

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СИНУСОТОМИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПОЛИПОЗНЫХ РИНОСИНУСИТАХ ПО ДАННЫМ ЛОР КЛИНИКИ ГУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР» РТ

М.К. ИКРОМОВ¹, Д.Ш. ДАВЛАТОВ¹, М.Б. НАЗИРМАДОВА¹, А.А. АБДУХАЛИЛОВ¹

¹ Государственное учреждение «Национальный медицинский центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности эндоскопических и традиционных операций у больных с хроническим полипозным риносинуситом.

Материал и методы: под наблюдением находилось 56 больных с диагнозом хронический полипозный риносинусит в возрасте от 21 до 65 лет. Больные были разделены на две группы: I группа (31 пациент – основная группа), в которой хирургические вмешательства проведены эндоскопическим способом и II группа (25 больных – контрольная группа), где больные были прооперированы традиционными методами.

Результаты: эффективность метода оценивалась по частоте рецидива у оперированных больных. Анализ отдалённых результатов показал, что рецидив заболевания выявлен у 12,9% пациентов основной и 40% контрольной групп.

Заключение: метод эндоназальной эндоскопической риносинусотомии при хронических полипозных риносинуситах оказался эффективнее, чем традиционные способы.

Ключевые слова: эндоскопическая синусотомия, полипоз носа, гайморотомия, хирургия.

ESTIMATION OF ENDOSCOPIC SYNUSOTOMY EFFICIENCY IN CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPS BASED ON DATA OF ENT CLINIC OF PUBLIC INSTITUTION «NATIONAL MEDICAL CENTER» OF THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN

М.К. IKROMOV¹, D.SH. DAVLATOV¹, M.B. NAZIRMADOVA¹, A.A. ABDUKHALILOV¹

¹ Public Institution «National Medical Center» Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Tajikistan

Objective: To conduct a comparative analysis of the effectiveness of endoscopic and traditional surgeries in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps.

Methods: At the age of 21 to 65 years, 56 of patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps were diagnosed. Patients were divided into two groups: 1st group (31 patients – the main group), in which surgical interventions were performed endoscopically and 2nd group (25 patients – control group), in which patients underwent surgery using traditional methods.

Results: The effectiveness of the method was estimated based on the relapse frequency of the patients who underwent surgery. Analysis of the long-term results showed that relapse of the disease was detected in 12.9% of the patients of the main group and 40% of the control group.

Conclusions: The method of endonasal endoscopic rhinosinusotomy in chronic rhinosinusitis with nasal polyps proved to be more effective than traditional method of treatment.

Keywords: Endoscopic sinusotomy, nasal polyps, maxillary sinusotomy, surgery.

ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день многие проблемы оториноларингологии достаточно изучены, однако впереди осталось ещё немало задач, требующих своего решения. К одной из них можно отнести хронические воспалительные заболевания носовой полости и околоносовых пазух.

Хронический полипозный риносинусит (ХПРС) – это хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отёчной ткани, инфильтрированной эозинофилами. В структуре ЛОР патологии ХПРС составляет 20-40% из числа больных, обратившихся за помощью к оториноларингологу, и имеется тенденция к их увеличению [1-3].

Нарушение носового дыхания является основным проявлением ХПРС, отрицательно влияющим на качество жизни и общее состояние больного, и лежит в основе патогенеза и клиники патологии околоносовых пазух и уха. В полости носа и околоносовых пазухах полипы встречаются чаще, чем в других органах и системах организма [4-6].

Несмотря на длительное изучение проблемы ХПРС, до настоящего времени нет единого взгляда на этиопатогенез этого сложного заболевания. Существует большое количество теорий и мнений, однако ни одна из них не может до конца объяснить механизм развития данного заболевания [7-9]. Необходимо отметить, что полиэтиологичность механизмов полипообразования (аллергические процессы, генетические факторы, дисбаланс нейротропных агентов в слизистой оболочке полости носа, нейтрогенные воспаления и т.д.) делают эту проблему весьма дискуссионной. Пусковым механизмом во всех случаях остаются своеобразные воздействия факторов внешней среды [10-13].

