

БЕЗОПАСНОСТЬ ЩАДЯЩЕГО УДАЛЕНИЯ ПОЛИПОВ ПОЛОСТИ НОСА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

М. Рябова, доктор медицинских наук, профессор,
Н. Шумилова, кандидат медицинских наук
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова
E-mail: schumilov211@yandex.ru

Результаты лечения 69 больных бронхиальной астмой показали, что полипотомия носа с помощью радиочастотной петли и лазера безопасна и значительно улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: полипотомия, бронхиальная астма, хронический полипозный риносинусит.

Доля больных хроническим полипозным риносинуситом (ХПРС) от числа всех лиц с заболеваниями ЛОР-органов достигает, по разным оценкам, 20% [1], а частота встречаемости бронхиальной астмы (БА) у больных ХПРС — 30–70% [2]. ХПРС у пациентов с БА характеризуется более частым рецидивированием, в связи с чем требуются повторные оперативные вмешательства. Есть мнение, что удаление полипов полости носа (ПН) неэффективно у больных БА, а методика оперативного вмешательства и его объем не влияют на частоту рецидивов [3]. Удаление полипов ПН у больных БА может провоцировать нарастание симптомов бронхообструкции, особенно в случае применения тампонады, что нередко служит неоправданным основанием к отказу от оперативного вмешательства.

Наличие полипозных масс вызывает раздражение рефлексогенных зон слизистой оболочки ПН и часто утяжеляет течение БА. При отсутствии носового дыхания в бронхиальное дерево попадают химические и механические раздражители, инфекционные агенты, поллютанты, способствуя формированию в бронхах воспалительных реакций. Локализирующиеся в средних носовых ходах полипы блокируют соустья околоносовых пазух (ОНП), что зачастую ведет к затруднению оттока отделяемого и развитию гнойного воспалительного процесса, который, рефлекторно воздействуя на бронхиальное дерево, может также способствовать распространению инфекции на нижние дыхательные пути.

Основной метод консервативного лечения ХПРС, в том числе у больных БА, — применение интраназальных глюкокортикостероидов (ГКС), однако при распространенных полипозных разрастаниях такой подход не улучшает носовое дыхание и не способствует значимому уменьшению объема полипозных масс. Эндоскопическая полипотомия в сочетании с хирургическим вмешательством на ОНП у больных БА может быть выполнена в условиях общей анестезии, при этом требуется тампонада ПН, что не всегда приемлемо у больных с тяжелой соматической патологией, а также у пожилых пациентов.

Сейчас хирурги располагают такими инструментами, как лазер, радиочастотная петля. Мы поставили перед собой задачу доказать безопасность и эффективность полипотомии носа

с их применением в условиях местной анестезии у больных с ХПРС и сопутствующей БА.

В исследование вошли 69 пациентов с ХПРС и сопутствующей БА средней и тяжелой степени в возрасте от 32 до 83 лет (в среднем — 57 лет), в том числе 59 человек с полипозно-гнойной формой риносинусита.

У всех пациентов выполнены: общепринятый осмотр ЛОР-органов; общеклиническое обследование; компьютерная томография ОНП; цитологическое исследование отделяемого из верхнечелюстных пазух (ВЧП) и ПН; микробиологическое исследование отделяемого из ВЧП; подсчет количества эозинофилов в срезах, приготовленных из удаленных полипов ПН; осмотр пульмонологом. При необходимости оценивали функцию внешнего дыхания и корректировали базисную терапию БА. Степень выраженности полипозных разрастаний в ПН оценивали в ходе осмотра ЛОР-органов: I степень — полипы не выходят за нижний край средней носовой раковины; II — полипозные разрастания распространяются не ниже края нижней носовой раковины; III — полипы распространяются до дна ПН [4].

Всем больным ранее неоднократно выполняли полипотомию. У 5 (7%) пациентов дебют БА спровоцировала септум-операция, у 8 (11,6%) — традиционная петлевая полипотомия носа, при которой во всех случаях потребовалась тампонада ПН. По тяжести БА пациенты распределились так: у 55 (79,7%) больных — БА средней степени тяжести, у 14 (20,3%) — БА тяжелого течения [5, 6]; по степени контроля: контролируемая БА — у 36 (52,2%) пациентов, частично контролируемая — у 32 (46,4%), неконтролируемая — у 1 (1,4%). Утяжеление течения БА отмечено у 33 (47,8%) больных, в том числе у 30 (30/59, 51%) — с полипозно-гнойной формой заболевания и у 3 (3/10, 30%) — с полипозной.

