



Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
"Кировский государственный медицинский университет"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Институт последипломного образования

Кафедра
Госпитальной хирургии с курсом оториноларингологии

Полипозный риносинусит

Выполнила Беляева В. А.
Под руководством д.м.н. профессора Храбрикова А. Н.

Киров, 2017

Актуальность

Хронические воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух остаются наиболее распространенными и упорными патологическими состояниями верхних дыхательных путей, несмотря на значительные успехи современной медицины в их диагностике и лечении. В настоящее время неуклонно растет число пациентов страдающих полипозным риносинуситом – заболеванием, которое часто сопровождается патологическими изменениями бронхолегочной системы. Для оториноларингологов остается актуальной проблема диагностики и эффективного лечения данного заболевания.

Цель работы

Исследовать особенности течения хронического полипозного риносинусита у пациентов, поступающих на стационарное лечение в оториноларингологическое отделение КОКБ; методы диагностика и лечения применяемые в отделение.

Задачи работы

1. Изучить литературные источники по теме работы, оформить краткий обзор.
2. Изучить архивные данные оториноларингологического отделения КОКБ.
3. За время прохождения интернатуры обследовать пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, поступающих в отделение на стационарное лечение.
4. Проанализировать и оформить результаты исследования.

Материалы и методы исследования

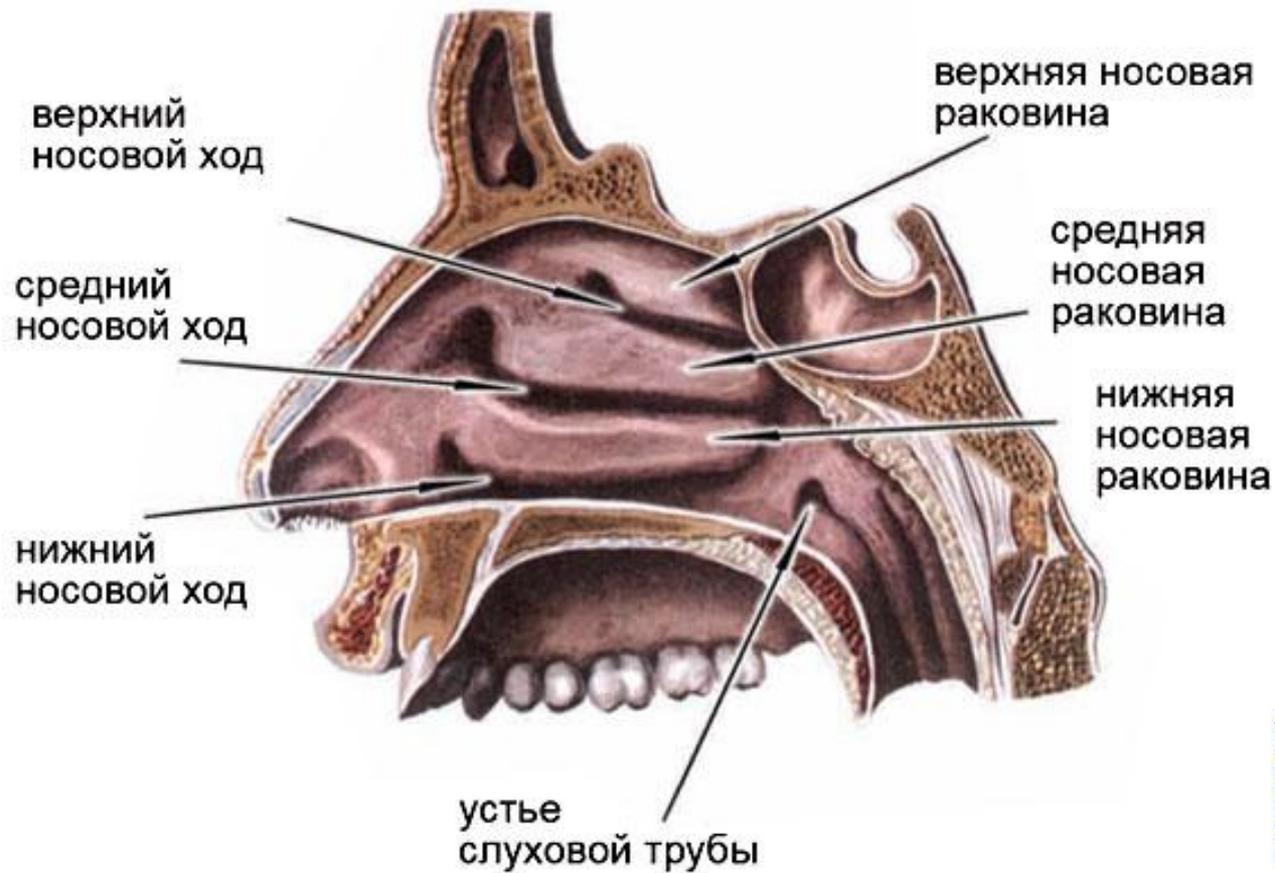
Материалы:

1. литературные источники фонда Кировской областной медицинской библиотеки;
2. архивные данные оториноларингологического отделения КОКБ;
3. интернет ресурсы.

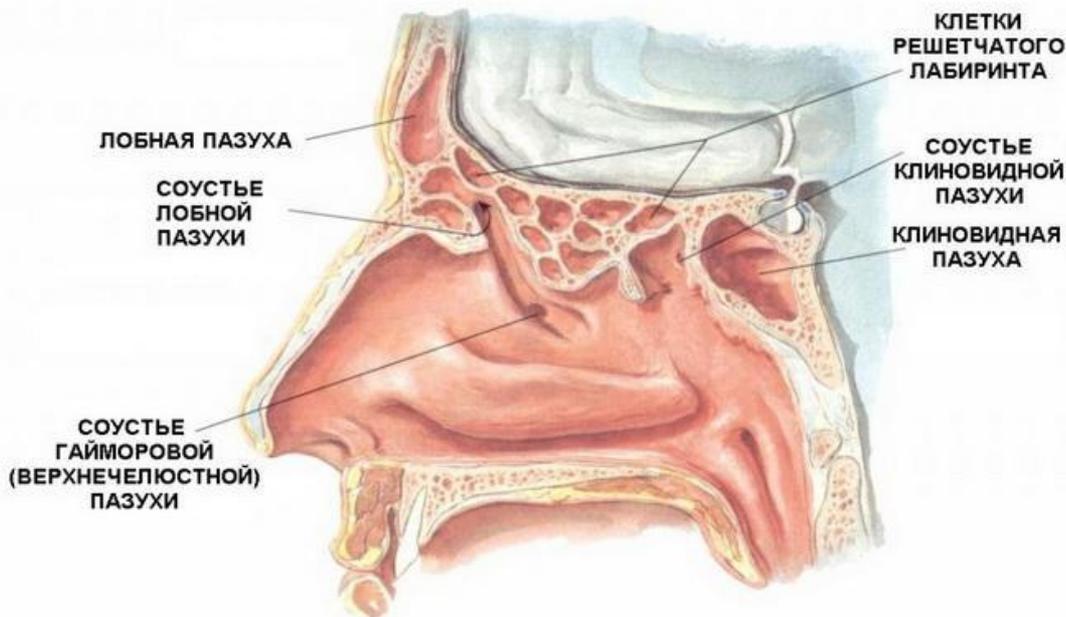
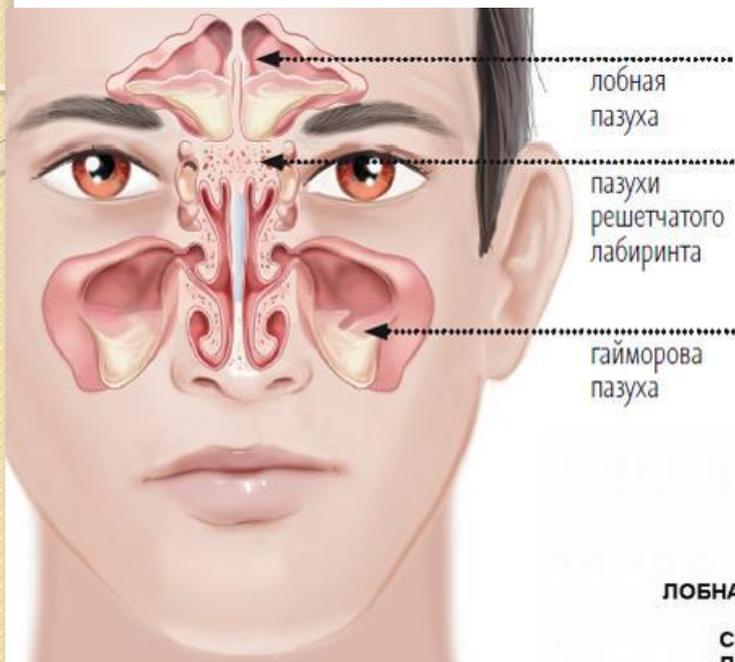
Методы:

1. Наблюдение - опрос, осмотр пациентов оториноларингологического отделения, изучение историй болезни.
2. Анализ - проанализировать полученные данные, сделать выводы.

Нос и ОНП представляют собой начальный отдел дыхательного тракта.



ОНП сообщаются с полостью носа через небольшие отверстия – соустья.



Полость носа и ОНП покрыты псевдомногослойным реснитчатым эпителием.

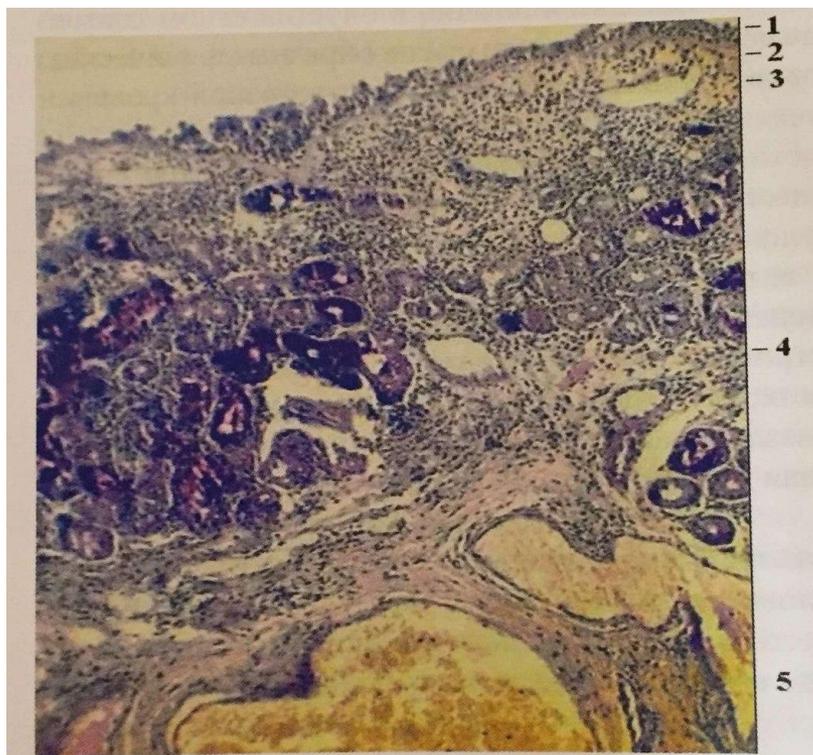


Рис. 2.36. Общая структура слизистой оболочки полости носа: 1 — эпителий; 2 — базальная мембрана; 3 — собственная пластинка; 4 — железистая зона; 5 — зона кавернозных сосудов. Окраска альциановый синий ШИК-реакция, гематоксилин. Микрофото, $\times 135$ раз (препарат Харченко В.В.)

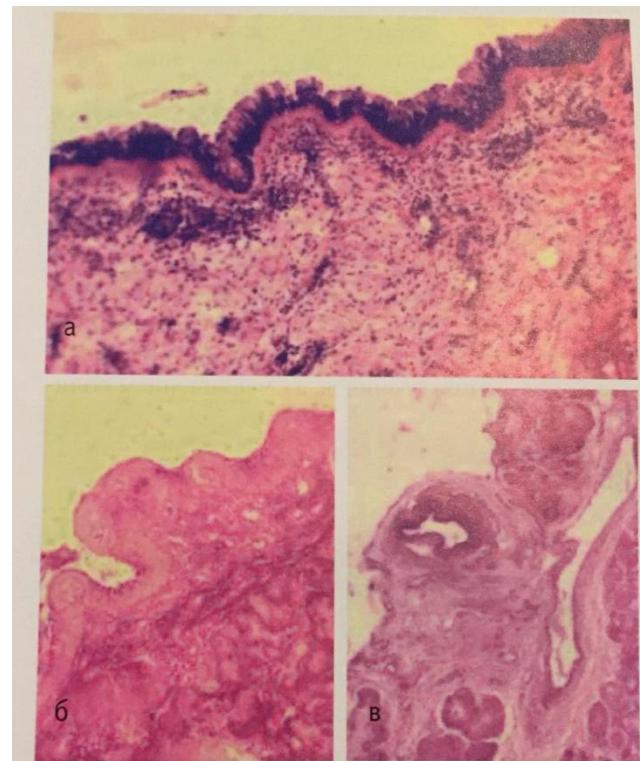


Рис. 2.39. Псевдомногослойный эпителий, равномерной толщины базальная мембрана и рыхлая собственная пластинка слизистой оболочки полости носа (а), подэпителиальное и межжелезистое сплетения эластических волокон (б), эластические структуры в стенках кровеносных сосудов (в). Окраска гематоксилином и эозином (а), «Фенаф» (б, в). Микрофото, $\times 135$ (препарат Харченко В.В.)

