрома инфекционно-токсического шока. В этих условиях возможность обострения воспалительного процесса очень велика [6].

Таким образом, больным, у которых хроническая обструкция носовых ходов полипами персистирует, несмотря на активное консервативное лечение, оперативное лечение может дать эффект. Однако любая операция на верхних дыхательных путях у больного БА может обострить течение астмы. Поэтому важны поиски щадящих методов лечения этой сочетанной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джандаев С.Ж. Комбинированное лечение хронических полипозных риносинуситов с применением лазера на иттрий-алюминиевом гранате с неодимом: дис. ... канд. мед. наук. Л., 1989. 179 с.
2. Козлов В.С. Осложнения микроэндоскопических эндоназальных реконструктивных вмешательств. Методы профилактики и лечения // Рос. ринолог. 2000. №1. С.16–19.
3. Лопатин А.С. Медикаментозное и хирургическое лечение полипозного риносинусита. Лечение синусита, ассоциированного с бронхиальной астмой // Рос. ринолог. 1999. №1. С.65–67.
4. Лечение полипозной формы аллергического риносинусита у больных бронхиальной астмой / Овчаренко С.В. [и др.] // Врач. 1999. №12. С.28.
5. Пискунов В.С. Исследование аэродинамики воздушного потока в полости носа // Рос. ринолог. 2000. №2. С.12.
6. Бронхиальная астма / под ред. А.Г.Чучалина. М.: Арар, 1997. 431 с.
7. Albu, S. Recurrence rates in endonasal surgery for polyposis / Tomescu E. [et al.] // Acta Otorhinolaryngol. Belg. 2004. Vol.58, №1. P.79–86.
8. The effect of endoscopic sinus surgery on asthma: management of patients with chronic rhinosinusitis, nasal polyposis, and asthma / Dunlop G. [et al.] // Am. J. Rhinol. 1999. Vol.13, №4. P.261–265.
9. Effect of functional endoscopic sinus surgery on bronchial asthma outcomes / Goldstein M.F. [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1999. Vol.125, №3. P.314–319.
10. Hosemann W. Surgical treatment of nasal polyposis in patients with aspirin intolerance // Thorax. 2000. Vol.55 (Suppl.2). P.S87–S90.
11. Long-term follow-up of pulmonary function in patients with nasal polyposis / Lamblin C. [et al.] // Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2000. Vol.161. P.406–413.
12. Long-term asthma outcomes after endoscopic sinus surgery in aspirin triad patients / Loehrl T.A. [et al.] // Am. J. Otolaryngol. 2006. Vol.27, №3. P.154–160.
13. Effects of sinus surgery on asthma in aspirin triad patients / Nakamura H. [et al.] // Acta Otolaryngol. 1999. Vol.119, №5. P.592–598.
14. The role of functional endoscopic sinus surgery in asthmatic patients / Park A.H. [et al.] // J. Otolaryngol. 1998. Vol.27, №5. P.275–280.
15. Treatment of chronic rhinosinusitis and its effects on asthma / Ragab S. [et al.] // Eur. Respir. J. 2006.

Vol.28, №1. P.68–74.

16. Endonasal ethmoidectomy in naso-sinusal poliposis: Results in 110 surgically treated patients / Simon D. [et al.] // Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac. 1995. Vol.112, №8. P.359–366.

17. Predictive factors and outcomes in endoscopic sinus surgery for chronic rhinosinusitis / Smith T.L. [et al.] // Laryngoscope. 2005. Vol.115, №12. P.2199–2205.

18. The effectiveness of steroid treatment in nasal polyposis / Tuncer U. [et al.] // Auris Nasus Larynx. 2003. Vol.30, №3. P.263–268.

19. Functional endoscopic sinus surgery in the treat-

ment of massive polyposis in asthmatic patients / Uri N. [et al.] // J. Laryngol. Otol. 2002. Vol.116, №3. P.185–189.

20. Nasal polyposis: clinical course during 20 years / Vento S.I. [et al.] // Ann. Allergy Asthma Immunol. 2000. Vol.85, №3. P.209–214.

21. Microscopic endonasal sinus surgery (MESS) in nasal polyposis: long term results / Wielgosz R. [et al.] // Otolaryngol. Pol. 1996. Vol.50, №5. P.490–499.

22. Wynn R. G.Har-El. Recurrence rates after endoscopic sinus surgery for massive sinus polyposis // Laryngoscope. 2004. Vol.114, №5. P.811–813.

Поступила 16.10.2009

*Элла Владимировна Захарова, научный сотрудник,
675000, г. Благовещенск, ул. Калинина, 22;
Ella V. Zakharova,
22 Kalinin Str., Blagoveshensk, 675000;
E-mail: cfpd@amur.ru*



УДК 616.21-089(615.849.19+616-072.1)

А.А.Блоцкий?, Н.В.Шмелёва?

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*?ГОУ ВПО Амурская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития РФ,
Дальневосточный центр физиологии и патологии дыхания Сибирского отделения РАМН,
Благовещенск*

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе представлены сведения, касающиеся современных хирургических методов лечения в оториноларингологии. Описаны преимущества эндоскопических оперативных вмешательств с использованием высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии.

Ключевые слова: лазерная хирургия, эндоскопические операции.

SUMMARY

A.A.Blotsky, N.V.Shmeleva

APPLICATION OF LASER AND ENDOSCOPIC SURGERY IN OTORHINOLARYNGOLOGY (REVIEW)

The data regarding modern surgical methods of treatment in otorhinolaryngology are presented in this article. The advantages of endoscopic surgery with the application of high-energy laser emission in otorhinolaryngology are described.

Key words: laser surgery, endoscopic operations.

Высокоинтенсивное лазерное излучение нашло применение в хирургической практике для разогрева, резки, коагуляции, иссечения, vaporизации, разъединения и сварки биологических тканей [28].

Преимущества лазерного воздействия перед традиционными хирургическими методами заключаются в надежном гемостазе, сокращении времени вмешательства, селективности, асептичности, абластичности, хороших функциональных результатах, уменьшении количества осложнений, что позволяет при выборе определенной длины волны излучения локально разрушать патологические ткани без риска повреждения окружающих структур. Высокая степень фокусировки обеспечивает возможность выполнения микрохирургических вмешательств в труднодоступных областях [7, 16, 23, 24, 28].

В современной лазерной хирургии используются различные эффекты взаимодействия высокоэнергетического лазерного излучения с биологической тканью, такие, как коагуляция, сильный нагрев и испарение, абляция, оптический пробой и гидравлический удар. Биологические эффекты при взаимодействии лазерной энергии и ткани зависят от физических параметров излучения: длины волны, мощности и экспозиции [16, 22, 23, 28, 36].