

Разнообразие подходов при лечении хронического полипозного риносинусита

Д.Д. Каляпин

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР» Минздрава России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

Хронический полипозный риносинусит — одна из наиболее актуальных проблем современной оториноларингологии. Носовые полипы известны человечеству с глубокой древности. Однако по сей день процессы полипообразования остаются недостаточно изученными, а полипозные риносинуситы — широко распространенными. Достойным упоминания является и тот факт, что на данный момент во всем мире не существует единых стандартов лечения пациентов с данной патологией. Из большого количества предложенных вариантов консервативного и хирургического лечения многие имеют ограничения в использовании, как медицинские, так и экономические. Даже в пределах нашей страны в разных регионах и разных лечебных учреждениях больные полипозным риносинуситом могут лечиться различными способами. В данной обзорной работе собраны сведения об эволюции представлений о лечении полипозного процесса в полости носа, рассмотрены различные современные подходы к решению терапевтических и хирургических задач лечения, а также намечены предпосылки к созданию новых технологий.

Ключевые слова: хронический полипозный риносинусит, полипы, хирургическое лечение, консервативная терапия.

Для цитирования: Каляпин Д.Д. Разнообразие подходов при лечении хронического полипозного риносинусита // РМЖ. 2018. № 3(II). С. 67–70.

ABSTRACT

A variety of approaches to the treatment of chronic rhinosinusitis polyposa
Kalyapin D.D.

St. Petersburg scientific research Institute of Ear, Nose, Throat and Speech

Chronic rhinosinusitis polyposa is one of the most urgent problems in modern otorhinolaryngology. Nasal polyps are known since ancient times. However, the processes of polypogenesis haven't been sufficiently studied until now, and the problem of rhinosinusitis polyposa is still widespread. It is worth mentioning, that at the moment there are no uniform worldwide standards for treating patients with this pathology. Most of options proposed for conservative and surgical treatment have limitations in use, both medical and economic. Even in different regions and different medical institutions of our country patients with nasal polyps can be treated in various ways. In this review, we collect data about the evolution of the medical knowledge in the treatment of the polypous process in the nasal cavity, consider various modern approaches to the solution of therapeutic and surgical tasks in the treatment, as well as the prerequisites for the creation of new technologies.

Key words: chronic rhinosinusitis polyposa, polyps, surgical treatment, conservative therapy.

For citation: Kalyapin D.D. A variety of approaches to the treatment of chronic rhinosinusitis polyposa // RMJ. 2018. № 3(II). P. 67–70.

На данный момент статистика заболеваемости хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) позволяет рассматривать данную патологию как одну из наиболее актуальных в современной мировой оториноларингологии [1]. Однако в мире не существует общепризнанного стандарта лечения данного заболевания. Из большого числа существующих подходов к лечению ХПРС многие не могут быть по тем или иным причинам интегрированы в реальную практику. В РФ в различных лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) пациентам с ХПРС оказывается разный объем медицинской помощи в зависимости от финансовых возможностей и квалификации врачей.

Лечение ХПРС осуществляется консервативными и инвазивными методами. Наиболее древние способы, которые применялись еще в античный период истории человечества, были высокоагрессивными [1]. С тех пор лечение

продвинулось далеко по пути уменьшения инвазивности и применения лекарственной терапии [2]. На современном этапе многие научные работы рассматривают оперативное лечение и лекарственную терапию с помощью интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС) как равноправные, а также рекомендуют использовать их как взаимодополняющие методы [1–5].

ОПЕРАТИВНЫЕ ПОДХОДЫ

Наиболее старым способом, который остается актуальным и сегодня во многих ЛПУ, является петлевая полипотомия, которая может быть дополнена вскрытием околоносовых пазух (ОНП). Технический аспект этого вмешательства подразумевает удаление полипов холодным инструментом, эвакуацию патологического содержимого ОНП и местное

лечение. Данная процедура выполняется при прямом визуальном контроле лечащего врача. Она эффективно устраняет полипозные вегетации, но не лишена значительных недостатков [4, 6–8]. К ним можно отнести неполное удаление полипозной ткани и травматичность, которая требует послеоперационной реабилитации даже при выполнении операции под местной анестезией. В течение восстановительного периода у пациента может развиваться выраженный хронический болевой синдром, требующий применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), а также имеется риск осложнений (кровотечение, гнойно-септическая инфекция, избыточное рубцевание) (табл. 1). Более того, хирургическое лечение при отсутствии поддерживающей гормональной терапии не справляется с задачей обеспечить длительную ремиссию, что обрекает пациента на повторное оперативное лечение. Вскрытие ОНП приводит к выраженному снижению дренажной функции пазух за счет реактивных морфологических изменений. Такой подход целесообразен при отсутствии в ЛПУ эндоскопического оборудования и квалифицированных консервативных специалистов. В этих случаях поддерживающая консервативная терапия (ГКС, антибактериальные препараты, НПВП и др.) [8] увеличит эффективность лечения, уменьшит вероятность осложнений, максимально отдалит наступление рецидива, повысит комплаентность.