Важную роль в работе мукоцилиарного транспорта играют реснички — цилии.



Рис. 2.37. Электронограмма эпителия слизистой оболочки полости носа: БК — бокаловидная клетка, МК — мерцательная клетка. ×2500 (препарат Завалий М.А.)

Основополагающую роль в патогенезе риносинусита играет состояние остиомеатального комплекса, который представляет собой функциональную единицу, включающую латеральную поверхность переднего конца средней носовой раковины, крючковидный отросток, полулунную щель и решетчатый пузырь. [2]

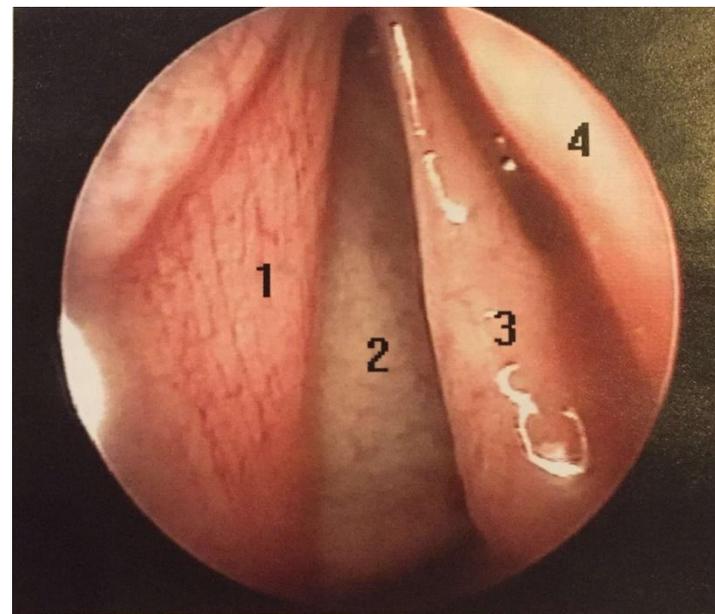


Рис. 2.23. Остиомеатальный комплекс: 1 — крючковидный отросток; 2 — решетчатый пузырь; 3 — передний конец средней носовой раковины, 4 — перегородка носа



Ключевой момент – поддержание оптимального воздухообмена и очищение пазухи. Только свободное соустье делает возможной нормальную работу мукоцилиарного очищения и свободного удаления чужеродных элементов и микроорганизмов.[2]

«Полип» (от греческого poly – много и pus – нога).

Полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, снижением качества жизни пациентов.[1]

Полипозные риносинуситы являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух и составляют до 32% в общей структуре ЛОР - заболеваемости. В общей популяции распространенность полипов полости носа составляет 4%. Среди больных бронхиальной астмой этот показатель достигает 7–15%, а у лиц с непереносимостью нестероидных противовоспалительных средств – 36–60%. Пик заболеваемости – 40-60 лет. Мужчины больше подвержены полипозу, нежели женщины. [2]

Этиология и патогенез

Разностороннее изучение ПРС привело к преобладанию полиэтиологической, многофакторной теории патогенеза заболевания.

Доминируют следующие теории возникновения ПРС:

- бактериальных ассоциаций;
- грибковой инфекции;
- дисфункции цилиарного эпителия;
- непереносимости НПВС и аспирина;
- нервно-рефлекторная теория.[6]

Ведущее значение из бактериальной инфекции придается золотистому стафилококку и теории о суперантигене. Частота выявления хламидий, по данным литературы, колеблется в значительных пределах – от 3 до 52%. Способность проникать в эпителиальные клетки респираторного тракта отмечена у пиогенного стрептококка. А. Г. Баланцев и соавт. придают значение в развитии полипозного риносинусита эндотоксину грамотрицательной микрофлоры, который контактирует практически со всеми компонентами клеточного иммунитета, вызывая каскадные нарушения в процессе иммунного ответа.[9]

В последние годы активно обсуждается вопрос о значении микотической инфекции в развитии полипозных риносинуситов. В то же время J. U. Ponikau, E. V. Kern считают, что развитие эозинофильного воспаления может быть проявлением врожденной иммунной защиты против «экстрамукозных» грибов по типу известной роли эозинофилов в защите организма от нефагоцитируемых паразитов.[9]

В. П. Быкова показала, что полипы носа имеют сходное гистологическое строение с отеком слизистой оболочки носа.[9]

А. А. Ланцов и соавторы считали, что в полипообразовании принимают участие и адренергические нервные волокна, и полагали, что формирование ПРС является следствием патологической адаптации к действию того или иного раздражителя на слизистую оболочку полости носа. [9]

О. М. Иванова и соавторы утверждают, что одним из основных факторов развития ПРС является персистирующее хроническое воспаление. [9]



Изучение роли эозинофилии в патогенезе ПРС показывает, что ей часто отводится решающее значение в развитии заболевания, выраженная инфильтрация полипозной ткани ими обозначена как эозинофильное воспаление. [9]

Рост полипов носа не носит гнойно-воспалительного характера, отечно-катаральное воспаление следует считать лишь пусковым моментом для проявления сил гравитации.[9]

А. В. Завадский, Е. А. Завадская выдвинули гипотезу о роли в патогенезе развития полипоза носа ортостатического гидропса слизистой оболочки решетчатого лабиринта вследствие вертикального положения головы и слабости гипоталамо-гипофизарно-надпочечной функции как составной части многофакторной теории. Предлагаемая ими гипотеза патогенеза ПРС не отрицают также роли отечно-катарального воспаления, аллергии, увеличенного содержания эозинофилов при определенных формах полипоза носа.[9]

Высказанная С.В. Рязанцевым (1990) многофакторная теория возникновения полипов полости носа позволила в известной мере примирить взгляды сторонников различных патогенетических концепций развития ПРС. По его мнению, для образования полипов в полости носа необходимо сочетание двух условий:

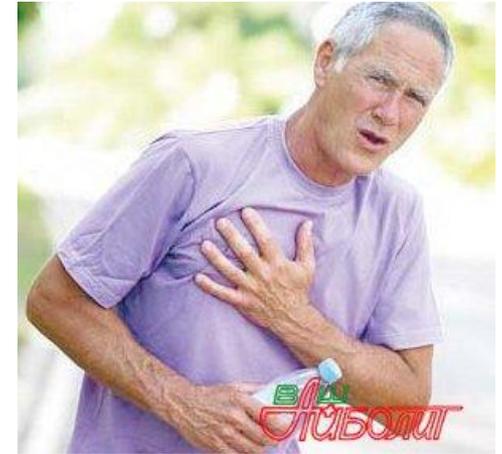
- наличия нарушений биологических процессов в организме;
- воздействия факторов внешней среды.[6]

Для формирования заболевания при наличии сдвигов биологических процессов имеют значение факторы внешней среды, которые С.В. Рязанцев подразделяет на 3 группы:

- неинфекционные аллергены (пыльцевые, пылевые, производственные, лекарственные);
- инфекционные агенты (вирусы, бактерии, грибы);
- механические, физические и химические воздействия.[6]

Факторы, ассоциированные с развитием полипозного риносинусита

- Аллергия;
- Бронхиальная астма;
- Непереносимость НПВС;
- Наследственные факторы;
- В меньшей степени факторы окружающей среды.[6]



Классификации полипозного риносинусита

Клинико-морфологическая классификация синуситов по Д.И. Тарасову и В.П. Быковой (1979).

Согласно данной классификации, ПРС подразделяют на 2 формы:

- полипозную;
- полипозно-гнойную.[1]

Локализация полипов (по Mygind et al., 2000):

- развивается из клеток решетчатого лабиринта, верхнечелюстной или клиновидной пазухи;
- на латеральной стенке носа;
- обычно в среднем носовом ходе или в средней и верхней носовых раковинах.[1]

По гистологическому строению:

- ангиоматозные;
- аденоматозные;
- папиллярные;
- миксоматозные;
- фиброзные.[1]

На основании эндоскопических исследований полости носа выделяют 4 стадии распространенности полипозного процесса (Солдатов И.Б. и соавт., 1997):

- I стадия – стойкий диффузный отек слизистой оболочки в среднем носовом ходе;
- II стадия – полипы, не выходящие за границы среднего носового хода;
- III стадия – полипы, выходящие за границы среднего носового хода, или полипозные изменения слизистой оболочки на медиальной поверхности средней носовой раковины;
- IV стадия – наличие полипов в общем носовом ходе, исходящих из среднего носового хода, средней носовой раковины, а также слизистой оболочки верхней или нижней раковины и перегородки носа.[2]

С этой классификацией во многом совпадает и современная европейская (EPOS-2007), где выделяют всего три стадии и отсутствует первая стадия отека.

- 0 – отсутствие полипов в полости носа;
- 1 – полипы в пределах среднего носового хода;
- 2 – полипы, выходящие за пределы среднего носового хода, но не обтурирующие общий носовой ход;
- 3 – полипы, обтурирующие полость носа.[2]

На основании анализа результатов компьютерной томографии (КТ) околоносовых пазух и данных эндоскопической синусоскопии выделяется 4 стадии выраженности поражения околоносовых пазух (Пискунов С.З., Пискунов Г.З., 2002):

- I стадия – пристеночное утолщение слизистой оболочки околоносовых пазух;
- II стадия – одиночные полипы в полости пазухи;
- III стадия – поражение околоносовой пазухи на 2/3 ее объема;
- IV стадия – тотальное поражение околоносовой пазухи.[2]

H. Stammberger (1999) предложил следующую классификацию полипоза носа:

- антрохоанальные полипы;
- крупные, изолированные (хоанальные) полипы;
- хронический полипозный риносинусит не эозинофильно-доминантный;
- хронический полипозный риносинусит эозинофильно-доминантный;
- полипы, ассоциированные со специфическими состояниями, – фиброзные кисты, малигнизация.[2]

Согласно *морфологической классификации* С.В. Рязанцева (1991), полипы полости носа проходят следующие стадии развития:

- стадия отечного или железисто-кистозного полипа;
- стадия фиброзного полипа.

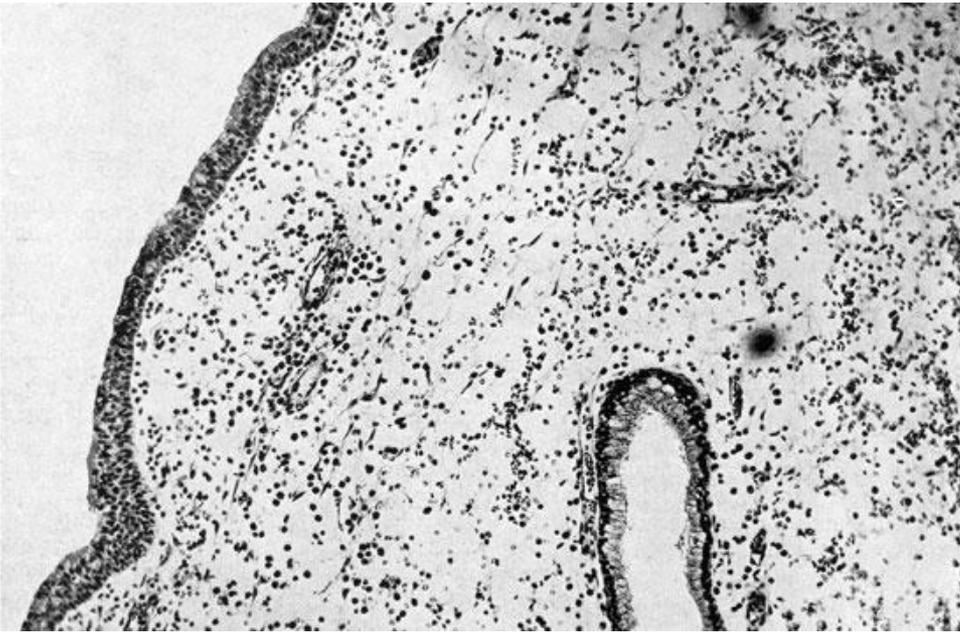
Практическое значение такой классификации состоит в том, что в первой стадии возможен регресс полипоза при применении топических лекарственных средств, тогда как в стадии фиброзного полипа возникает необходимость в хирургическом вмешательстве.[1]

По этиопатогенетическому принципу (Г. З. Пискунов):

