

*О.М. НАУМЕНКО, В.П. ТЕРЕЩЕНКО, В.М. ЮЩЕНКО*

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПОЛІПОЗНИЙ РИНОСИНУЇТ**

*Каф. оториноларингології Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця*

Поліпозний риносинусит (ПРС) – поширене хронічне захворювання СО порожнини носа та навколоносових пазух [2, 3, 7, 10]. Воно за розповсюдженістю займає друге місце серед ЛОР-патологій [1, 4], має запально-алергічну природу і характеризується розвитком та рецидивуючим ростом поліпів, які складаються переважно з набряклої тканини, інфільтрованої еозинофілами [1, 6]. Незважаючи на те, що в літературі наводяться результати значної кількості досліджень, присвячених вивченню різних аспектів етіології, патогенезу, консервативного лікування та хірургічного втручання при синуситі, тенденції до зменшення захворюваності на ПРС не спостерігається [5, 9]. Актуальність даної проблеми обумовлена не лише зростанням захворюваності на ПРС, а й тяжким перебігом та частим рецидивуванням процесу [8].

Актуальність розробки нових підходів до лікування пацієнтів із запальними процесами у верхньощелепних пазухах можна обґрунтувати також високим ризиком розвитку їх ускладнень.

Патогенез поліпозу носа до теперішнього часу багато у чому не визначений, хоча вказується на його зв'язок з іншою патологією дихальних шляхів (гіперчутливістю до аспірину, бронхіальною астмою). Сучасні дослідження показали, що поліпоз не є суто алергічним захворюванням, як вважалось раніше.

### ***Матеріал і методи***

Під час виконання цієї роботи загалом було оглянуто та обстежено різними методами 120 хворих на рецидивуючий і вперше виявлений поліпозний риносинусит, розподілених на 2 групи.

Основна група (1-а) – дані поглибленого клінічного спостереження за 60 хво-

рими, які лікувались у 2005-2011 рр. в КМКЛ № 1 і отримували в післяопераційному періоді протирецидивну терапію КС, фенспірид, гемостатичну губку «Тахокомб», зрошену розчином декаметоксину.

Контрольна група (2-а) – дані поглибленого клінічного спостереження за 60 хворими, які лікувались у 2005-2011 рр. в КМКЛ № 1 і котрим в післяопераційному періоді призначена традиційна схема протирецидивної терапії КС. Вона розглядалась нами в якості нозологічного контролю (групи порівняння) відносно хворих на ПРС.

Основна група пацієнтів була максимально однорідна за професійно- побутовими параметрами. Обидві групи обстежуваних однорідні за статтю, тобто у кожній з них було порівну чоловіків та жінок, середній вік складав  $45 \pm 5$  років.

До і після лікування у хворих на ПРС було вивчено функціональний стан слизової оболонки порожнини носа (транспортна активність миготливого епітелію, нюхова функція, величина опору повітря у порожнині носа).

Серед осіб основної групи було найбільше вперше виявленого ПРС: у 20 (33,3%) чоловіків та 19 (31,6%) жінок відповідно, загалом – 39 осіб (65%). Рецидивування ПРС 1-2 рази у хворих протягом життя спостерігалось у 17 (28,3%) – у 8 (13,3%) чоловіків та 9 (15%) жінок. Рецидивування ПРС 3 і більше разів у пацієнтів протягом життя відмічено 4 особи (6,7%) – в одного (1,7%) чоловіка та 3 (5%) жінок.

Для морфологічного дослідження використовувався операційний матеріал СО порожнини носа у 68 хворих на хронічний поліпоз носової порожнини та навколоносових пазух, серед котрих було 54% чоловіків та 46% жінок та переважали особи зрі-

лого вікового діапазону – 35-55 років (59%).

У 68 обстежуваних з ПРС були застосовані методи патоморфологічного аналізу для вивчення біоптатів поліпозно зміненої СО порожнини носа та визначена їх інформативність.

Інтраопераційний матеріал досліджувався світлооптично й електронно-мікроскопічно. Одразу ж після видалення фрагменти СО оброблялись відповідно до подальшого аналізу.