В конце прошлого века в хирургическую практику вошел инструментальный комплекс нового поколения, который произвел революцию в ринохирургии. Выдающиеся достижения в сфере оптической и оптоволоконной физики конвертировались в создание функциональной эндоскопической ринохирургии (FESS — Functional Endoscopic Sinus Surgery). Этот подход быстро стал очень популярным у ЛОР-специалистов и нашел применение при многих заболеваниях в ринологии, в т. ч. при ХППС. В дальнейшем эндоскопическое сопровождение позволило перейти к хирургии эндоназальных доступов с последующим применением усиленных инструментов, в частности микродебридорных технологий при лечении полипов [9]. Метод быстро заслужил доверие у ЛОР-сообщества в силу его значимых преимуществ [1, 4, 10]. Низкая травматичность сократила частоту осложнений, продолжительность восстановительного периода, уменьшила степень повреждения естественных структур (табл. 1). К тому же некоторые диагностические и лечебные процедуры стали возможны для реализации в амбулаторных условиях [2]. Немаловажное значение имеет улучшенная визуализация анатомических структур.

Новое поколение инструментов вместе с улучшенными возможностями для визуального контроля помогли

сократить число технических ошибок при выполнении вмешательства и улучшить его качество [8–10]. Во многом из-за этого последние европейские рекомендации по лечению ХППС EPOS 2012 позиционируют эндоскопическую хирургию FESS в качестве эталонного метода оперативного лечения. Более того, на этот метод некоторые специалисты возлагают определенные надежды как на шанс второго рождения метода пересечения видиева нерва, который предлагали Голдинг и Вуд еще в 1960-е годы [1]. Считается, что эту возможность можно будет технически реализовать с помощью доступа к видиеву нерву через заднюю стенку верхнечелюстной пазухи.

Необходимо упомянуть о лазерных технологиях, нашедших применение в лечении ХППС. Однако в научных работах последнего времени показано, что применение лазера не имеет значимых преимуществ перед FESS. Поэтому на сегодняшний день наиболее адекватная и обоснованная ниша для лазерных технологий — это паллиативная терапия пациентов со специфической сопутствующей соматической патологией, нарушением гемостаза [1].

В 2004 г. американскими специалистами был предложен новый метод лечения хронических синуситов — баллонная синусопластика. Так же как и при баллонной ангиопластике, которая с успехом применяется в современной кардиохирургии, принцип метода заключается в механическом расширении соустья ОНП раздуваемым баллоном. С помощью образовавшегося просвета в пазухе ЛОР-врач получает удобный доступ к ОНП с минимальной травматизацией. Преимущество баллонной синусопластики заключается в почти предельной малоинвазивности и физиологичности [2, 8, 11]. Использование баллонной синусопластики при ХППС не имеет выраженных особенностей и обусловлено ее общими преимуществами [2].

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

По причине огромного количества патофизиологических теорий полипообразования к середине прошлого века был опробован широкий спектр лекарственных средств (ЛС) для лечения полипоза. Однако этот ассортимент значительно сократился ввиду практической неэффективности многих препаратов [9]. Наиболее успешной группой ЛС оказались ГКС, которые были предложены эмпирически и первоначально применялись у больных с сопутствующей бронхиальной астмой. Специалисты обнаружили, что употребление системных ГКС, а затем и топических, приводило к выраженной деградации полипообразования [1, 3, 9, 12–14].

Современная наука знает, что фармакодинамика гормональных препаратов оказывает действие на процесс воспаления и, как оказалось, на процесс полипообразования тоже [5, 9]. ГКС уменьшают число мастоцитов и продуцируемых ими провоспалительных цитокинов, иммунных клеток, клеток Лангерганса в структуре слизистой носа. Блокируя каскад арахидоновой кислоты, ГКС подавляют образование простагландинов и лейкотриенов, что способствует уменьшению локального отека слизистой. Более того, гормоны надпочечника ингибируют секрецию желез и снижают чувствительность рецепторов к гистамину [5].