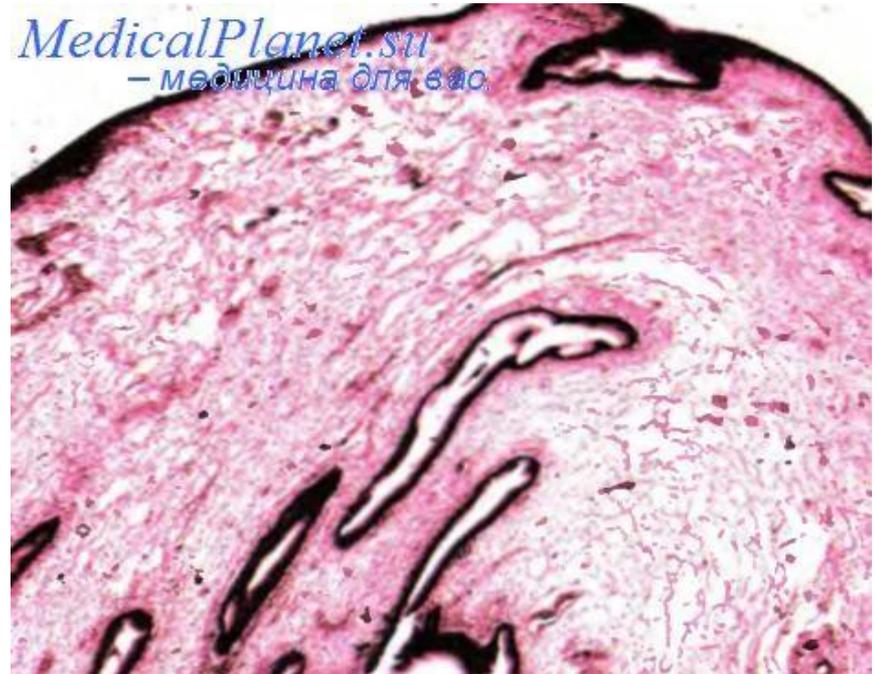
- полипоз в результате нарушения аэродинамики в полости носа и ОНП;
- полипоз в результате хронического гнойного воспаления слизистой оболочки полости носа и ОПН;
- полипоз в результате грибкового поражения слизистой оболочки ОНП;
- полипоз в результате нарушения метаболизма арахидоновой кислоты;
- полипоз при муковисцидозе, синдроме Картагенера.[2]

Гистопатология

Морфологическое исследование операционного материала показало, что полипы представляют собой соединительнотканые образования, покрытые реснитчатым эпителием, содержащим единичные слизистые железы в строме. Строение покровного эпителия носило неравномерный характер: определялись зоны атрофии, оголения базальной мембраны, бокаловидно-клеточной гиперплазии. Во всех случаях в строме полипов прослеживались признаки воспаления: гиперемия, отек и воспалительная инфильтрация.[4]



MedicalPlanet.su
— медицина для вас.



Клиническая картина

Субъективная оценка состояния при полипозном риносинусите основана на следующих симптомах:

- заложенность носа, ощущение нехватки воздуха;
- выделения из полости носа слизистого или слизисто-гнойного характера;
- боль или ощущение давления в области лица, головная боль;
- потеря или нарушение обоняния.

Кроме вышеперечисленных местных симптомов, могут присутствовать боль в горле, дисфония или кашель, вследствие раздражения гортани, трахеи и глотки. Также характерны общие симптомы, такие как сонливость, недомогание. Характер и выраженность проявлений могут варьироваться.

При наличии аллергического компонента заболевания может наблюдаться многократное чихание, обильные серозные выделения из носа. [1],[2],[11]

Диагностика

Диагностику хронического ПРС проводят на основании:

1. жалоб пациента;
2. анамнеза заболевания;
3. результатов объективного осмотра, включающего:
 - 3.1. наружный осмотр лица пациента;
 - 3.2. переднюю, заднюю риноскопии;
 - 3.3. эндовидеоскопию полости носа и естественных соустьев околоносовых пазух;
 - 3.4. исследования дыхательной и обонятельной функций носа;
4. рентгенографии в носоподбородочной и боковой проекциях;
5. КТ околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях;
6. зондирования и пункции околоносовых пазух (при необходимости);
7. определения в слизи из носа и в крови эозинофилов, проведения кожных проб с аллергенами, консультация аллерголога.[2]



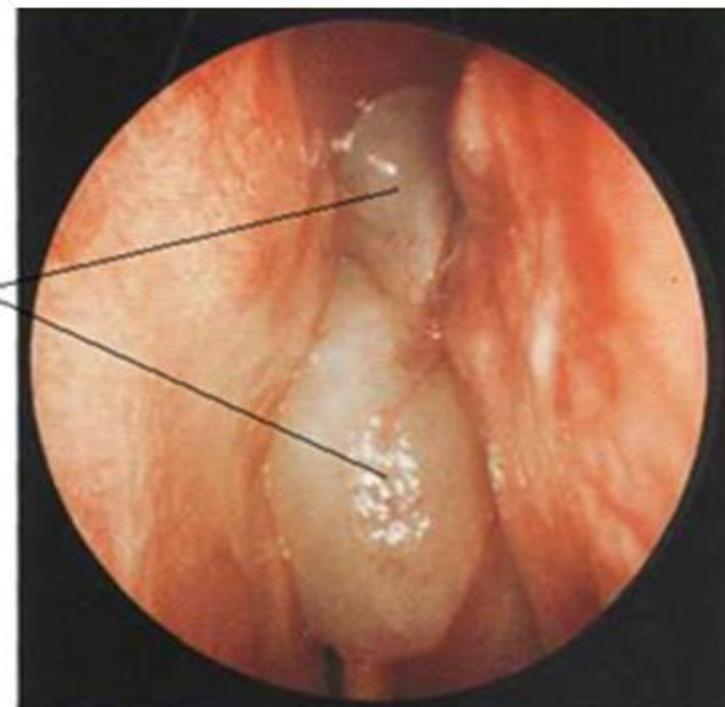
При проведении передней и задней риноскопии: цвет слизистой оболочки полости носа варьирует от бледного до застойно-гиперемированного, характерен отек. Полипы выглядят как гладкие, блестящие, сероватые сгустки (гроздь), подвижные, не спаянные с окружающими тканями, не кровоточащие при ощупывании зондом (в отличие от опухолей). Обычно они заполняют средний и общий носовой ход, их ножки выходят из ячеек решетчатого лабиринта, а основание полипов находится в самой пазухе. Множественный полипоз указывает на их происхождение из решетчатого лабиринта, тогда как при гайморите обнаруживаются один или два полипа, растущих кзади в сторону хоан (псевдохоанальный полип). Слизистая оболочка полости носа при этмоидальной полипозе отечна, имеет синюшный или «мраморный» вид, слабо реагирует на обработку сосудосуживающими средствами, особенно при аллергическом генезе заболевания.[2]

Нередко наблюдается полипозная деформация средних носовых раковин, гипертрофия нижних носовых раковин. Рост полипов со слизистой оболочки носовых раковин и иногда даже из носовой перегородки является плохим прогностическим признаком в отношении рецидивирования и ответа на лекарственную терапию. Характерно наличие патологического отделяемого в полости носа слизистого или слизисто-гнойного характера.[2]



Рис. 17.18. Полипно измененная средняя раковина и крючковидный отросток

Полипы
носа



Диагностическая эффективность КТ и МРТ превышает таковую традиционных рентгенологических методов. Роль данных методов в оценке воспалительных процессов придаточных пазух носа (ППН), как правило, хронических, большинством специалистов сводится к достоверному выявлению экссудации, уточнению состояния костных стенок ППН.[10]

При оценке состояния слизистой оболочки ППН в клиническом ракурсе необходимо учитывать локализацию, изменение толщины слизистой во временном аспекте, на фоне проводимого лечения.[10]

Таким образом, КТ в связи с большей доступностью играет ведущую роль в диагностике патологических процессов ППН.[10]

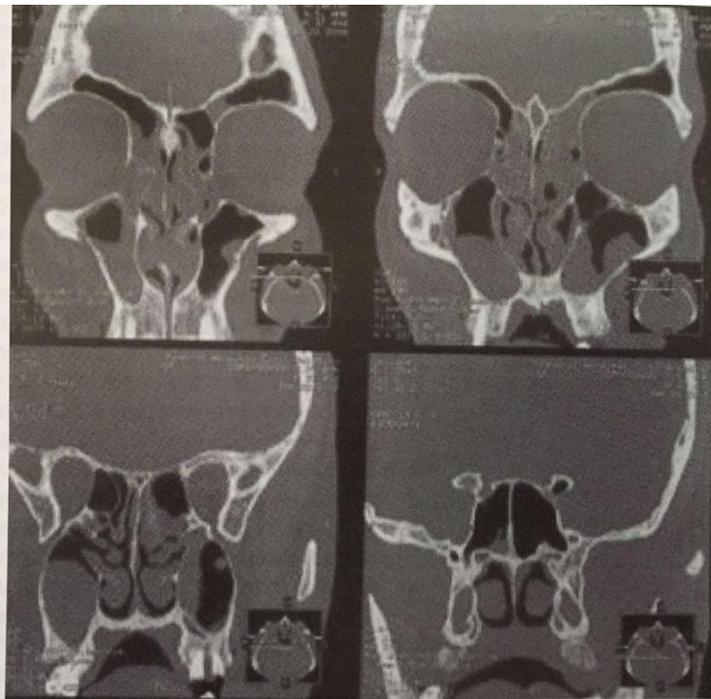


Рис. 17.27. Полипозный риносинусит, искривление перегородки носа, гипертрофия раковин



Рис. 17.29. Полипозный полисинусит

Лечение

Лечение полипозного риносинусита остается одной из актуальных проблем в практической оториноларингологии.

На сегодняшний день наиболее доказательным и высокоэффективным при лечении полипозного риносинусита является использование кортикостероидных препаратов. Данные лекарственные средства воздействуют практически на все звенья патогенеза полипозного риносинусита и благоприятно воздействуют на течение бронхиальной астмы.[5]



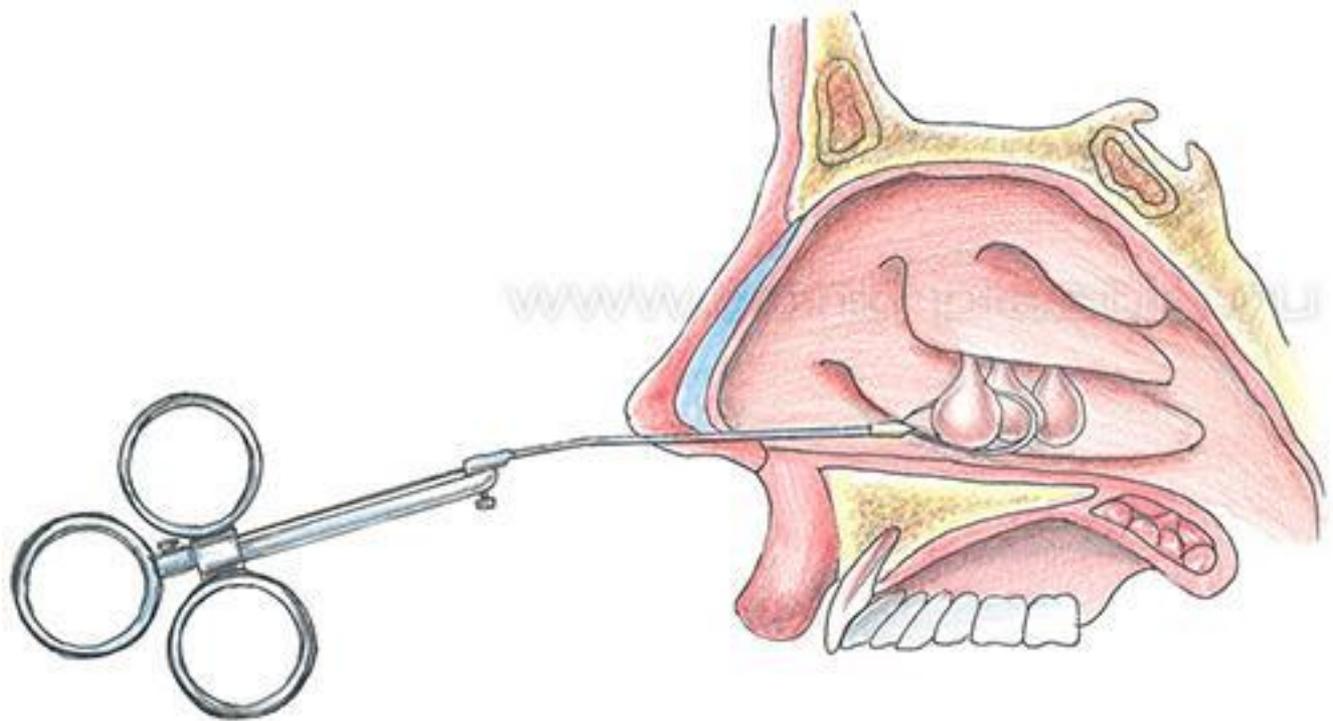
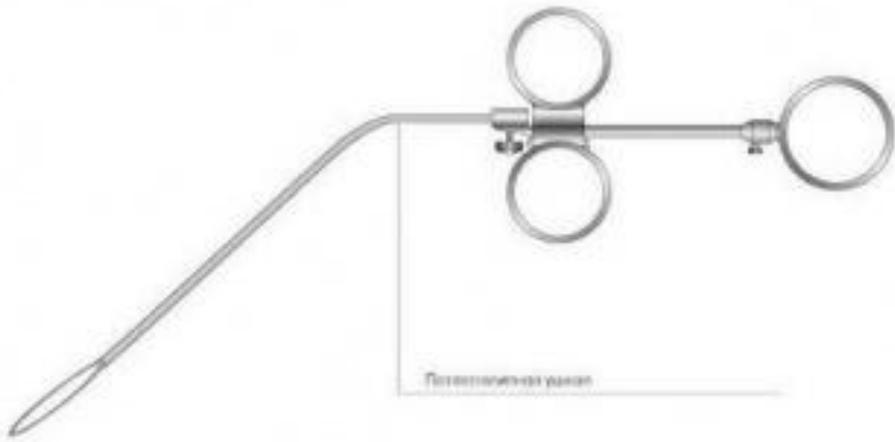


