

Современные подходы к лечению полипозных синуситов

Лихолап О.Б.¹, Войтко Т.А.²

¹УЗ «9 городская клиническая больница, г. Минск»

²УО «Белорусский Государственный медицинский университет»

Хронический полипозный синусит относится к числу наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Распространенность полипоза у больных бронхиальной астмой достигает 25%-36%, кроме того, полипоз носа является довольно частым проявлением системных процессов. В последние годы отмечается возрастание удельного веса данного заболевания в структуре патологии носа и околоносовых пазух, что связано с изменениями экологии, возрастанием количества бактериальных, вирусных и профессиональных патогенных факторов. По данным ряда авторов показатель обращаемости в поликлиники по поводу данного заболевания составляет в среднем 5,1 на 10000 человек [4, 5].

До настоящего времени, нет единого взгляда на этиологию носовых полипов. Известно, что в патогенезе полипозного риносинусита имеет значение хроническое воспаление, изменение свойств гликопротеинов базальной мембраны, вазодилатация, экссудация, отложение фибрина и его организация. Суммированное представление об известных патогенетических звеньях этого заболевания показывает, что полипоз полости носа является многофакторным заболеванием.

Следует отметить, что какова бы не была природа происхождения полипов, клинические проявления этого заболевания однотипны практически у всех пациентов. Пациенты с носовыми полипами страдают частичной или полной носовой обструкцией, гипосмией, ринореей, головной болью. Симптомы полипоза носа носят чаще постоянный или прогрессирующий характер, и, как правило, тяжело переносятся больными, неблагоприятно сказываются на состоянии центральной нервной системы, в

результате чего нарушается сон, трудоспособность, умственные способности. При полипозном поражении остеомеатального комплекса, нарушаются дренажная и вентиляционная функция околоносовых синусов носа и в них возникают патологические состояния, начиная от острых гнойных процессов до хронических гнойно-гиперплазивных, наличие которых усугубляет течение полипоза носа. Так как полость носа при полипозной гиперплазии является местом патологической рефлекторной импульсации, зоной проникновения аллергенов, микроорганизмов и источником сенсibilизации организма, то это служит важным звеном в патогенезе хронических обструктивных заболеваний легких и бронхиальной астмы [4].

У пациентов с полипами носа имеется четкая взаимосвязь между наличием патологического процесса в верхних дыхательных путях с возникновением и развитием заболевания в нижних отделах дыхательных путей. Поэтому в комплексной терапии заболеваний органов дыхания, протекающих с синдромом бронхиальной обструкции, как острых, так и хронических, важное значение придается санации носоглотки. Полипоз носа не является угрожающим жизни заболеванием, но его наличие существенно ухудшает качество жизни пациентов

Современные подходы к лечению носовых полипов должны базироваться на достижениях терапевтического и хирургического воздействия. Трудности лечения полипоза носа обусловлены как сложностью патогенеза, так и нередким сочетанием его с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, в том числе с бронхиальной астмой. Ряд исследователей [2] подчеркивают, что успех лечения пациентов с полипозом в решающей степени обусловлен выбором его вида в зависимости от выраженности процесса в полости носа. Поэтому непосредственными результатами разрабатываемых схем ведения больных с полипозным поражением носа должны быть комплексные методы лечения, учитывающие стадию процесса полипообразования и его распространенность. Консервативное лечение направлено на улучшение мукоцилиарного очищения полости носа и

включает: носовой душ (промывание полости носа физиологическим или гипертоническим раствором натрия хлорида), антибактериальную терапию (по показаниям), а также использование топических (назальных) кортикостероидов (мометазон фуорат, флутиказон, беклометазон)[1]. В настоящее время на белорусском фармацевтическом рынке появляются современные эндоназальные глюкокортикостероиды—Будесонид-интели («Максфарма»). Этот препарат оказывает выраженное противовоспалительное действие при интраназальном введении в дозе 64 мкг при лечении аллергических и вазомоторных ринитов и полипозных синуситов. Препарат ингибирует высвобождение медиаторов воспаления и ответ цитокинами. Профилактическое применение будесонида назального оказывает защитное действие против гипер-ответа и эозинофилии, индуцированной назальной стимуляцией. При местном использовании препарата не отмечено системного действия глюкокортикостероидных препаратов, так как будесонид не метаболизируется в слизистой оболочке носа, а подвергается интенсивной биотрансформации в печени с образованием метаболитов с низкой кортикоидной активностью. Метаболизм будесонида назального опосредован преимущественно CYP3A4, подсемейство цитохрома P₄₅₀. Современное фармакотерапевтическое лечение полипозного риносинусита носит патогенетический характер, поскольку оно направлено на блокирование эффектов биологически активных веществ и клеток, непосредственно участвующих в развитии патологического процесса. Необходимо более детальное изучение этиологии и патогенеза этого заболевания, создание необходимой базы для разработки новых высокоэффективных и безопасных медикаментозных средств, которые могли бы позволить добиваться если не излечения, то хотя бы продолжительной ремиссии.

Существующие различные виды хирургического лечения полипоза направлены на механическое устранение полипозной ткани, санацию полости носа, улучшение носового дыхания, остаются симптоматическими и недостаточно эффективными для предупреждения рецидивирования. Диапазон методов

хирургического лечения полипозного риносинусита очень широк - от повторных полипотомий, производимых 2-3 раза в год при рецидивах, до различных способов полисинусотомии, включающих вскрытие всех или нескольких околоносовых пазух с использованием эндо-, транс- и экстраназального доступов или их комбинаций [3]. Высокий процент рецидивов (от 20% до 40%), даже после тщательно выполненной операции, вызывает необходимость развить методы хирургического лечения, позволяющие радикально удалять все оставшиеся участки полипозно-измененной слизистой оболочки. Но хирургическое лечение воздействует лишь на конечный результат патологического процесса, не влияя на звенья патогенеза полипоза, поэтому современным подходом лечения полипозного синусита считается комбинированная терапия – сочетание консервативного и хирургического методов. Так, например, при сочетании полипозного синусита с бронхиальной астмой до операции проводится месячный курс лечения топическими стероидами, потом 10-дневный системными стероидами и снова эндоназальными глюкокортикоидами в течение 3-6 месяцев[5].

Литература:

1. Козлов В.С. //Роль и значение интраназальных кортикостероидов в лечении риносинуситов.// Российская ринология. – 2003. -№3
- 2.Лопатин А.С. //Принципы общей и местной стероидной терапии в лечении полипозного риносинусита.// Российская ринология 1996.- №2-3
- 3.Пискунов Г.З. ,Лопатин А.С. //Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух.// –М.:Б.и. 1992.
- 4.Рязанцев С.В.// Полипозные риносинуситы у больных с бронхообструктивным синдромом. // Новости оториноларингологии. 2000.-№3.
- 5.Садовский В.И.// Полипозный риносинусит. Новый взгляд на проблему.// Медицинский вестник. №19.2011.

Лихолап Ольга Богдановна, врач оториноларинголог ЛОР-отделения УЗ «9
ГКБ», olikholap38@gmail.com