Таблица 1. Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений после эндоскопических и радикальных операций на пазухах носа

Признак	Радикальная операция	Эндоскопическая операция
Продолжительность операции	от 2 ч	40 мин — 2 ч
Болевой синдром	8–15 дней	1–2 дня
Дискомфорт в проекции пазухи	10 дней	1–2 дня
Послеоперационный отек	10 дней	Нет наблюдений
Период нахождения в стационаре	2–3 нед.	2–5 дней

Сегодня считается, что препаратами выбора при лечении ХПРС являются ингаляционные ГКС ввиду их безопасности [8]. Возможность применения системной кортикостероидной терапии пока обсуждается, хотя все чаще появляются успешные схемы лечения ХПРС, включающие системную терапию [8, 12, 13]. В силу указанных обстоятельств наиболее часто используемыми ЛС у данных пациентов стали будесонид, мометазон, беклометазон, флутиказон [8, 9]. Их превосходство заключается в удобном сочетании высокой топической активности и низкой биодоступности, что уменьшает риск системных побочных реакций при сохранении высокой эффективности терапии. Одной из немногих неразрешенных проблем использования ЛС остается способ их доставки в точку приложения с последующим сохранением длительного контакта ЛС со слизистой [14]. Последние работы показали, что после введения ЛС в полость носа с помощью назального спрея благодаря работе мукоцилиарной системы слизистой оболочки полости носа и ОНП топический ГКС постепенно мигрирует в сторону носоглотки и большей частью сглатывается. Лишь 4% введенного препарата остается на слизистой [5]. Поэтому сейчас усилия сосредоточены на создании новых систем доставки ЛС: аэрозолей, эндоназальных имплантатов, спейсеров, помп и пр. (рис. 1) [14]. Другим решением может стать увеличение вязкости раствора ЛС, что значительно уменьшит скорость миграции препарата по эпителию.

Еще одним важным аспектом современной терапии ЛОР-органов являются антибиотики и искусственные антибактериальные препараты. Стоит напомнить, что инфекционно-воспалительный процесс часто сопутствует полипобразованию и, возможно, принимает участие в его патогенезе.

Последние европейские рекомендации по лечению ХПРС EPOS 2012 предлагают уменьшить применение антибактериальных и противогрибковых ЛС по причине отсутствия связи между их применением и излечением [8]. Одним из немногих исключений, согласно серии научных работ, стал доксициклин в дозе 100 мг/сут, который показал положительную связь с излечением от полипозного процесса [8] (табл. 2). Исследование всех остальных групп антибактериальных ЛС показало отрицательный результат.

Данный вывод распространяется и на противогрибковые ЛС. Положительный эффект смог продемонстрировать только флуконазол в виде спрея [8]. Все прочие антимикотики не прошли статистического отбора. Более того, согласно EPOS 2012, от системного применения противогрибковых препаратов следует отказаться. Тем не менее стоит отметить, что антимикробные ЛС используются не только как часть патогенетической терапии полипобразования, но и для борьбы с инфекцией и/или в целях про-