Лікування 120 хворих на поліпозний риносинусит полягало в хірургічному втручанні та медикаментозній терапії. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: основна і контрольна (по 60 осіб у кожній). Хірургічне втручання полягало в поліпоектомії, гайморотомії та одночасній корекції супутньої патології порожнини носа. Кожна група розподілялась за ураженням навколососових пазух на 2 клінічні підгрупи: А – ізольоване ураження етмоїдальних пазух (у 38); Б – поширена форма з ураженням етмоїдальної пазухи та залученням однієї або обох верхньощелепних пазух (у 22).

В післяопераційному періоді проводилося лікування топічним кортикостероїдом – мометазона фууроатом в аерозольній формі. Пацієнти з контрольної та основної груп використовували даний препарат однаково: 1 міс до хірургічного втручання та 3 міс після нього по 2 вприскування по 50 мкг в кожний носовий хід двічі на добу (сумарна добова доза – 400 мкг) протягом 2 тижнів до операції. Потім доза знижувалась до 2 вприскувань в кожний носовий хід 1 раз на добу (сумарна добова доза – 200 мкг).

Враховуючи отримані дані гістологічного, селективного гістохімічного та електронно-мікроскопічного дослідження, було запропоновано схему післяопераційного та протирецидивного лікування, яка була застосована в основній групі.

Патоморфологічне дослідження дало можливість розмежувати кілька типів носових поліпів: едематозний (у 44% хворих), фіброзапальний (у 29%), з гіперплазією залоз (у 7%), змішані типи – едематозний + фіброзапальний – (у 19%) та фіброзапальний + гіперплазія залоз (у 1%). На основі отриманих даних було сформовано дві гру-

пи – основну та контрольну. В основній групі разом з базовою терапією у післяопераційному періоді застосовувалась патогенетично направлена протирецидивна схема медикаментозного лікування. Група нозологічного контролю отримувала тільки базову терапію у вигляді назального кортикостероїду (мометазона фууроат).

В основній групі виконувалось хірургічне втручання з приводу поліпозного риносинусита, призначалась топічна кортикостероїдна терапія, застосовувався препарат фенспірид та гемостатична губка, яка попередньо змочувалась розчином декаметоксину і укладалася на раневу поверхню слизової оболонки порожнини носа. Останній також використовувався для промивання верхньощелепних пазух після проведеної гайморотомії. У групі нозологічного контролю проводились хірургічні втручання з приводу поліпозного риносинуситу та топічна кортикостероїдна терапія. Верхньощелепні пазухи у післяопераційному періоді промивались розчином фурациліну в розведенні 1:5000. Симптоматична терапія принципово не відрізнялась в обох групах хворих.

Дані цієї таблиці свідчать про те, що після хірургічного втручання суттєво знизилась транспортна функція миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа, проте відновлення даного показника протягом 3 міс в основній групі відбувалося швидше, а ніж у контрольній –  $35,1 \pm 1,25$  хв. та  $39,4 \pm 1,2$  хв., відповідно.

Аналіз результатів цього дослідження показав, що стан транспортної функції миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа після операції відновлюється у більшості хворих основної групи до кінця року ( $29,2 \pm 1,75$  хв.), тоді як в контрольній групі показники були дещо нижчими і дорівнювали  $35,7 \pm 2,2$  хв.

На другий рік було зафіксовано зниження транспортної функції миготливого епітелію як в основній, так і в контрольній групах:  $34,6 \pm 2,2$  хв. та  $38,1 \pm 2,7$  хв., відповідно.

Наприкінці, підсумовуючи результати хірургічного втручання у пацієнтів основної групи та групи контролю, ми можемо констатувати наступне. Використані нами методи хірургічної корекції у осіб з ПРС та ізо-

льованим ураженням етмоїдальних пазух, а також з ПРС і ураженими одночасно етмоїдальними та однією або двома верхньощелепними пазухами із застосуванням ендоскопічної техніки та малоінвазивних методик у поєднанні з запропонованою нами схемою

лікування дають позитивний результат як в найближчому, так і у віддаленому післяопераційному періодах. Це підтверджується об'єктивними показниками носового дихання і даними риноскопичного дослідження у таких хворих.

Таблиця 1

Показники динамічного спостереження за транспортною функцією миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа у передопераційному періоді та після хірургічного втручання

Періоди спостереження	Групи хворих на ПРС	
	основна	контрольна
	досліджувані показники (M±m)	
До лікування	46,8±0,65 хв.	45,3±0,7 хв.
Через 3 міс після операції	35,1±1,25 хв.	39,4±1,2 хв.
Через 1 рік після операції	29,2±1,75 хв.	35,7±2,2 хв.
Через 2 роки після операції	34,6±2,2 хв.	38,1±2,7 хв.