Актуальность данной патологии связана не только с широким её распространением, но и сложностью лечения, частыми рецидивами. В настоящее время вопросы лечения ХПРС и предотвращения послеоперационных рецидивов рассматриваются, как одна из главных задач современной ринохирургии, и остаются открытыми для изучения [14, 15].

Несмотря на то, что эндоскопическая хирургия при лечении различных заболеваний широко используется в Таджикистане в течение 15-20 лет [16, 17], при патологии же ЛОР органов ры-

вок в этом направлении произошёл лишь в 2014 году. Благодаря эндоскопическому оборудованию стало возможным проводить сложные операции в труднодоступных местах, где традиционными методами осуществить это практически невозможно.

Использование эндоскопической техники открывает превосходные возможности для оториноларингологов не только визуализировать патологические процессы в самых глубоких отделах носовой полости, но и способствует тщательному удалению полипозной ткани из труднодоступных мест полости носа и придаточных пазух.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение сравнительного анализа эффективности эндоназальной эндоскопической синусотомии и традиционных методов операций при хронических полипозных риносинуситах.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением в I ЛОР отделении ГУ «Национальный медицинский центр» РТ в 2015-2016 г.г. находилось 56 больных с диагнозом «Хронический полипозный риносинусит» в возрасте от 21 до 65 лет. Средний возраст составил 39,7 лет. В зависимости от методов, применённых в процессе хирургического лечения, пациенты были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошёл 31 пациент (17 (54,8%) мужчин и 14 (45,2%) женщин). В контрольную группу были включены 25 пациентов (12 (48%) мужчин и 13 (52%) женщин).

В обеих группах проводилось следующее предоперационное обследование: общеклинические и биохимические анализы, флюорография грудной клетки, передняя и задняя риноскопия, компьютерная томография полости носа и придаточных пазух. Больным основной группы дополнительно была проведена оптическая эндоскопия полости носа с видео- и фотодокументацией (рис. 1-4).

Всем больным основной группы была проведена эндоскопическая эндоназальная хирургия. В объём хирургического вмешательства в большинстве случаев входило несколько операций: полипотомия полости носа с этмоидотомией, гайморотомия,



Рис. 5. Общий вид монополярного коагулятора

сфеноидотомия, хирургия средних и нижних носовых раковин. Каждому больному, в зависимости от характера патологического процесса и результатов компьютерной томографии, было проведено несколько стандартных вмешательств одновременно. При этом соотношение число операций/число больных составило 3:1. Пациенты контрольной группы были оперированы традиционным методом. Под местной анестезией были проведены полипотомия носа (полипы были удалены механически петлями, носовыми щипцами в пределах носовой полости), полипоэтомидотомия; под общим эндотрахеальным наркозом – полипоэтомидогайморотомия и радикальная операция по Калдвелл-Люкю.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Все больные основной группы были прооперированы под общим эндотрахеальным наркозом и под контролем эндоскопа – микроинструментами. Для очистки операционного поля от крови и коагуляции кровоточащих сосудов использовался монополярный коагулятор с функцией отсасывания. Этот инструмент представляет собой длинную трубку с тонким изолирующим покрытием, дистальный конец которой лишён изоляции для коагуляции требуемого участка, а проксимальный конец присоединяется к отсосу и коагулятору (рис. 5).

Уникальность этого инструмента в том, что он даёт возможность одновременно отсасывать и коагулировать кровоточащие сосуды в глубоких отделах носовой полости и тем самым улучшает визуализацию операционного поля.

31 больному основной группы выполнены следующие вмешательства: полипоэтомидотомия (15), полипоэтомидогайморото-

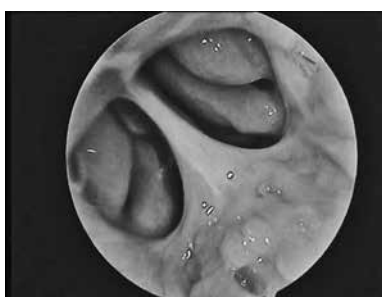


Рис. 1, 2. Передняя и задняя риноскопия в норме (носовые ходы чистые, носовые раковины средних размеров, хоаны свободные, задние концы нижних и средних носовых раковин визуализируются хорошо, видны все опознавательные точки).