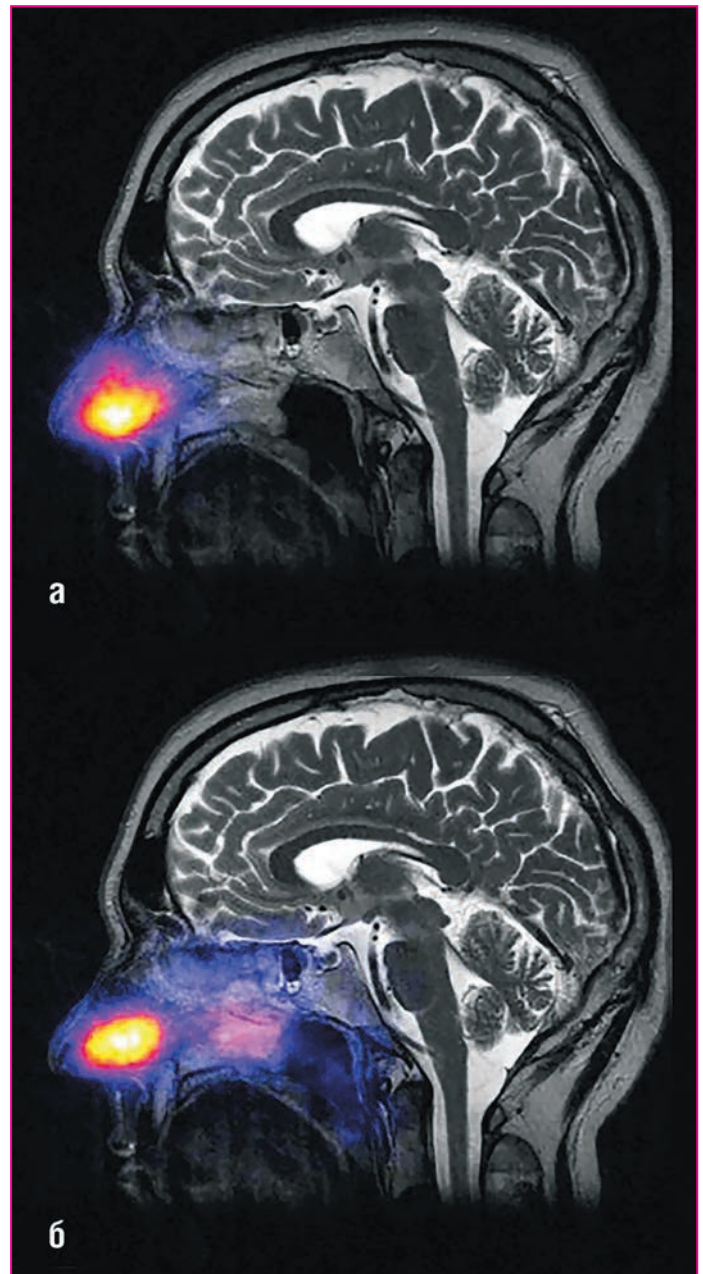


Рис. 1. Распределение лекарственного препарата в полости носа при использовании носовых капель (а) и аэрозоля (б) [14]

филактики в послеоперационном периоде [10]. Часто антибиотик используется исходя из общих правил ведения хирургического пациента.

Кроме всего прочего существуют тенденции к расширению спектра ЛС в основном за счет препаратов, нацеленных на молекулярно-иммунологическую составляющую патогенеза, а также на борьбу с локальным отеком

Таблица 2. Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений после эндоскопических и радикальных операций на пазухах носа

Исследование	ЛС	Группа исследования, чел.	Продолжительность	Эффект	Уровень доказательности
Шалек, 2009	Антистафилококковые антибиотики	23	3 нед.	Без значимого эффекта	1b
Ван Целе, 2010	Доксициклин	47	3 нед.	Уменьшение размеров полипозных вегетаций, количества отделяемого	1b

слизистой носа. Такими ЛС стали препараты на основе моноклональных антител к иммуноглобулину Е (анти-IgE) и к интерлейкину-5 (анти-ИЛ-5), противогистаминные ЛС и даже диуретики (в частности, фуросемид) в виде назальных спреев [8]. Часть препаратов продемонстрировала хороший результат терапии. Например, из лекарств, подавляющих выработку IgE, хорошо проявил себя омализумаб, из анти-ИЛ-5 — меполизумаб [8]. В последующем выяснилось, что все эти группы были эффективны только у пациентов с сопутствующим аллергологическим анамнезом, бронхиальной астмой. По этой причине на сегодняшний день перечисленные группы ЛС разрешены к ограниченному использованию:

- только в случае доказанной гиперсенсibilизации;
- только в случае тяжелого течения болезни;
- только как один из компонентов общего консервативного лечения и никогда самостоятельно.

Диуретические препараты продемонстрировали очень противоречивые результаты. В связи с этим последние рекомендации не включают их в список рутинного использования, ссылаясь на необходимость дополнительных научных работ по их изучению [8].

Таким образом, многообразие различных подходов к лечению ХПРС свидетельствует о том, что проблема лечения данной патологии не решена по сей день. Технический прогресс и понимание физиологии и морфологии полипов продвинули представления врачей и исследователей далеко вперед, но не решили всех вопросов окончательно. Поэтому задача поиска новых подходов и успешного лечения ХПРС ждет своего решения.

Литература

1. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения. Метод. рекомендации Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи. СПб., 2014. С.10–18 [Ryazantsev S. V. Polipoznyye rinosinusity: etiologia, pathogenes, klinika i sovremennyye metody lecheniya, // Method. recjmendacii, «Sankt-Peterburgskiy nauchno-issledovatel'skiy institut ukha, nosa, gorla i rechi. 2014. S.10–18 (in Russian)].
2. Алибеков И. М., Абдулкеримов Х. Т., Чернядьева Т. С. и др. Опыт амбулаторного применения малоинвазивных методов хирургического лечения полипозного риносинусита в условиях северного региона // Российская оториноларингология. 2013. № 2 (63). С.84–87 [Alibekov I.M., Abdulkherimov Kh.T., Chernyadieva T.S. i dr.Opyt ambulatornogo primeneniya maloinvazivnykh metodov khirurgicheskogo lecheniya polypoznogo rinosinusita v usloviyakh severnogo rayona // Rossiyskaya otorhinolaryngologiya. 2013. № 2 (63). S.84–87 (in Russian)].
3. Будковская М. А. Комплексный подход при лечении впервые выявленных и рецидивирующих полипозных риносинуситов // Российская оториноларингология. № 1 (74). 2015. С.140–146 [Budkovaya M. A. Kompleksny podkhod pri lechenii vpervye vyavlenich i retsydiviruyushich polipoznykh