*Примітка.* Статистичний показник достовірності між основною групою та групою нозологічного контролю:  $p < 0,05$ .

Таблиця 2

Показники носового дихання (ОПВД) в різні терміни після хірургічного лікування хворих на ПРС основної групи та групи нозологічного контролю (норма – 1,14±0,051)

Період спостереження після хірургічного втручання	Групи хворих на ПРС			
	основна		контрольна	
	підгрупа А	підгрупа Б	підгрупа А	підгрупа Б
	Показники ОПВД (M±m)			
Через 3 міс після лікування	1,44±0,076	1,66± 0,071	1,78±0,071	1,73±0,062
Через 1 один рік	1,24±0,072	1,42±0,047	1,37±0,068	1,51±0,067
Через 2 роки	1,36±0,055	1,45±0,063	1,46±0,078	1,66±0,068

*Примітка.* Статистичний показник достовірності між основною групою та групою нозологічного контролю –  $p < 0,05$ .

Застосування декаметоксину в основній групі у підгрупі Б проводилось шляхом зрошування ним гемостатичної губки, котра потім укладалась під середню носову рако-

вину та у верхньощелепну пазуху в місце видалення поліпів. Розчин декаметоксину використовувався також для промивання верхньощелепної пазухи на другий день піс-

ля операції. Для цього підігрітий до 38<sup>0</sup>С розчин вводився у верхньощелепну пазуху через розширене природне співустя і рідко - через троакарний отвір передньої стінки верхньощелепної пазухи по перехідній складці у вестибулярній ділянці рота над 5-6-ми верхніми зубами. Промивання верхньощелепних пазух проводилось щодня до повного очищення промивної рідини від згустків та слизу. Основними критеріями, за якими оцінювалась ефективність терапії, була тривалість лікування хворого в стаціонарі не більше 5 діб. В основній групі 22 (100%) пацієнти підгрупи Б перебували в стаціонарі протягом 5 та менше діб, а в групі контролю таких було всього 10 (45,5%). Без сумнівів, у більшості випадків хворі не знаходяться в стаціонарі до повного відновлення носового дихання та загоєння раневої поверхні СО порожнини носа і верхньощелепної пазухи. Невеликий набряк цієї СО за відсутності гнійних виділень з носа може бути долікований амбулаторно. Отже, на наш погляд, це не зменшує цінності досліджуваного показника в якості порівняльного критерію.

Іншим, не менш важливим критерієм є нормалізація температури тіла протягом ≤ 5 діб. В основній групі всі 22 (100%) пацієнти з підгрупи Б, мали нормальну температуру тіла через 5 та менше діб на відміну від групи контролю, в якій нормалізація температури тіла спостерігалась тільки у 16 (72,7%).

Зникнення набряку СО верхньощелепної пазухи визначалось за допомогою ендоскопів через розширене природне співустя або через троакарний отвір. Результат застосування декаметоксину в основній групі засвідчив цілковиту відсутність її набряку на 7-й день у 21 (95,5%) хворого, що значно краще, ніж в групі нозологічного контролю тієї ж підгрупи – у 12 (54,5%) хворих.

Не менш важливим показником є виявлення ексудативного вмісту під час промивання у післяопераційному періоді верхньощелепної пазухи. Достовірно нижчий показник був у пацієнтів основної групи (з підгрупи Б): ексудат залишався у 4 (18,2%) з них, а в групі контролю – у 15 (68,2%).

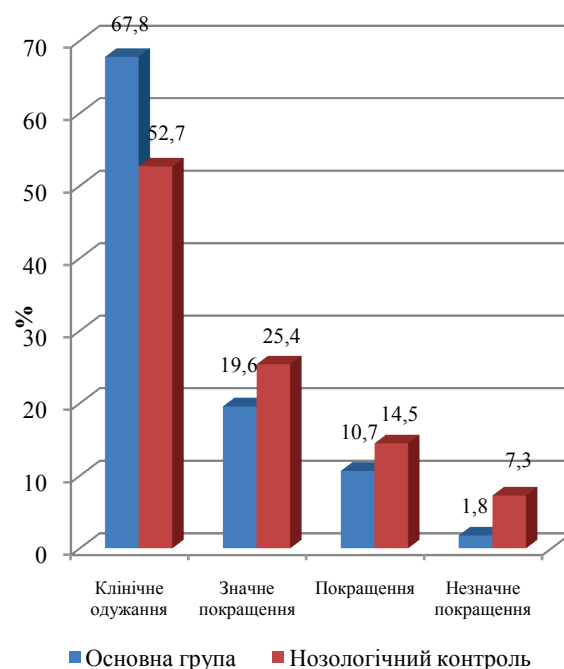
І нарешті, при спостереженні за прооперованими хворими ми оцінювали частоту виникнення післяопераційного синуїту про-