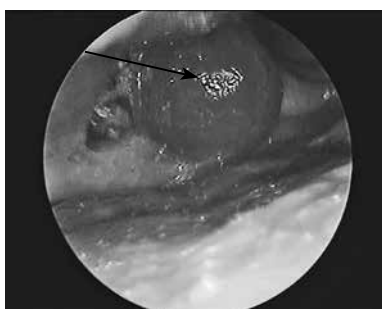


Рис. 3, 4. Передняя и задняя риноскопия больного с правосторонним ХПРС (в среднем носовом ходе видны полипозные массы с гладкой поверхностью белесоватого цвета в виде виноградной грозди, достигающие до глубоких отделов носовой полости; задняя риноскопия показывает obturацию правой хоаны полипозными массами).

Таблица 1. Количество и виды операций в исследуемых группах.

| Группы Вид операции | Основная группа и вид обезболивания | | Контрольная группа и вид обезболивания | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-------|--|-------|
| | Местный | Общий | Местный | Общий |
| Полипотомия носа | | | 10 | |
| Полипоэтомидотомия | | 15 | 7 | |
| Полипоэтомидогайморотомия | | 10 | | 5 |
| Полипоэтомидогайморосфеноидотомия | | 5 | | |
| Радикальная операция по Калдвелл-Люку | | | | 3 |
| Гемисинусотомия | | 1 | | |
| Всего | 31 | | 25 | |

томия (10), полипоэтомидогайморосфеноидотомия (5) и гемисинусотомия слева (1). Контрольную группу составили 25 человек, прооперированных традиционными способами: полипотомия носа и полипоэтомидотомия под местным обезболиванием (17), полипоэтомидогайморотомия и радикальная операция по Калдвелл-Люку под общим эндотрохеальным наркозом (8) (табл. 1).

Послеоперационный период у больных обеих групп протекал удовлетворительно, носовое дыхание было восстановлено. Однако восстановление носового дыхания не является показателем эффективности оперативного вмешательства. Доказательством этому послужила эндоскопическая картина на третий день после полипоэтомидотомии традиционным методом, где были обнаружены остатки полипозной ткани в ячейках этмоидальных пазух (рис. 6), и той же операции эндоскопическим способом, где визуализировались только очаги, подвергшиеся прижиганию монополярным коагулятором (рис. 7). На рисунках 8 и 9 показана динамика состояния послеоперационной раны на 6 и 8 сутки: отмечено постепенное очищение кровяных корок, остатки полипозной ткани не визуализируются.

Таким образом, эндоскопические эндоназальные операции относятся к малотравматическим органосохраняющим вмешательствам. При этом слизистая оболочка оголённых участков

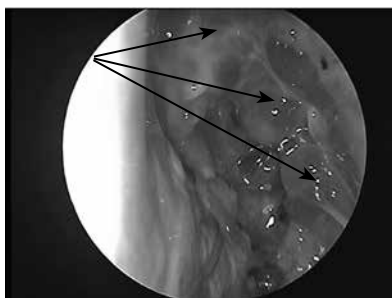


Рис. 6. Эндоскопическая картина средних отделов носовой полости на 3-й день после полипоэтомидотомии традиционным способом.

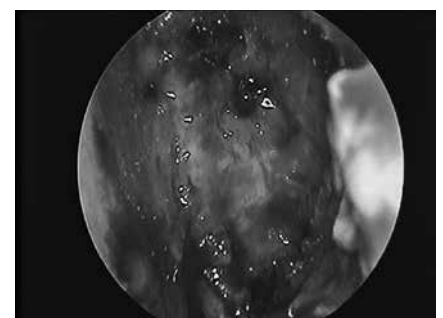


Рис. 7-9. Эндоскопическая картина средних отделов носовой полости на 3-й, 6-й и 8-й дни после полипоэтомидотомии эндоскопическим способом.