Короткий курс системной кортикостероидной терапии в сочетании с длительным применением топических стероидов является методом выбора при лечении впервые обнаруженного полипозного риносинусита и рецидивирующего полипозного процесса у пациентов, имеющих I–III стадию поражения околоносовых пазух полипозным процессом.[5]

Одновременное назначение системных и топических кортикостероидов у больных с IV стадией поражения околоносовых пазух полипами позволяет, с одной стороны, стабилизировать течение не только полипозного риносинусита, но и бронхиальной астмы, и, с другой стороны, подобная схема лечения может быть использована для предоперационной подготовки больных.[5]

Одним из основных направлений лечения полипозного риносинусита остается **хирургическое вмешательство**. На долю этой патологии приходится более $2/3$ всех выполняемых операций по поводу воспалительных заболеваний ОНП. [3]

Оперативное вмешательство может проводиться по традиционному способу. Под местной лидокаиновой анестезией полипы полости носа удаляются при помощи режущей полипной петли, затем открываются этмоидальные клетки путем разрушения их стенок с помощью щипцов и удаляются полипозные массы, находящиеся в них. [3]



Также возможен эндоскопический способ (шейверная полипотомия). Под общим либо местным обезболиванием под контролем эндоскопа полипозные массы из носовой полости удаляются с помощью микродебридера. Для удаления полипов из гайморовой пазухи после вскрытия латеральной стенки в области среднего носового хода используется эндоскоп с углом обзора 30° и микродебридер с насадкой 45° . [8]

Эндоскопическая шейверная полисинусотомия позволяет хирургу контролировать ход операции и удалять полипозную ткань в пределах здоровой слизистой оболочки в малодоступных при обычной хирургии отделах полости носа и околоносовых пазухах. [8]



Рис. 17.32. Набор инструментов для эндоскопической операции

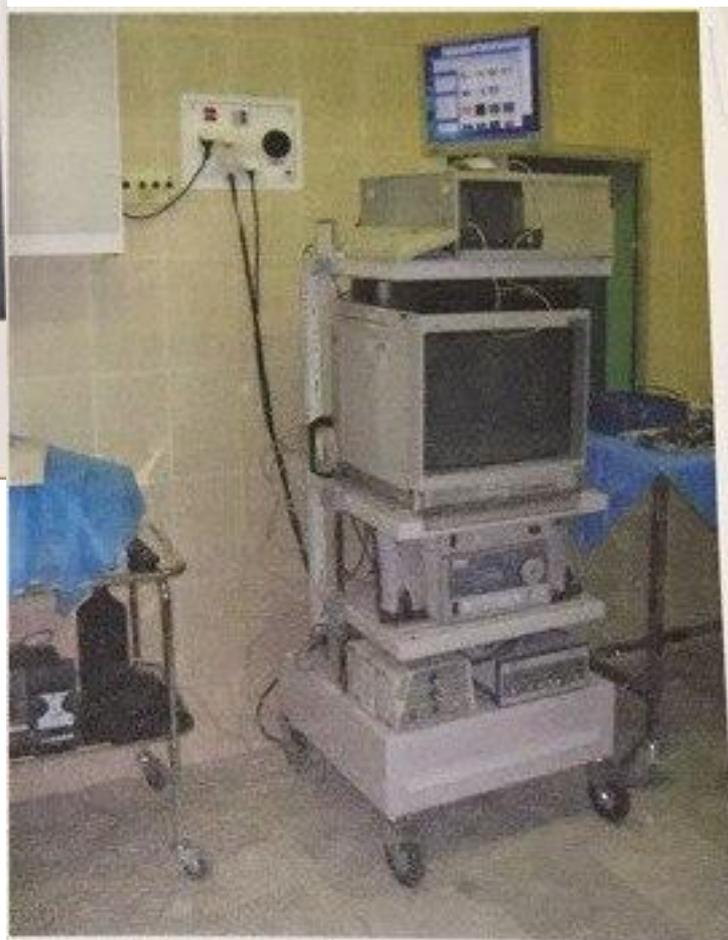


Рис. 17.33. Видеостойка для эндоскопической операции

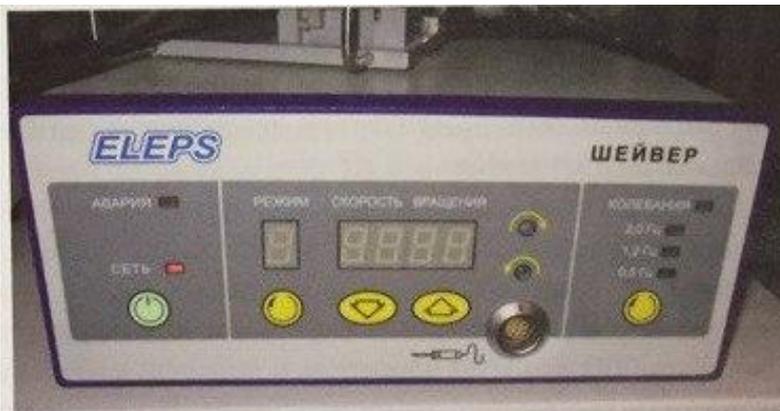


Рис. 17.57. Микродебридер (шейвер) отечественного производства



Рис. 17.58. Шейвер фирмы «Страйкер»



Рис. 17.59. Ручки и фрезы отечественного (слева) шейвера и фирмы «Страйкер» (справа)



Рис. 17.55. Полость носа заполнена полипами, анатомические ориентиры не определяются



Рис. 17.56. Начало удаления полипов микродебридером

В 60 – 80-ые годы XX века для лечения полипозных риносинуситов применялся **метод пересечения видиева нерва**. Сущность метода заключалась в хирургической стволовой парасимпатической денервации слизистой оболочки околоносовых пазух.[2]

Однако с середины 90-х годов XX века почти одновременно во всем мире прекратились публикации по данной проблеме и выполнение данной операции.[2]

Причиной прекращения операций видианотомии явилась высокая потенциальная опасность таких тяжелых хирургических осложнений как амавроз и офтальмоплегия.[2]

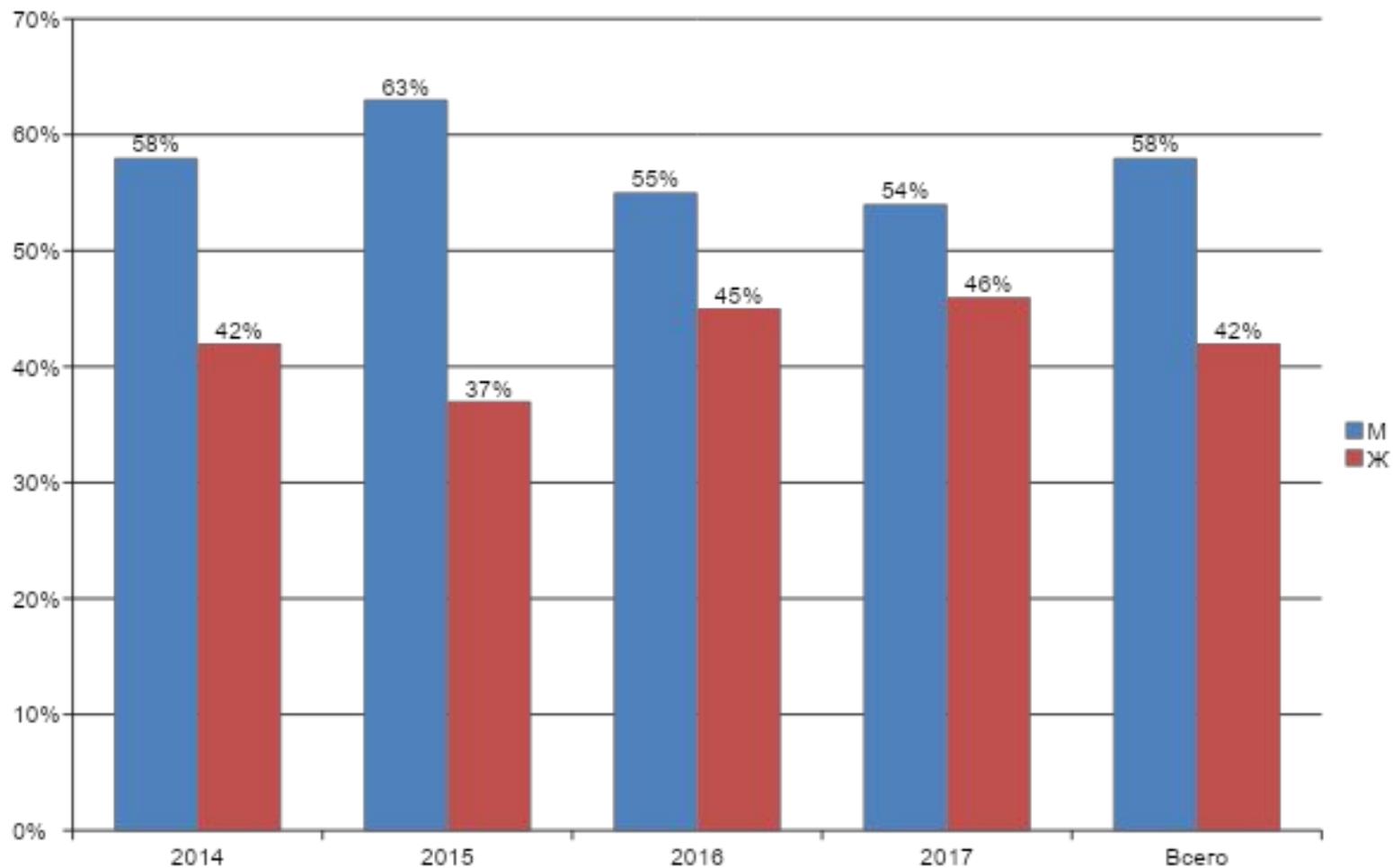
Результаты исследовательской работы

В ходе работы удалось выяснить, что за период с 2014 по первый квартал 2017 года в оториноларингологическом отделении КОКБ было пролечено 659 больных с полипозным риносинуситом.