По результатам цитологического исследования, эозинофилия секрета из ВЧП во всех случаях превышала эозинофилию мазка-отпечатка со слизистой оболочки ПН (см. таблицу). Выявлено наличие умеренно выраженной прямой корреляционной взаимосвязи между тканевой эозинофилией и эозинофилией отделяемого из ВЧП при полипозно-гнойной форме заболевания (коэффициент ранговой корреляции Спирмена — 0,38; $p < 0,05$). Значимой взаимосвязи между количеством эозинофилов в периферической крови и отделяемом из ВЧП, а также между количеством эозинофилов в крови и ткани полипа не установлено.

Микрофлора, согласно результатам бактериологического исследования, была главным образом представлена условно-патогенными микроорганизмами и выделена у большинства пациентов (у 50% больных полипозным риносинуситом и у 68% — полипозно-гнойным). В составе микрофлоры отделяемого из ВЧП чаще встречался *Staphylococcus aureus* (у 29% пациентов с полипозно-гнойным риносинуситом). Различий в эозинофилии отделяемого и клинической активности течения полипозного риносинусита при наличии *S. aureus* и его отсутствии не выявлено.

Консервативное лечение предусматривало: промывание ВЧП; системную антибактериальную терапию препаратами из группы макролидов (7 дней) у 55 (80%) из 69 больных; системную терапию ГКС при утяжелении течения БА (4 дня). Оперативное вмешательство выполнено всем больным с III степенью распространенности полипозного процесса в ПН. При I–II степенях полипозных разрастаний 21 (39%) больной отказался от операции в связи с хорошими результатами консервативной терапии — купированием воспалительного процесса в ОНП, восстановлением носового дыхания.

Результаты лабораторных исследований (M±σ)

Показатель	Больные с полипозной формой БА (n=10)	Больные с полипозно-гношной формой БА (n=59)
Количество эозинофилов в мазке-отпечатке, %	21,3±14,1	26,3±25,4
Количество эозинофилов в отделяемом из ВЧП, %:		
до лечения	41,9±18,6*	37,7±24,2*
до консервативного лечения	41,8±9,3	31,6±21,5
до оперативного лечения	43,0±25,4	43,0±25,4
после консервативного лечения	–	20,0±12,0**
после оперативного лечения	–	25,4±19,2**
Количество эозинофилов в периферической крови, %:		
до лечения	6,8±3,7	6,2±5,1
после консервативного лечения	3,2±0,9	5,6 (1,3; 6,7)
после оперативного лечения	3,2±2,1	3,0±2,5
Количество эозинофилов в ткани полипа в поле зрения	221 (51; 292)	139 (18; 148)

Примечание. * – значимые различия между группами (критерий Манна-Уитни); ** – значимые различия с показателем до лечения (критерии Уилкоксона; $p < 0,05$); при $M < \sigma$ данные представлены в виде $M (P_{25} \text{ и } P_{75} - \text{нижний и верхний квартили})$; количество эозинофилов в ткани полипа определяли у 6 больных полипозной формой БА и у 42 больных полипозно-гношной формой БА.

Подготовка больных к оперативному вмешательству включала в себя системную терапию ГКС (по 8 мг дексаметазона накануне и за 30 мин до операции, по 4 мг – в 1-е и 2-е сутки после операции) и премедикацию: промедол (20 мг/мл – 1,0 мл), атропина сульфат (0,1% – 1,0 мл), диазепам (10 мг – 2,0 мл) – за 10–15 мин до операции. Оперативное вмешательство во всех случаях проводилось в условиях местной аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина под эндоскопическим контролем. Крупные полипы ПН удаляли, отсекая ножки радиочастотной петлей, что позволило быстро и бескровно удалить основной объем полипозных разрастаний. Мелкие полипы ПН и ножки полипозной ткани, оставшиеся после удаления полипов радиочастотной петлей, vaporизировались в контактном режиме с помощью лазерного излучения с длиной волны 810, 980 или 1470 нм либо дистантно лазером с длиной волны 980 нм (оптимальную мощность излучения устанавливали экспериментально) [7, 8]. Для предотвращения воздействия на бронхи образующегося при воздействии лазера дыма его удаляли электроотсосом. Всем пациентам через 1 сут после оперативного лечения назначали назальные топические ГКС на срок не менее 1 мес.

