



СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
НАУК О ЖИЗНИ

Хронический полипозный риносинусит: этиопатогенез, диагностика. Хирургическое лечение

Миронова Анна Руслановна
4 курс КИДЗ 12 группа

- Полипозный риносинусит – хроническое заболевание слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, основным клиническим проявлением которого является образование и рецидивирующий рост полипов.
- Все формы хронического риносинусита разделяют на хронический риносинусит без полипов (chronic rhinosinusitis without nasal polyps – CRSsNP) хронический риносинусит с полипами (chronic rhinosinusitis with nasal polyps – CRSwNP).
- Единой теории этиопатогенеза на сегодняшний день не существует. С большой долей уверенности можно говорить, что ПРС является полиэтиологичным заболеванием.

Статистика

- В среднем по России показатель обращаемости больных ПРС составляет 4,9 на 10 000 населения, при этом отмечается около 70000 новых случаев ПРС в год. Исходя из этих статистических данных, в России ПРС может встречаться примерно у 1 млн 400 тыс. человек.
- Средний возраст пациентов для дебюта ПРС составляет 42 года, мужчины подвержены этому заболеванию чаще женщин в соотношении 2—3:1.

Этиопатогенез



Иммунологическая гипотеза и генетическая предрасположенность

- **Изменение иммунологической реактивности на местном и системном уровне приводит к формированию полипов под воздействием триггерных агентов.**
- Наиболее активно сейчас рассматривают влияние цитокинов и несостоятельность ф-ов местной защиты в очаге воспаления.

- Статья 2018 «Изучение полиморфизмов генов цитокинов *IL5*, *IL1* и *TNF α* в формировании предрасположенности к хроническому полипозному риносинуситу» А.С. Левченко.
- *IL5*- запускает пролиферацию и дифференцировку эозинофилов, стимулирует рост и созревание В-лимфоцитов.
- *IL1b*- провоспалительный интерлейкин.
- *TNF α* - стимулирует продукцию *IL-1*, *6*, *8*, активирует лейкоциты.

- В ходе исследования было выявлено: генотипы G/A-A/A $TNF\alpha$ были ассоциированы с повышенным риском развития ХПРС, в то время как генотип C/T $IL5$ – с пониженным риском развития ХПРС.
- Статистически значимых различий в частотах аллелей и генотипов полиморфизмов гена $IL1\beta$ не установлено.
- Полиморфные варианты генов $TNF\alpha$ и $IL5$ цитокинов являются значимыми предикторами в оценке предрасположенности к хроническому полипозному риносинуситу.

Классификация. Клинические рекомендации 2016 год.

Гистология

- Отечные, эозинофильные
- Фиброзно-воспалительные
- Железистые
- С атипией стромы

Этиопатогенез по Г.З. Пискунову*

- Полипоз при нарушениях аэродинамики
- Полипоз при гнойном воспалении слизистой
- Полипоз в результате грибкового поражения слизистой
- Полипоз в результате нарушения метаболизма арахидоновой кислоты
- Полипоз при муковисцидозе, Картагенере

Локализация

- Диффузный двусторонний ПРС
- Солитарные полипы-односторонний процесс, когда поражается одна пазуха

Классификация



Факторы риска.

Экзогенные:

- Курение
- Экологически неблагоприятный район
- Работа на производстве
- Контакт с бытовой химией

Эндогенные:

- ОРВИ
- Аллергический ринит
- Аномалии носовой перегородки
- Аденоиды
- Муковисцидоз
- Синдром Картагенера