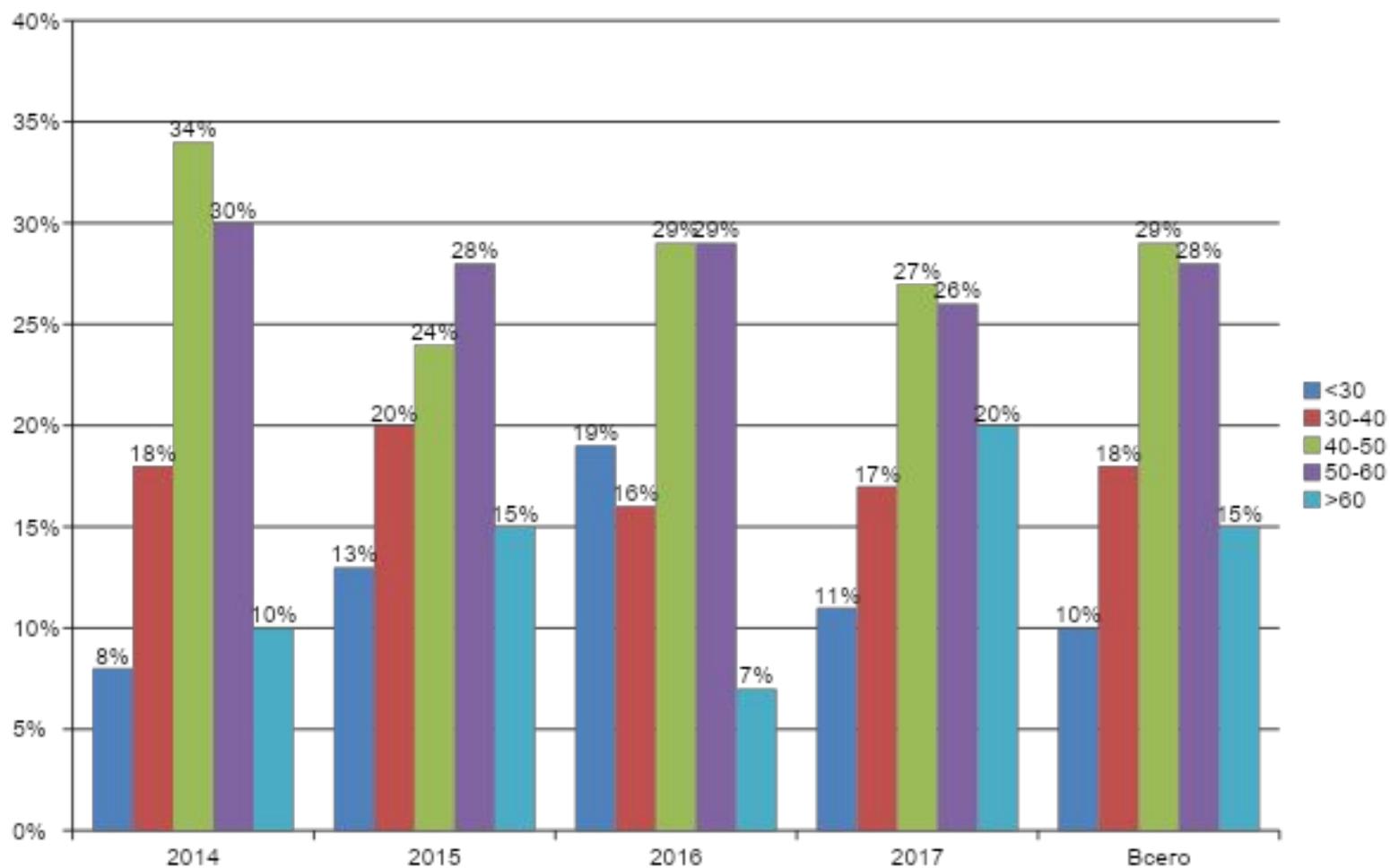
В среднем пациенты находились на стационарном лечении 7 койко-дней.

Основным методом лечения на базе оториноларингологического отделения КОКБ является – эндоскопическая синусотомия.