Все больные отмечали восстановление носового дыхания с 1-х суток послеоперационного периода. Ни в одном случае не наблюдалось носового кровотечения ни во время операции, ни в послеоперационном периоде, в том числе у больных, получавших терапию антикоагулянтами, что исключило необходимость тампонады ПН. Утяжеление БА не отмечено ни у одного больного как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Половина больных отмечали значительное уменьшение выраженности симптомов БА после оперативного лечения и возможность снижения доз базисной терапии БА.

Эозинофилия отделяемого из ВЧП после лечения достоверно уменьшилась. Более значимое снижение эозинофилии отделяемого из ВЧП у больных полипозно-гношным риносинуситом с сопутствующей БА после оперативного лечения (на 18,5%), чем после консервативного (на 13,6%), может быть обусловлено проведением курса системной терапии ГКС всем больным, получившим хирургическое лечение.

Рецидив полипозного риносинусита выявлен у 21 (30%) больного в срок от 3 до 66 (14,6±2,1) мес. Ретроспективный анализ результатов цитологического исследования у 8 (38%) больных с рецидивами показал, что у них до лечения была высокая степень эозинофилии в отделяемом из ВЧП (70,4±3,7%). У 9 (43%) больных с рецидивами эозинофилия отделяемого из ВЧП была высокой, однако имела тенденция к ее росту на фоне лечения (с 22,8±5,0 до 31,4±6,8%). У 7 больных за период наблюдения отмечались неоднократные рецидивы.

Проведена оценка чувствительности и специфичности метода прогнозирования рецидива заболевания на основании исходно высокой эозинофилии отделяемого из ВЧП (>50%) и роста эозинофилии на фоне лечения. Чувствительность метода составила 64%, специфичность – 74%.

Полипотомия носа с помощью радиочастотной петли и лазера в условиях местной анестезии в комплексе с предоперационной подготовкой является безопасной у больных БА и значительно улучшает качество их жизни. Эозинофилия отделяемого из ВЧП может служить дополнительным критерием оценки эффективности лечения больных ХПРС и БА.

Литература

1. Akdis C., Bachert C., Cingi C. et al. Endotypes and phenotypes of chronic rhinosinusitis: a PRACTALL document of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology and the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology // J. Allergy Clin. Immunol. – 2013; 131: 1479–90.
2. Бондарева Г.П. Астматическая триада. Клинико-иммунологическая характеристика. Пути формирования. Терапевтические подходы. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009; 48 с.
3. Рязанцев С.В. Полипозные риносинуситы у больных с бронхообструктивным синдромом // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000; 3 (23): 46–55.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология: руководство для врачей / М.: Мед. информ. агентство, 2006; 560 с.
5. Белевский А.С. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы (2011). Под ред. А.С. Белевского / М.: Российское респираторное общество, 2012; 108 с.
6. Taylor D., Bateman E., Boulet L. et al. A new perspective on concepts of asthma severity and control // Eur. Resp. J. – 2008; 32: 545–54.
7. Рябова М.А., Шумилова Н.А. Лазерная полипотомия носа при мощности 20 Вт // Folia Otorhinolar et Pathol Resp. – 2015; 21 (2): 102–3.
8. Рябова М.А., Шумилова Н.А. Выбор метода хирургического лечения полипозного риносинусита у больных с бронхиальной астмой // Доктор.Ру. – 2014; 97–98 (9–10): 76–80.

SAFETY OF SPARING REMOVAL OF NASAL POLYPS IN ASTHMATIC PATIENTS
 Professor **M. Ryabova**, MD; **N. Shumilova**, Candidate of Medical Sciences
 Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

The results of treatment in 69 patients with asthma have indicated that nasal polypotomy using a radiofrequency loop and laser is safe and significantly improves quality of life in patients.

Key words: polypotomy, asthma, chronic polypous rhinosinusitis.