4. Аллахверанов Д. А., Юнусов А. С., Рябинин А. Г. Отдаленные результаты эндоскопических методов лечения хронического полипозного риносинусита // Российская оториноларингология. № 3 (76). 2015. С.100–104 [Allakhveranov D.A., Yunusov A.S., Ryabinin A.G. Otdalennyye rezutatyy endoskopicheskikh metodov lecheniya chronicheskogo polypoznogo rinosinusita // Rossiyskaya otorinolaringologiya. № 3 (76). 2015. S.100–104 (in Russian)].
5. Мушников Ю. В., Арустамян И. Г. Возможности терапии интраназальными глюкокортикостероидами в ринологии // Российская оториноларингология. 2015. № 1 (74). С.81–83 [Mushnikova Yu.V., Arustamyan I. G. Vozmozhnosti terapii intranazalnymi glucocorticosteroidami v rhinologii // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2015. № 1 (74). S.81–83 (in Russian)].
6. Завадский А. В., Завадский Н. В., Золотарева М. А. Ведение послеоперационного периода у больных полипозом носа // Российская оториноларингология. 2015. № 5 (78). С.35–39 [Zavadskiy A.V., Zavadskiy N.V., Zolotaryova M.A. Vedeniye posleoperatsyonnogo perioda u bolnykh s polypozom nosa // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2015. № 5 (78). S.35–39 (in Russian)].
7. Широкая А. В., Свистушкин В. М., Шатохина С. Н., Шабалин В. Н. Оценка эффективности лечения больных полипозным риносинуситом и прогноз его течения // Российская оториноларингология. 2013. № 2 (63). С.4–6 [Shyrokaaya A. V. Svistushkin V. M., Shatokhina S. N., Shabalin V. N. Otsenka effektivnosti lecheniya bolnykh polipoznym rinosinusitom I prognoz yego techeniya // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2013. № 2 (63). 2013. S.4–6 (in Russian)].
8. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps // Rhinology supplement.2012. Vol. 23. P.1–298.
9. Рязанцев С. В. Современные взгляды на терапию полипозных риносинуситов // Пульмонология и аллергология. 2007. № 1. С.23–26 [Ryazantsev S. V. Sovremennyye vzglyady na terapiyu polipoznykh rinosinusitov // Pulmonologia i allergologiya. 2007. № 1. S.23–26 (in Russian)].
10. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Нац. руководство. 2009. С. 360–366 [Palchun V.T. Otorinolaringologiya. Natsyonalnoye rukovodstvo. 2009. S.360–366 (in Russian)].
11. Горин Д. С., Федоткина К. М., Артемьева-Карелова А. В. Опыт применения баллонной синус-дилатации при лечении больных хроническим синуситом // Российская оториноларингология. 2015. № 1 (74). С.69–72 [Gorin D.S., Fedotkina K.M., Artemyeva-Karelova A. V. Opyt primeneniya ballonnoi sinus-dilyatsii pri lechenii bolnykh khronicheskim sinusitom // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2015. № 1 (74). S.69–72 (in Russian)].
12. Рязанцев С. В., Артюшкина В. К., Начаров П. В., Лаптиева М. А. Современные аспекты системной кортикостероидной терапии у больных хроническим полипозным риносинуситом // Российская оториноларингология. 2013. № 2 (63). С.101–105 [Ryazantsev S.V., Artyushkina V. K., Nacharov P. V., Laptieva M. A. Sovremennyye aspekty sistemnoi kortikosteroidnoi terapii u bolnykh retsydiviruyushim polipoznym rinosinusitom // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2013. № 2 (63). S.101–105 (in Russian)].
13. Будковская М. А. Использование системной кортикостероидной терапии у пациентов с впервые выявленным полипозным риносинуситом // Российская оториноларингология. 2014. № 1 (68). С.122–125. [Budkovaya M. A. Ispolzovaniye sistemnoy kortikosteroidnoy terapii u patsyentov s vpervye vyavlennum polipoznym rinosinusitom // Rossiyskaya otorinolaringologiya. 2014. № 1 (68). S.122–125 (in Russian)].
14. Parikh A., Anand U., Ugwu M.C. et al. Drug-Eluting Nasal Implants: Formulation, Characterization, Clinical Applications and Challenges // Pharmaceutics. 2014. Vol. 6. P.249–267.