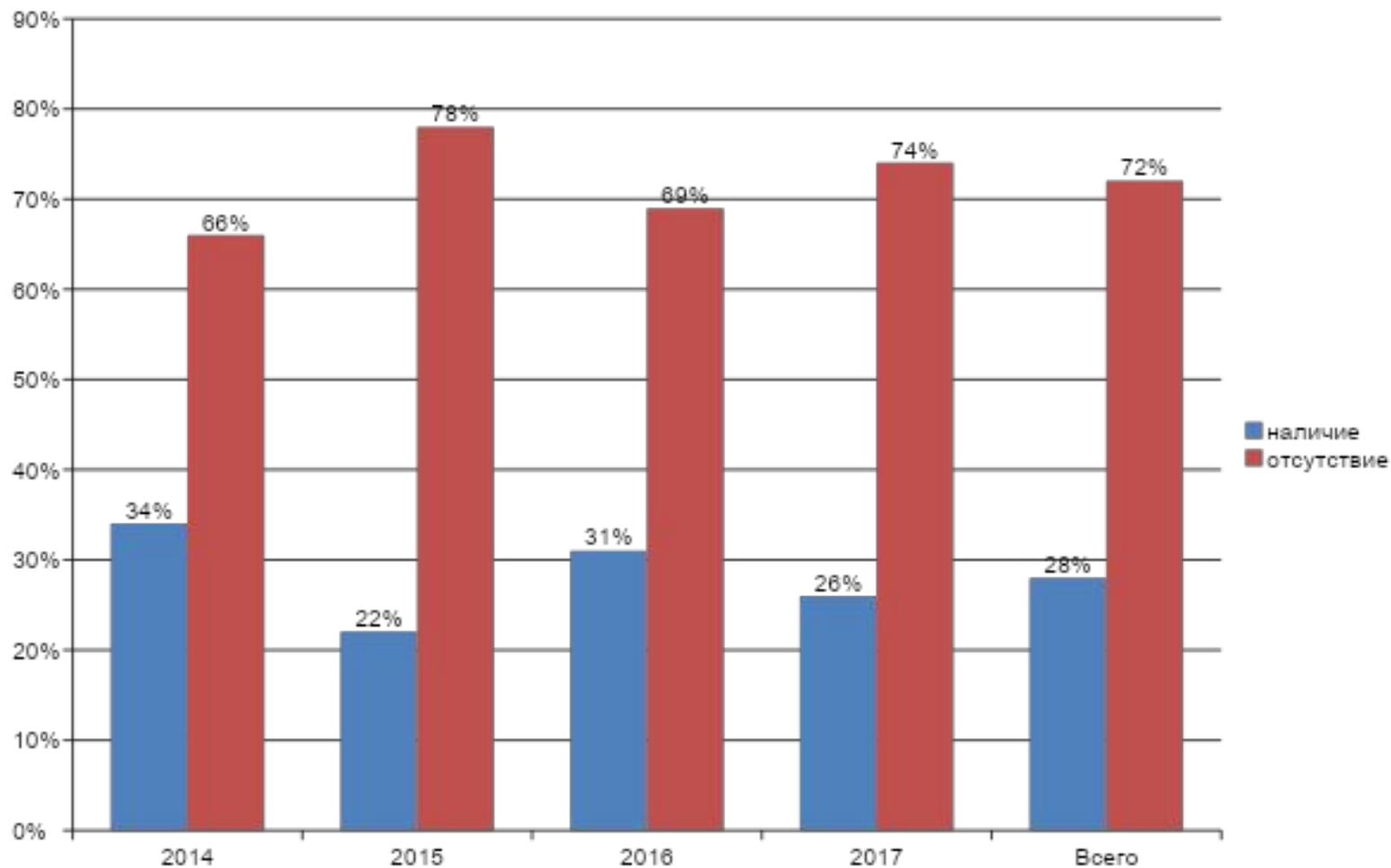
Гендерное соотношение



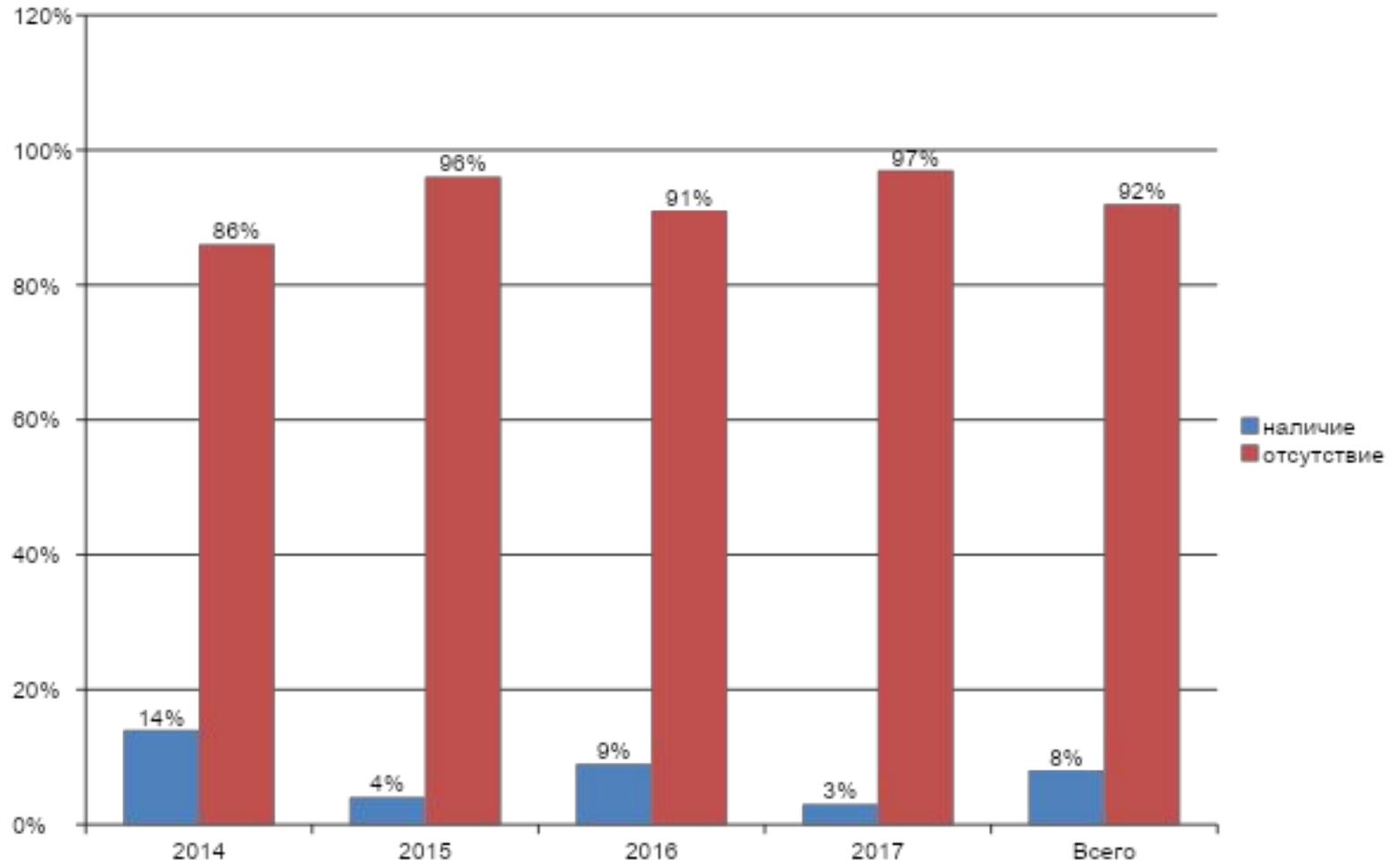
Возраст дебюта заболевания



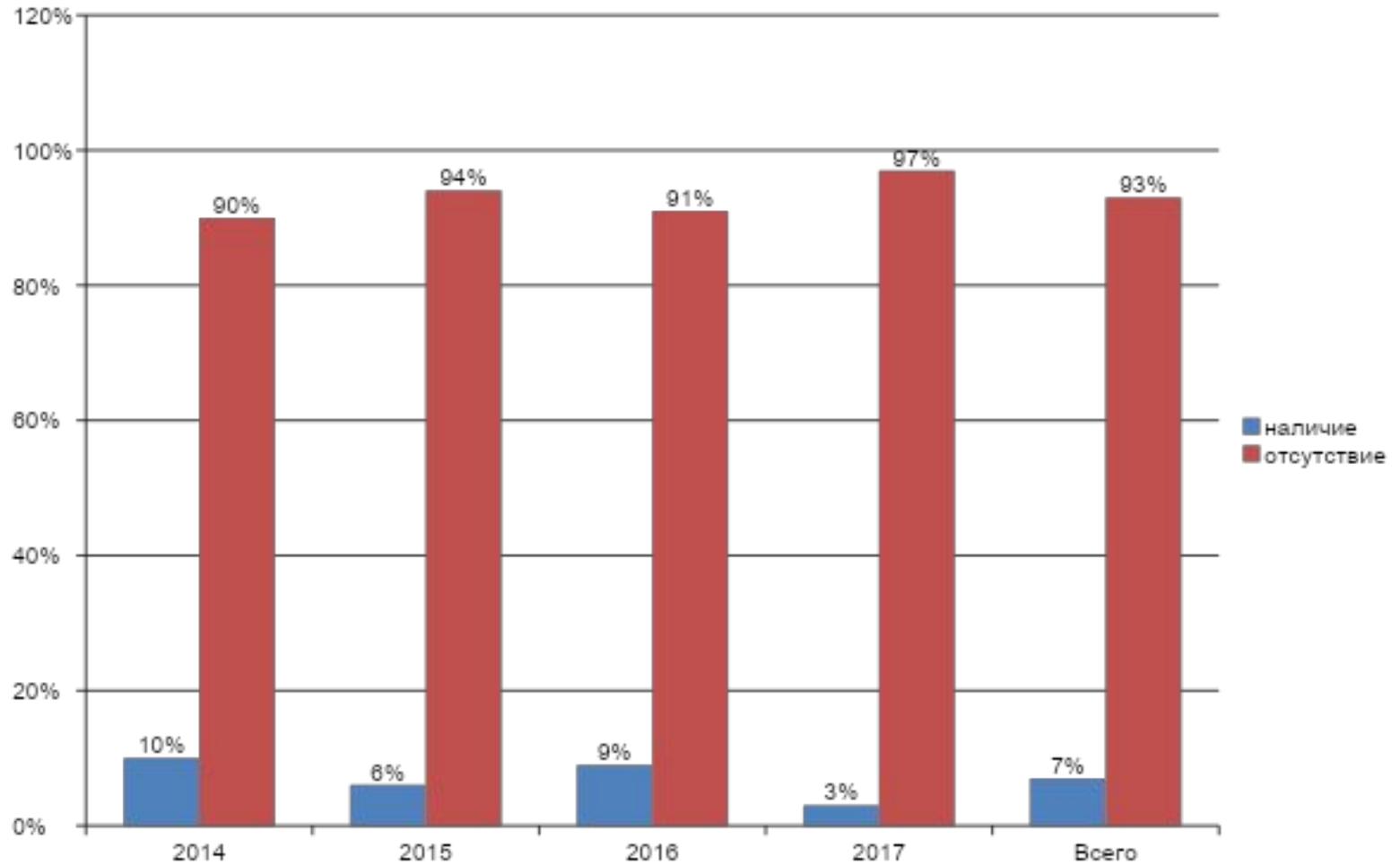
Наличие бронхиальной астмы



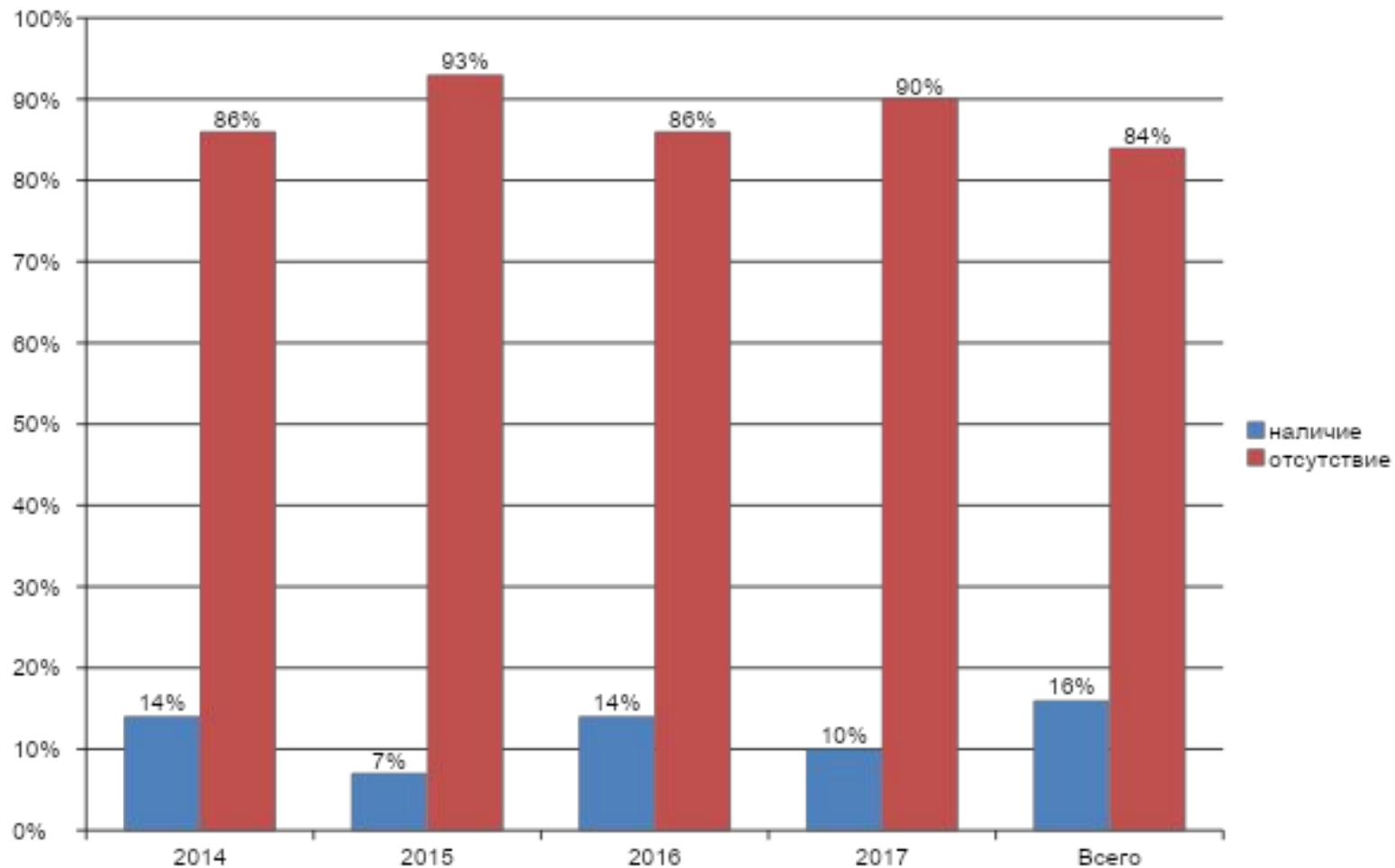
Наличие непереносимости НПВС

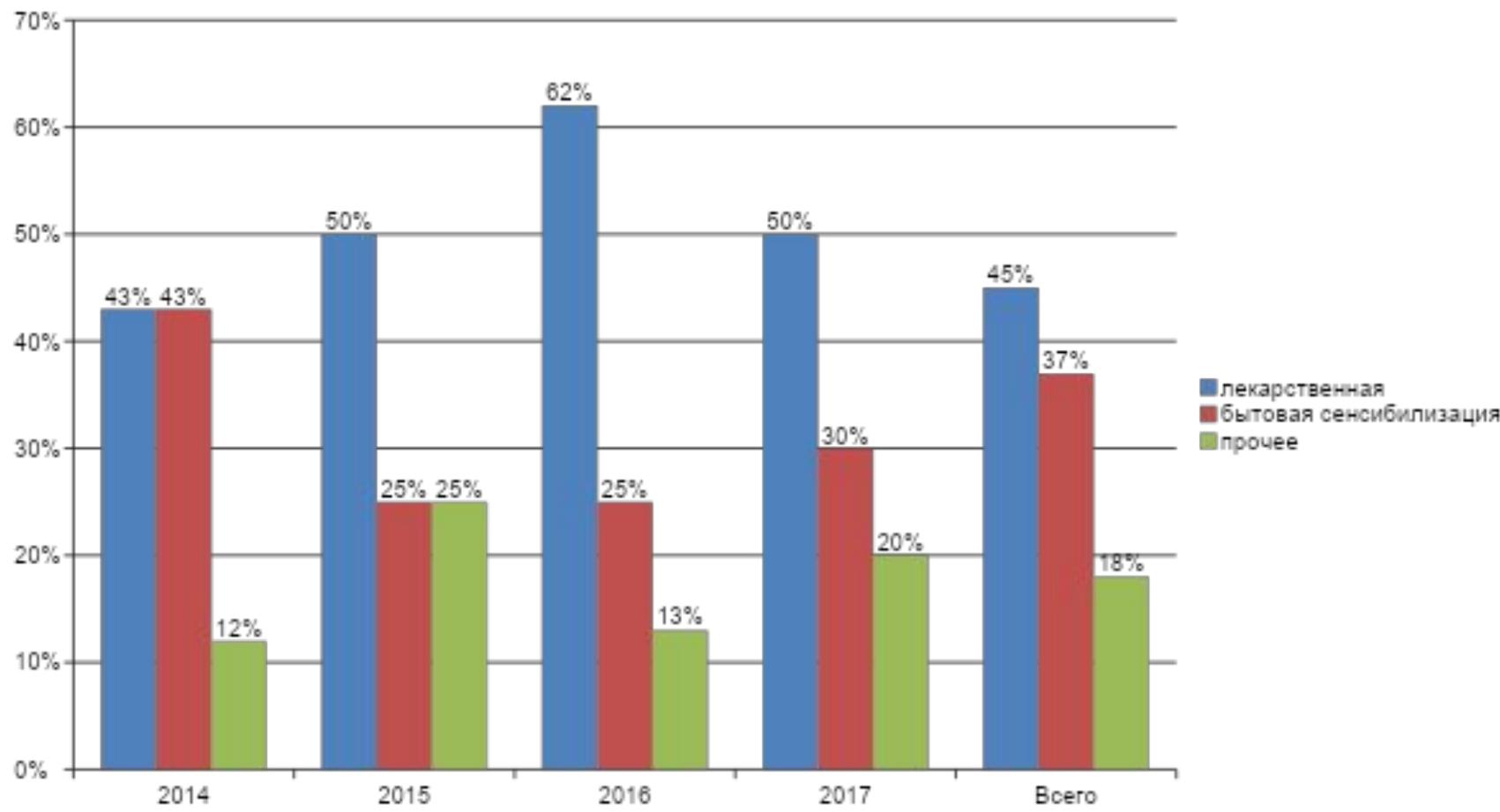


Наличие аспириновой триады

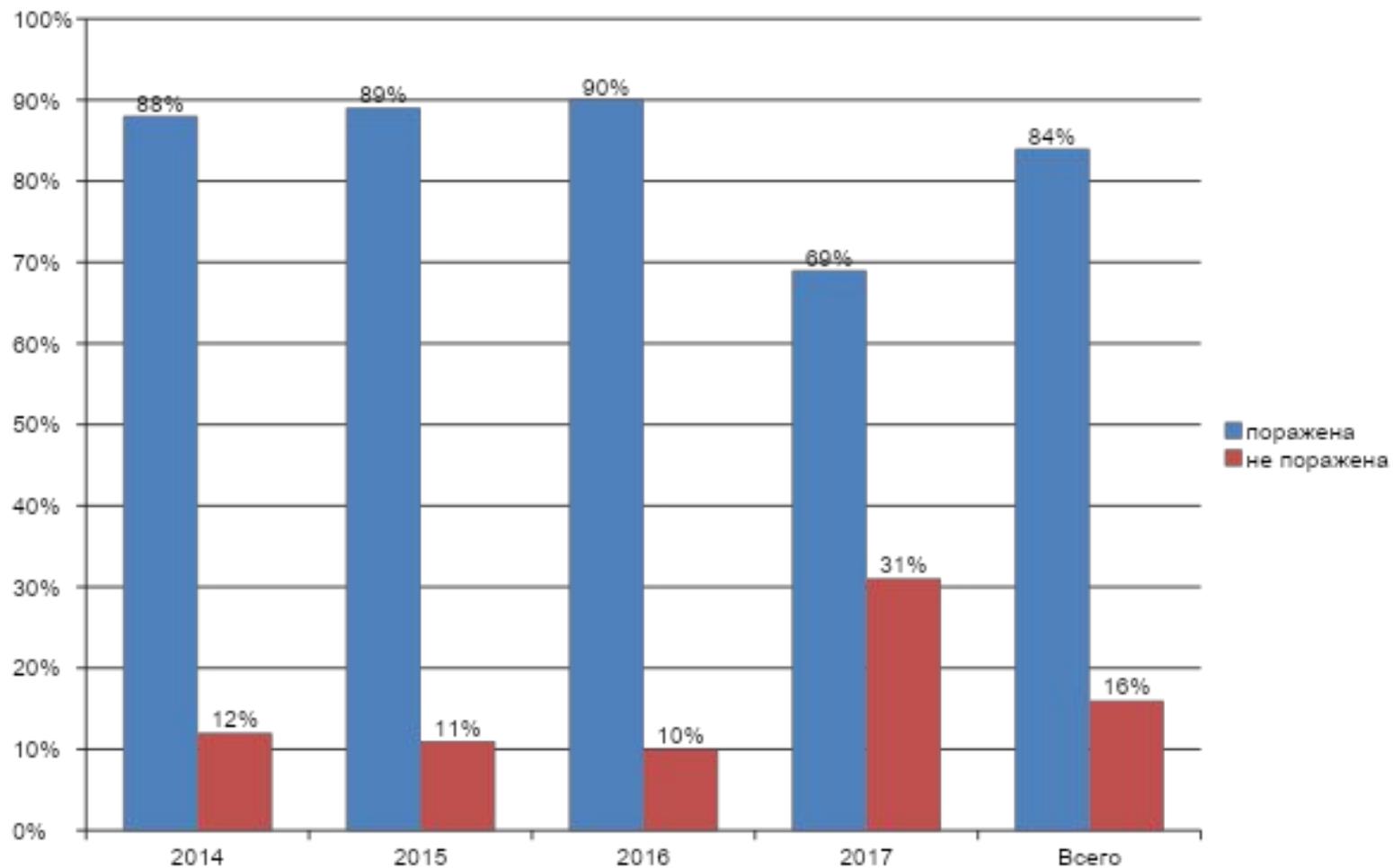


Наличие аллергии

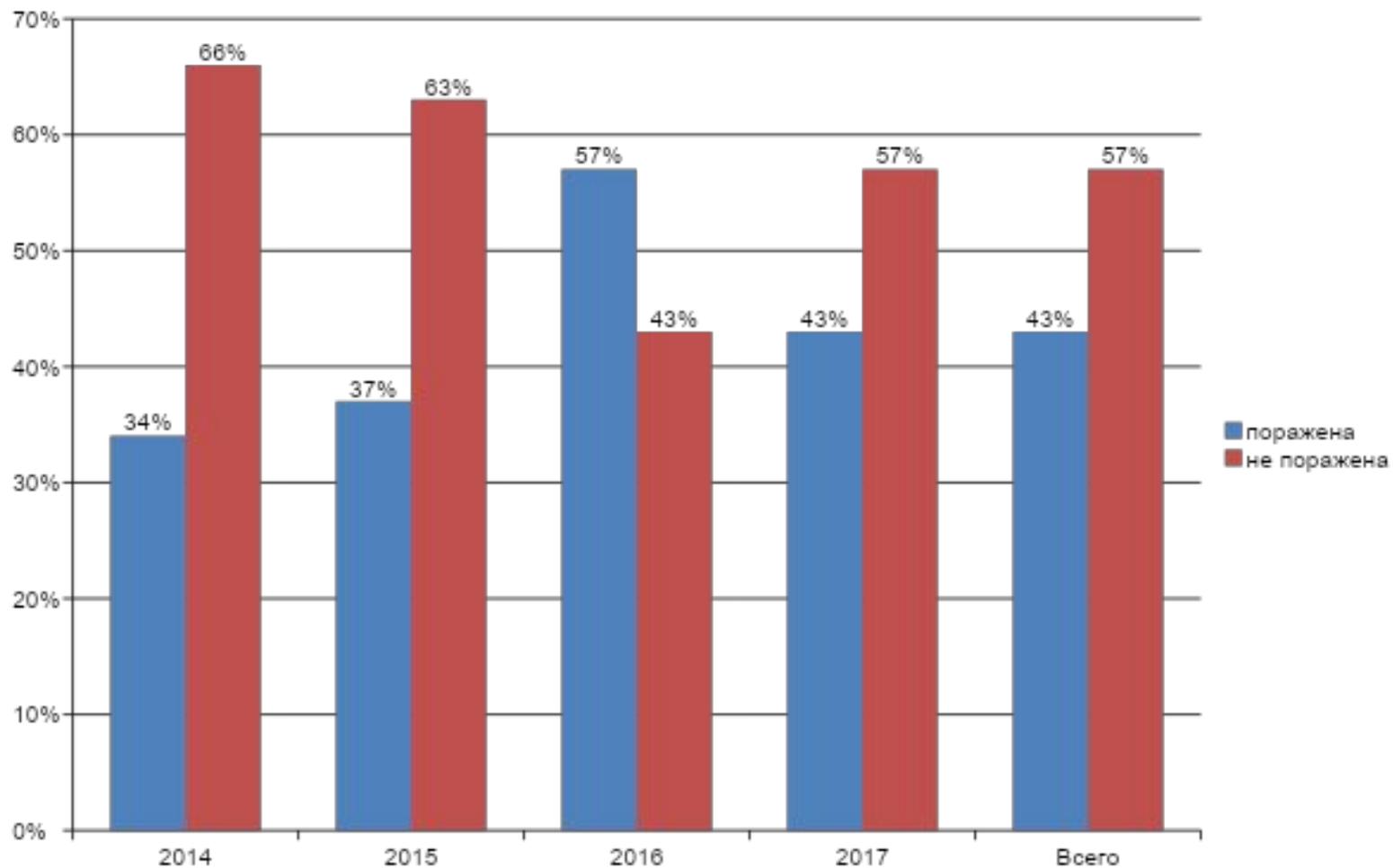




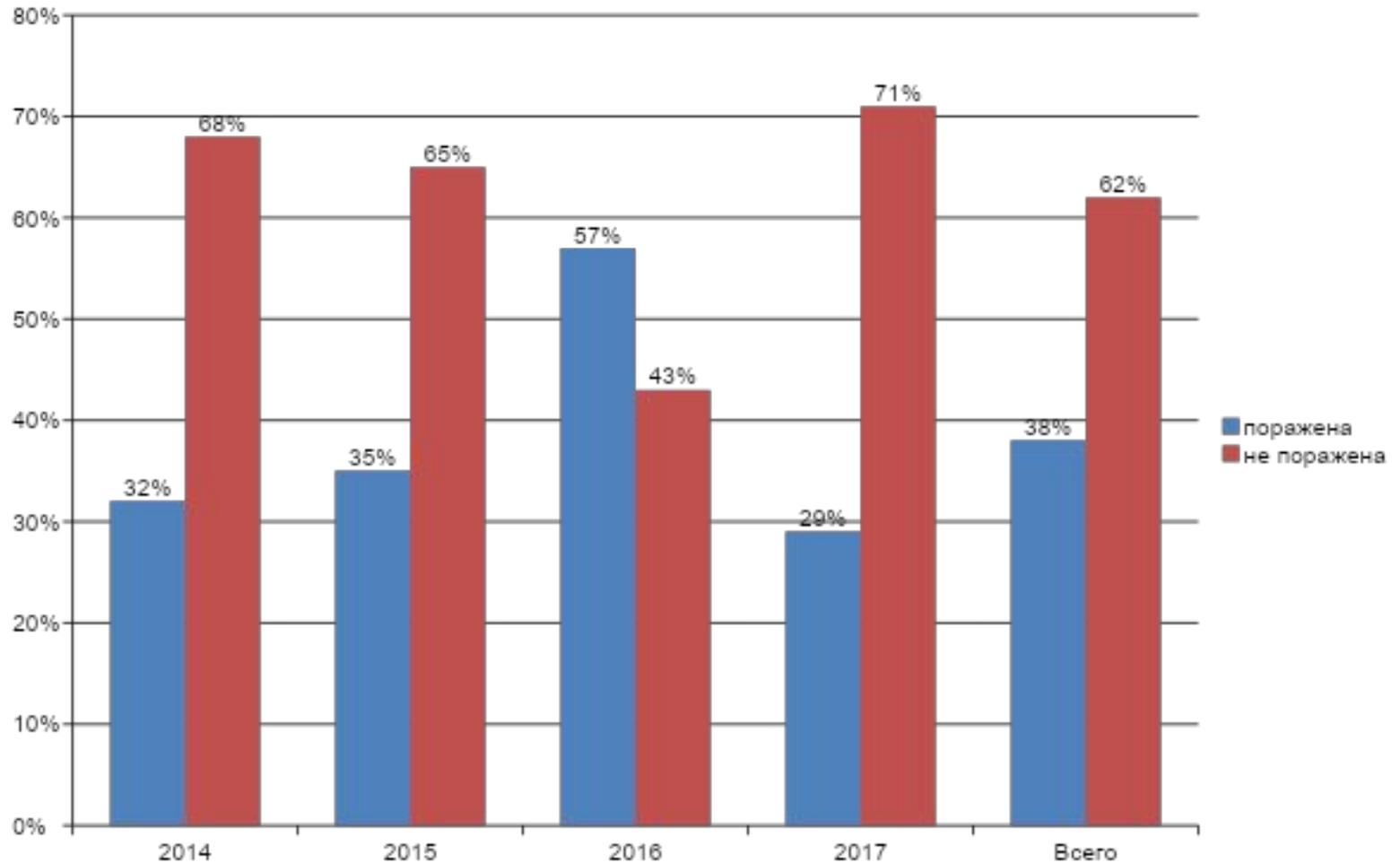
Поражение верхнечелюстной пазухи



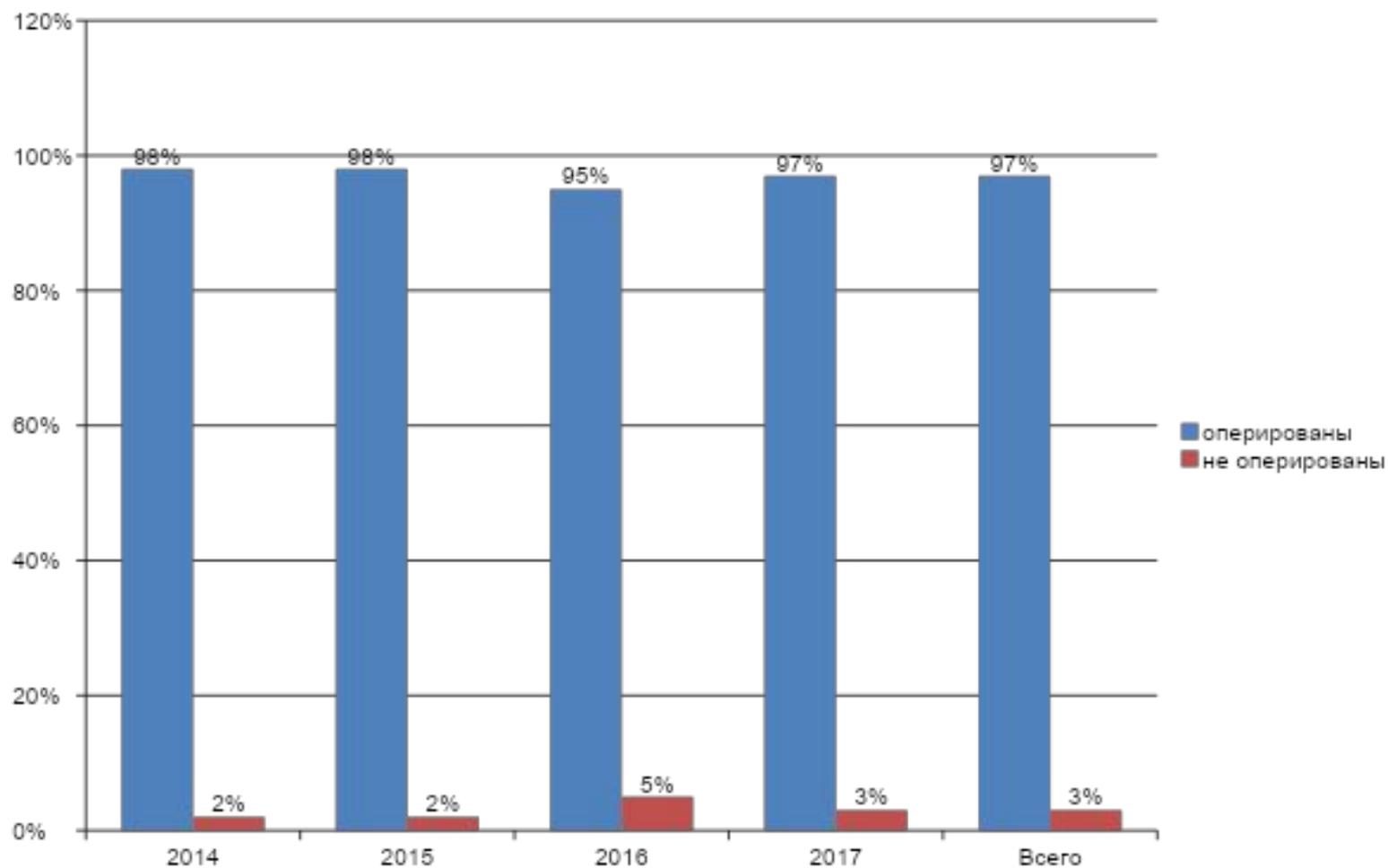
Поражение лобной пазухи



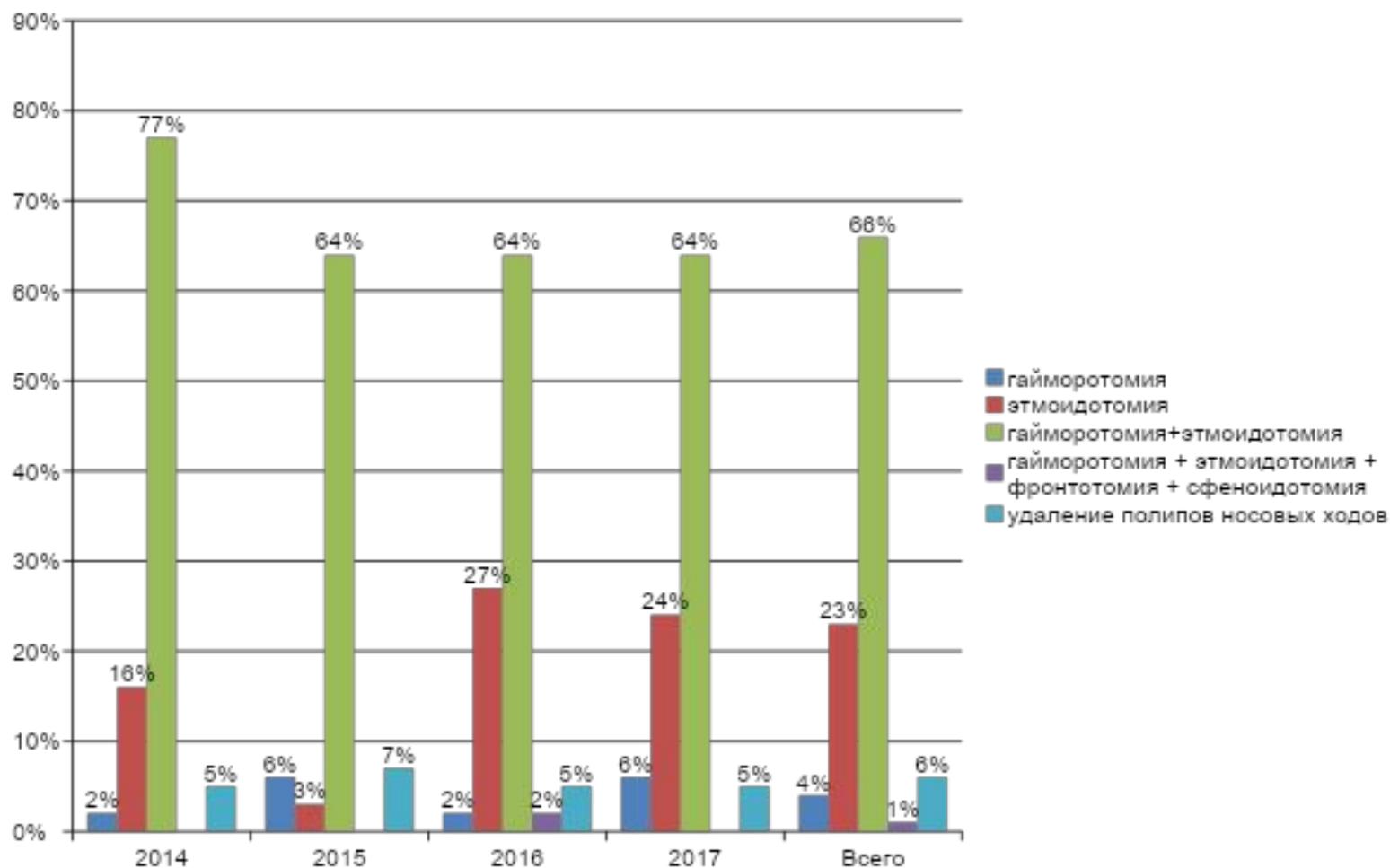
Поражение основной пазухи



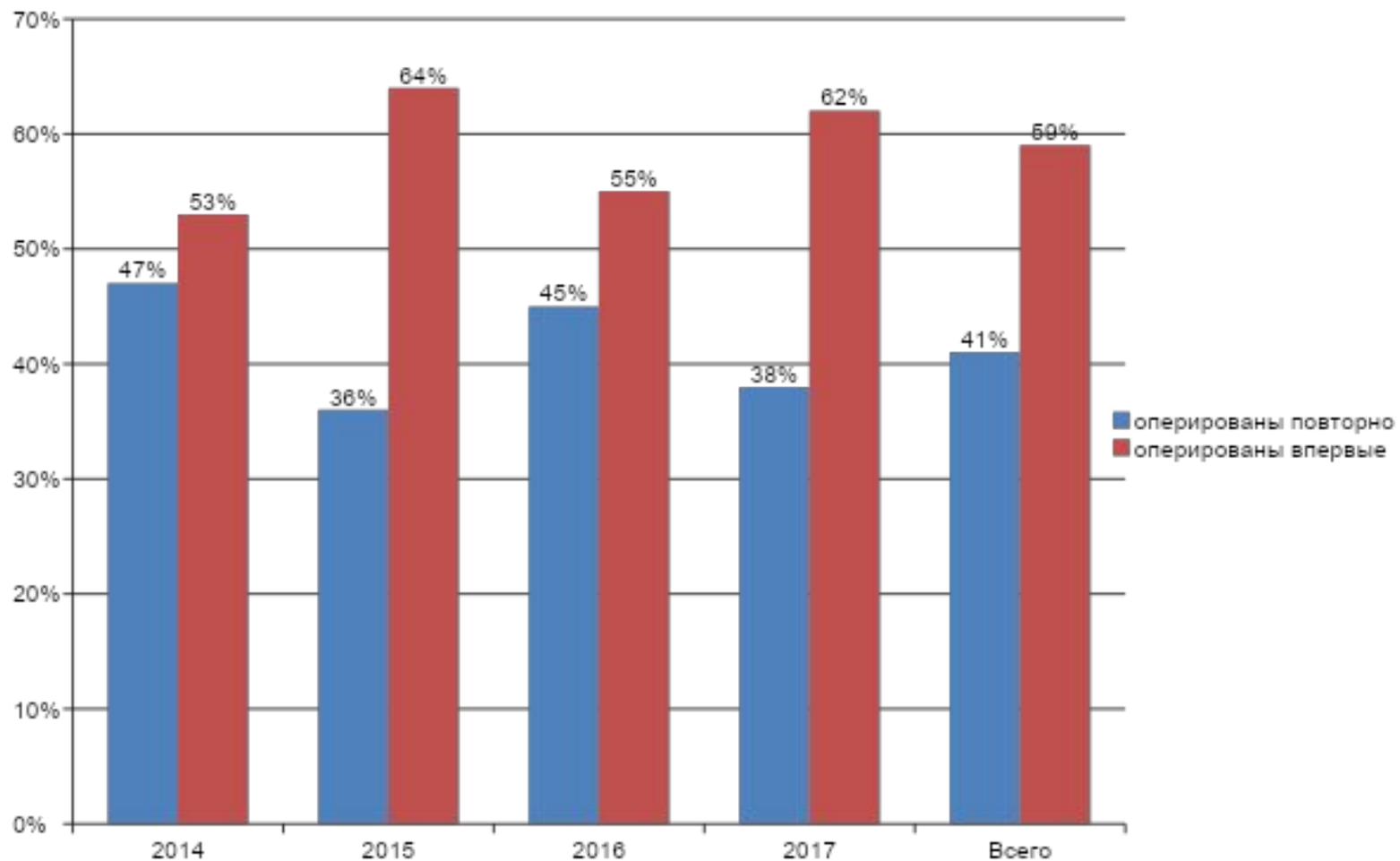
Оперативное вмешательство



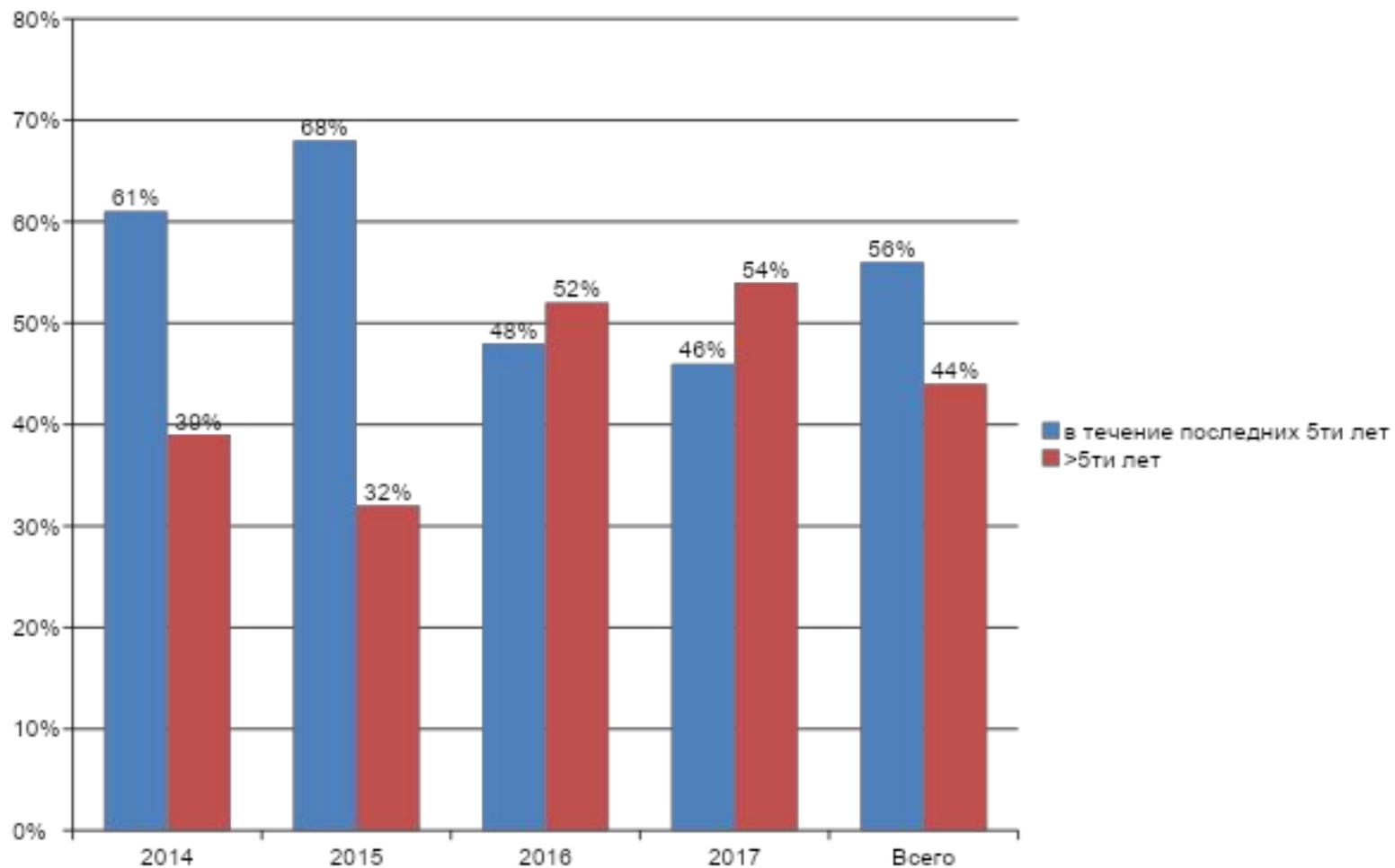
Варианты эндоскопических вмешательств



Повторная операция



Повторная операция в течение последних 5ти лет



Рекомендации при выписке

1. Наблюдение у ЛОР врача по м\ж
2. Избегать переохлаждения , перегревания и физ. нагрузок в течении 2х недель.
3. Промывание полости носа физиологическим раствором 2-4 раза в день в течении недели.
4. Мометазон в нос по 2 дозы 2 раза в день 2 недели, затем по 1 дозе 2 раза в день 3 месяца.

Заключение