тягом 3 міс з моменту операції. В основній групі (підгрупа Б) у одного хворого (4,5%) виник післяопераційний синуїт, а в групі нозологічного контролю – в 22,7% випадків.

Таким чином, дані проведених клінічних досліджень свідчать про безсумнівну перевагу застосування 0,02% розчину декаметоксину порівняно з розчином фурациліну (в розведенні 1:5000).

При оцінці ефективності проведеного комбінованого лікування хворих основної групи (n =56) за запропонованою нами схемою через 2 роки виявлено наступне

Клінічне одужання відмічено у 18 (46,4%) чоловіків та 20 (35,7%) жінок, тобто всього у 38 (67,8%) обстежених цієї групи, значне покращання після комбінованого лікування в основній групі мало місце у 5 (8,9%) чоловіків та 6 (10,7%) жінок, тобто у 11 (19,4%) осіб; покращання – у 3 (5,3%) чоловіків та 3 (5,3%) жінок, всього у 6 (10,7%); незначне покращання – лише в одного (1,8%) (зрозуміло, що таким самим був і сукупний показник).



Результати порівняльного аналізу ефективності запропонованих хірургічних та медикаментозних методів лікування через 2 роки.

При цьому за аналізом ефективності застосованого комбінованого лікування пацієнтів групи нозологічного контролю (n=55)

через 2 роки клінічне одужання мало місце у 14 (25,4%) чоловіків та 15 (27,3%) жінок, тобто всього у 29 (52,7,8%); значне покращання зареєстровано у 8 (14,5%) чоловіків та 6 (10,9%) жінок, загалом у 14 (25,4%); покращання – у 3 (5,3%) чоловіків та 5 (5,4%) жінок, всього у 8 (14,5%); незначне покращання було у 2 (3,6%) чоловіків та у 2 (3,6%) жінок, тобто у 4 (7,3%) (див. графік).

#### **Висновки**

Результати порівняльного аналізу дозволяють відмітити, що через 2 роки ефек-

тивність проведеного за запропонованою нами схемою післяопераційного лікування складає 15,1%, а саме: «клінічне одужання» в основній групі спостерігалось у 67,8% пацієнтів (в групі контролю – у 52,7%), а незначне покращання – у 1,8% з основної групи та у 7,3% з групи нозологічного контролю, що дозволяє рекомендувати призначення фенспіриду, гемостатичної губки «Тахокомб» та декаметоксину у хворих на ПРС в післяопераційному періоді у поєднанні з мометазона фураоатом.

1. Безшапочный С. Б. Результаты применения препарата «Синуфорте» в лечении больных острым гнойным риносинуситом / С. Б. Безшапочный // Ринология. – 2004. – № 3. – С. 63-64.
2. Белобородова Н. В. Эффективность новой двукратной формы амоксициллина клавуланата при риносинуситах у детей / Н. В. Белобородова, А. Б. Окатовская, Т. И. Гаращенко // Педиатрия. – 2005. – Прилож. 1. – С. 8-10.
3. Джарвіс Д. Запалення слизової пазух носової порожнини / Д. Джарвіс // Будьмо здорові. – 1998. – № 2. – С. 13.
4. Дорошенко П. М. Імунокоригуюча терапія алергічного риніту у дорослих та дітей / П. М. Дорошенко, Я. М. Волошин // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – Дод. до № 3. – С. 202-203.
5. Захарова Г. П. Особенности двигательной активности и ультраструктурной организации реснитчатого эпителия у больных хроническим полипозным и полипозно-гнойным ринусинуситом / Г. П. Захарова, Е. В. Ильинская, В. В. Шабалин // Рос. оториноларингология. – 2005. – № 6. – С. 3-7.
6. Иволга Т. И. Сравнительная оценка эффективности цитокинов в комплексном лечении больных полипозным риносинуситом и триадой Видаля: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. И. Иволга. – СПб, 2003. – 20.
7. Параназальные синуситы / [В. Т. Пальчун и др.]. – М., 1982. – С. 22-25.
8. Сидоренко Н. М. Значення анамнестичних факторів у формуванні прогнозування хламідної етіології хронічного риносинуситу / Н. М. Сидоренко // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 2. – С. 45-48.
9. Bhattacharyya N. Chronic rhinosinusitis: Is the nose really involved? / Bhattacharyya N. // Amer. J. Rhinol. – 2001. – Vol. 15, N 3. – P. 169-173.
10. Peynegre R. Definition. Nasalogie et mecanismes des rhino-sinusites / R. Peynegre // Cah. O.R.L. chir. cervico-fac. et audiophonol. – 2001. – Vol. 36, N 6-7. – P. 292-298.