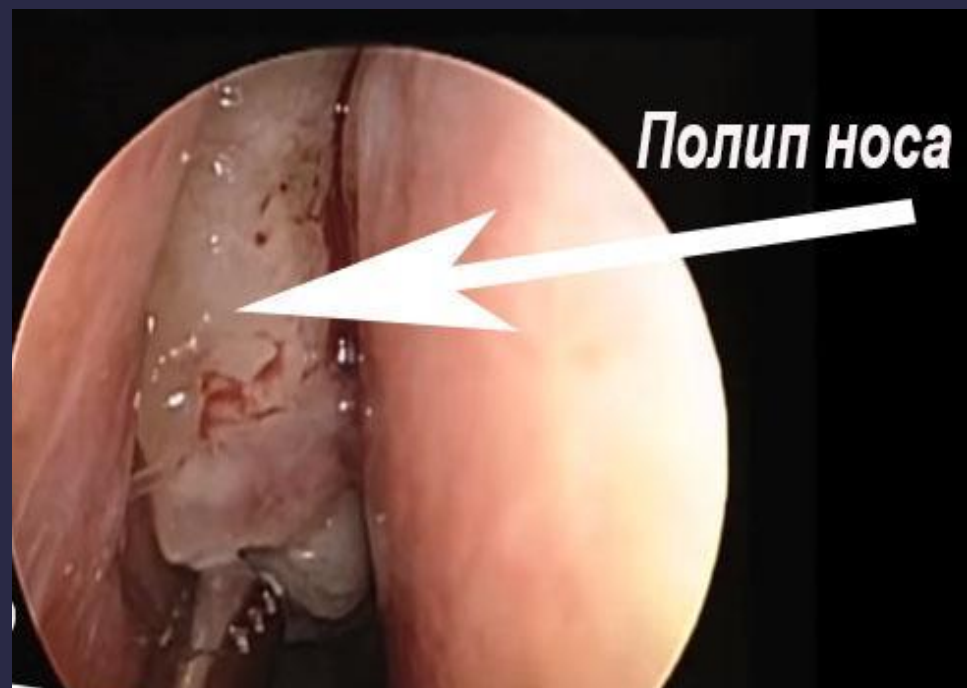
Диагностика. Жалобы

- Стойкая заложенность носа и затруднение носового дыхания.
- Характерно снижение или полное отсутствие обоняния, которое может периодически, на фоне проводимого лечения улучшаться и снова пропадать.
- Выделения из носа обычно скудные, густые, слизистые или слизисто-гнойные.
- Нередко это создает мучительное ощущение стекания слизи по задней стенке глотки (постназальный синдром).
- Голос пациента обычно имеет гнусавый оттенок.
- Головная боль, если присутствует, не имеет четкой локализации как при других формах риносинусита.

Диагностика. Осмотр

- Для диагностики стандартно используют *переднюю и заднюю риноскопию*, а также *эндоскопию* полости носа.
- При передней риноскопии оценивают степень обтурации общих и средних носовых ходов полипозной тканью, наличие отделяемого и выраженность отека слизистой оболочки.
- При задней риноскопии осматривают носоглотку, устанавливают наличие полипов в задних отделах полости носа и степень их распространения в носоглотку. Также оценивают степень деформации перегородки носа и размеры нижних носовых раковин.

Эндоскопическая картина



<https://endolor.com.ua/img/content/1405320000.jpg>

<https://vy-doctor.com.ua/wp-content/uploads/2017/07/polipoz-shejver-2.jpg>

Лучевые методы

- Из лучевых методов диагностики ведущее значение имеет *компьютерная томография (КТ)*, позволяющая не только установить распространенность полипозного процесса, но и определить наличие дефектов или аномалий внутриносовых структур.
- *Магнитно-резонансная томография* имеет второстепенное значение в диагностике ПРС. Использование МРТ целесообразно в целях дифференциальной диагностики, особенно при подозрении на опухолевой процесс.

KT



https://volynka.ru/_r/diseases/248/268_529x268_90.jpg

https://static.wixstatic.com/media/d8ae65_d6de4d4255724eac9d451ba3733d3af8.jpg

Хирургическое лечение

Радикальная операция	Эндоскопическое вмешательство
Петлевая полипотомия	Эндоскопическая полисинусотомия
Полисинусотомия	

- Цель хирургического вмешательства – удаление полипов, коррекция анатомических аномалий (деформация перегородки носа, гипертрофия носовых раковин и др.), ревизия и коррекция размеров соустьев ОНП, вскрытие и удаление клеток решетчатого лабиринта, пораженных полипозным процессом.
- Большое значение имеет *предоперационная подготовка*. Использование системных ГКС в предоперационном периоде не только позволяет сократить размер полипов, но и уменьшает отек и кровоточивость тканей во время хирургического вмешательства, что позволяет максимально сохранять анатомические структуры и проводить операцию с минимальной травмой слизистой оболочки. Системная фармакотерапия ГКС также является профилактикой обострений сопутствующей БА в послеоперационном периоде.

Хирургическое лечение

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

«Разнообразие подходов при лечении хронического полипозного риносинусита» Д.Д.Каляпин // РМЖ.2018№.3.С.67-70

- *В послеоперационном периоде* системную кортикостероидную терапию рекомендуется продолжать в течение не менее 3 суток с постепенным снижением дозы препарата. После удаления тампонов рекомендуется проведение *ирригационной терапии* одним из существующих методов
- *Динамическое наблюдение* пациента в течение первого года после операции рекомендуется проводить не реже чем через каждые 3-4 месяца.

Литература

1. Клинические рекомендации «Полипозный риносинусит» 2016 год.
2. «Изучение полиморфизмов генов цитокинов IL5, IL1 и TNF α в формировании предрасположенности к хроническому полипозному риносинуситу». А.С. Левченко, О.Ю. Мезенцева, О.Ю. Бушуева, А.А. Воробьева, М.Б. Фрейдин, А.В. Полоников 2018 год.
3. Полипозный риносинусит. Современные подходы к изучению патогенеза, диагностике и лечению. В. С. Козлов, Е. Л. Савлевич 2015 год.
4. «Анализ влияния эндогенных факторов на развитие хронического полипозного риносинусита». П.В. Примушко, О. Ю. Мезенцева 2018 год.
5. «Разнообразие подходов при лечении хронического полипозного риносинусита» Д.Д.Каляпин // РМЖ.2018№.3.С.67-70