Подводя итог, хочется подчеркнуть значимость дифференцированного подхода в лечении пациентов с полипозным синуситом. Органичное сочетание хирургических и консервативных мероприятий, гибкий индивидуальный подход в каждой конкретной клинической ситуации являются залогом успешного лечения. До настоящего времени нет стандарта для лечения полипозного риносинусита, который может полностью обеспечить выздоровление и предотвратить рецидивирование полипоза носа.

Список использованной литературы

1. Болезни уха, горла и носа / Ханс Бербом, Оливер Кашке, Тадеу Навка, Эндрю Свифт; пер. с англ. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 298-303 с. : ил.
2. Руководство по ринологии / Под ред. Г.З. Пискунова, С.З. Пискунова. – М. : Литтерра, 2011. 419-508 с.
3. Арипова М.Л. Оптимизация хирургического метода лечения и послеоперационное ведение больных с хроническим полипозным риносинуситом / М.Л. Арипова, Т.Р. Халимова // Российская оториноларингология. – 2015. -№1. – С. 11-14.
4. Белошангин А.С. Вариабильность ответной реакции слизистой оболочки полости носа в зависимости от проводимой терапии при полипозном риносинусите / А.С. Белошангин // Российская оториноларингология. – 2012. - №6. – С. 12-15.