Надійшла до редакції 09.12.

© О.М. Науменко, В.П. Терещенко, В.М. Ющенко, 2012

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

Науменко А.Н., Терещенко В.П., Ющенко В.Н.  
(Киев)

### Резюме

Обследовано 120 больных, поровну подразделенных на основную и контрольную группы. Применялись клинические, инструментальные, функциональные, статистические методы исследования. До и в отдаленные сроки после лечения (1, 3, 12 и 24 мес) изучено частоту рецидивирования полипозного процесса в полости носа и функциональное состояние её слизистой оболочки. Проведены комплексные патоморфологические исследования полипозной ткани, полученной во время операции. Полипозный риносинусит характеризуется высокой частотой рецидивирования полипов после хирургического вмешательства, наличием большого количества сопутствующих заболеваний полости носа, которые приводят к затруднению носового дыхания. При полипозном риносинусите выявлено изменение физиологических функций полости носа, определено увеличение сопротивления потоку воздуха во время вдоха до полной обструкции в сравнении с практически здоровыми людьми, нарушение транспортной функции мерцательного эпителия и обоняния. Патоморфологическое исследование дало возможность выделить несколько типов носовых полипов. На основании этих данных было сформировано две группы – основную и контрольную. В основной группе одновременно с базовой терапией в послеоперационном периоде использовалась патогенетически направленная противорецидивная схема медикаментозного лечения. Группа нозологического контроля получала только базовую терапию в виде назального кортикостероида (мометазона фуруат). Отмечено более быстрое выздоровление больных из основной группы и восстановление у них физиологических функций полости носа. Зарегистрирована меньшая частота рецидивирования полипозной ткани в полости носа в отдаленных сроках наблюдения.

**Ключевые слова:** полипозный риносинусит, диагностика, патоморфологические исследования, противорецидивное лечение.

## FEATURES DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF POLYPOID CHRONIC RHINOSINUSITIS

Naumenko A.N., Tereshchenko V.P., Yushchenko V.N.  
(Kiyev)

### Summary

The material presented in this paper was obtained during the examination and treatment of 120 patients, of which the control group consisted of 60 patients with PRS. We used clinical, instrumental, functional and statistical methods. Before and after treatment with long-term periods (1, 3, 12 i 24 months) studied the frequency of recurrence polypoid process in the nasal cavity and the functional state of the mucous membrane. Were carried out complex pathomorphological research of polypoid tissue, which was received during surgery. Polypoid chronic rhinosinusitis is characterized by the frequency of recurrence of polyps after surgical treatment, the presence of a large number of concomitant diseases of the nasal cavity, which lead to difficulty nasal breathing. Patients of polypoid rhinosinusitis revealed violations of the physiological functions of the nasal cavity, defined by an increase in resistance to air flow during inspiration to total obstruction in comparison to healthy persons, nasal mucociliary clearance and olfactory function. Pathomorphological study made it possible to distinguish several types of pathology of nasal polyps. Based on the data was formed two groups – basic and control. In the main groups in conjunction with basic therapy in the postoperative period was used pathogenesis of anti-directed scheme of medical treatment. Control group received only basic therapy in the form of a nasal corticosteroid mometasone furoate. Noted a more rapid recovery of patients.

**Key words:** polypoid rhinosinusitis, diagnosis, pathomorphological study, antirecurrent therapy.