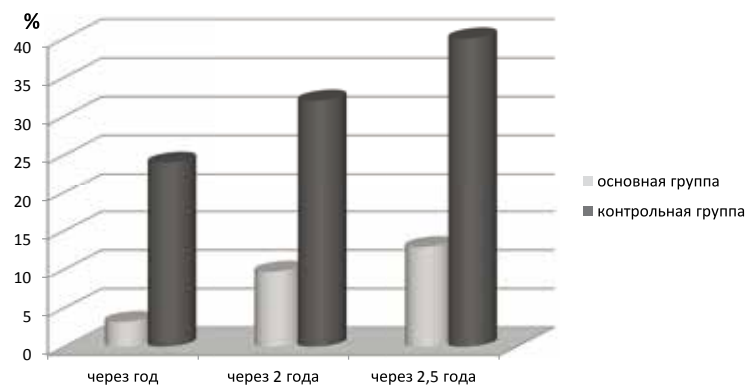


Рис. 10. Сравнительный анализ рецидива полипозного риносинусита исследуемых групп в динамике наблюдения.

операционной раны быстрее восстанавливается и она менее уязвима к факторам внешней среды.

Уместно отметить, что, несмотря на свои преимущества перед традиционным методом, и при эндоскопических эндоназальных операциях при ХПРС встречаются рецидивы заболевания. Это связано с весьма сложным и полиморфным механизмом этиопатогенеза заболевания. Так, эффективность проведённых оперативных вмешательств мы оценивали по критерию появления рецидива заболевания в наблюдаемый период (рис. 10).

Через год после операции 7 человек обратились с жалобами на затруднение носового дыхания и слизистые выделения из носа, чихание, зуд в носу. Из них 1 (3,2%) пациент был из основной и 6 (24%) – из контрольной группы. На следующий год их число возросло до 11 человек: пациентов основной группы стало 3 (9,7%) и контрольной группы – 8 (32%). Через 2,5 года общее

число больных с рецидивом было 14, из числа которых 4 (12,9%) составили больные основной и 10 (40%) – пациенты контрольной группы. Во время повторных осмотров указанных больных стало ясно, что это те больные, которые в анамнезе имели или отягощённый аллергологический фон в виде аллергических ринитов, бронхиальной астмы, или же сердечно-сосудистые изменения в виде гипертонической болезни. Все больные, обратившиеся с рецидивами, были оперированы повторно эндоскопическим путём. Таким образом, частота рецидивов при эндоскопической операции составила 12,9%, а при традиционном методе операции – 40%, что доказывает эффективность эндоскопического метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведённые исследования подтверждают, что эндоназальная эндоскопическая синусотомия при ХПРС является методом выбора, даёт более эффективные результаты, чем традиционные методы хирургического вмешательства. Это подтверждается уменьшением числа рецидивов, что немаловажно как в плане создания стойкой ремиссии, так и в отношении улучшения качества жизни пациента и снижения его экономических затрат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибеков ИМ, Гуз ДГ, Худин АГ, Москалева ВА. Управляемая гипотония в эндоскопической риносинусохирургии в амбулаторных условиях. *Российская оториноларингология*. 2013;4(65):3-5.
2. Белашигин АС. Вариабельность ответной реакции слизистой оболочки носа в зависимости от проводимой терапии при полипозном риносинусите. *Российская оториноларингология*. 2012;6:12-5.
3. Зайцев ВА, Шахова ЕГ, Пелих ЕВ. Эпидемиология хронического полипозного риносинусита в Волгоградском регионе. *Российская оториноларингология*. 2013;5(66):39-43.
4. Машкова ТА, Мальцев АБ. Клинико-лабораторная оценка назальной обструкции у больных полипозным риносинуситом. *Российская оториноларингология*. 2015;6(79):43-6.
5. Гаджимирзаев ГА, Шахназаров АМ. О некоторых спорных и нерешённых вопросах проблемы полипозного риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2014;4(71):27-31.
6. Волков АГ, Рябцева ОА. Комбинированное лечение полипозных риносинуситов. *Российская оториноларингология*. 2004;4:26-9.
7. Дабринин КБ, Портенко ГМ, Вашневская НА. Дисбиотические изменения состояния микрофлоры кишечника при полипозном риносинусите. *Российская оториноларингология*. 2016;5(84):26-8.
8. Будковская МА, Захарова ГП. Патогенетическое обоснование лечения полипозного риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2016;2(81):13-20.
9. Шахова ЕГ, Бакумова ОР. *Острые заболевания глотки и околоносовых пазух у детей: Учебно-методическое пособие для системы последипломного образования по оториноларингологии*. Волгоград, РФ; 2011. 57 с.
10. Drake-Lee AB. Nasal polip. *Hospital Med*. 2004;65:264-7.
11. Jonathan RN, Kim W, Ah-See. A review of nasal polyposis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008;4(2):507-12.
12. Woodhead CJ. Neuropeptides in nasal mucosa. *Clin Otolaryngol*. 1994;19:277-286.
13. Jornot L, Grouzmann E, Lacroix JS, Rochat T. BDNF end DPP-IV in polyps and middle turbinates epitheliale cells. *Rhinology*. 2007;45:129-33.
14. Аллохверанов ДА, Юнусов АС, Рябинин АГ. Отдалённые результаты эндоскопических методов лечения хронического полипозного риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2015;3(76):158-60.
15. Завадский АВ, Завадский НВ. Цитология полипоза носа и её отношение к патогенезу заболевания. *Вестник ушных, носовых и горловых болезней*. 2011;1:8-17.