5. Будковая М.А. Комплексный подход при лечении впервые выявленных и рецидивирующих полипозных риносинуситов / М.А. Будковая // Российская оториноларингология. – 2015. – №1. – С. 18-25.
6. Винникова Н.В. Роль микрофлоры в патогенезе хронического полипозного риносинусита / Н.В. Винникова // Российская оториноларингология. – 2015. - №1. – С. 34-37.
7. Вохидов У.Н. Показатели цитокинов IL-2, IL-4, IL-8 в сыворотке крови при различных формах хронических полипозных риносинуситов / У.Н. Вохидов // Российская оториноларингология. – 2014. - №1. – С. 30-36.
8. Добрынин К.Б. Эфферентные методы противорецидивного лечения при полипозном риносинусите / К.Б. Добрынин // Российская оториноларингология. – 2012. - №6. – С. 50-54.
9. Завадский А.В. К вопросу о патогенезе полипоза носа / А.В. Завадский, Е.А. Завадская // Российская оториноларингология. – 2014. - №4. – С. 52-61.
10. Карпищенко С.А. Клинико-лучевая характеристика разных клинических форм хронического полипозного риносинусита / С.А. Карпищенко, А.А. Зубарева, М.А. Шавгулидзе // Российская оториноларингология. – 2013. - №5. – С. 43-51.
11. Машкова Т.А. Клинико-лабораторная оценка назальной обструкции у больных полипозным риносинуситом / Т.А. Машкова, А.Б. Мальцев // Российская оториноларингология. – 2015. - №6. – С. 43-45.



**Спасибо за
внимание!**