REFERENCES

1. Alibekov IM, Guz DG, Hudin AG, Moskalov VA. Upravlyayemaya gipotoniya v endoskopicheskoy rinosinusokhirurgii v ambulatornykh usloviyakh [Controlled hypotension in endoscopic rhinosinusosurgery in outpatient settings]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2013; 4(65):3-5.
2. Belashigin AS. Variabelnost' otvetnoy reaktcii slizistoy obolochki nosa v zavisimosti ot provodimoy terapii pri polipoznom rinosinusite [The variability of the nasal mucosa response depending on the therapy in polipous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2012; 6:12-5.
3. Zaytsev VA, Shakhova EG, Pelikh EV. Epidemiologiya khronicheskogo polipoznogo rinosinusita v Volgogradskom regione [Epidimiology of chronic polipous rhinosinusitis in Volgograd region]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2013; 5(66):39-43.
4. Mashkova TA, Maltsev AB. Kliniko-laboratornaya otsenka nazal'noy obstruktsii u bol'nykh polipoznym rinosinusitom [Clinical and laboratory evaluation of nasal obstruction in patients with polipoid rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2015; 6(79):43-6.
5. Gadzhimirzaev GA, Shakhnazarov AM. O nekotorykh spornykh i nereshyonnykh voprosakh problemy polipoznogo rinosinusita [About some controversy and unresolved questions of the problem polipous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2014; 4(71):27-31.
6. Volkov AG, Ryabtseva OA. Kombinirovannoe lechenie polipoznykh rinosinusitov [Combined treatment of polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2004;4:26-9.
7. Dabrinin KB, Portenko GM, Vashnevskaya NA. Disbioticheskie izmeneniya sostoyaniya mikroflory kishchnika pri polipoznom rinosinusite [Dysbiotic changes in the state of the intestinal microflora in polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016; 5(84):26-8.
8. Budkovaya MA, Zaharova GP. Patogeneticheskoe obosnovanie lecheniya polipoznogo rinosinusita [Pathogenetic substantiation for the treatment of polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016; 2(81):13-20.
9. Shakhova EG, Bakumova OR. *Ostrye zabolevaniya glotki i okolonosovykh pazukh u detey [Acute diseases of the pharynx and paranasal sinuses in children]: Uchebno-metodicheskoe posobie dlya sistema poslediplomnogo obrazovaniya po otorinolaringologii*. Volgograd, RF; 2011. 57 p.
10. Drake-Lee AB. Nasal polip. *Hospital Med*. 2004;65:264-7.
11. Jonathan RN, Kim W, Ah-See. A review of nasal polyposis. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2008;4(2):507-12.
12. Woodhead CJ. Neuropeptides in nasal mucosa. *Clin Otolaryngol*. 1994;19:277-286.
13. Jornot L, Grouzmann E, Lacroix JS, Rochat T. BDNF end DPP-IV in polips and middle turbinates epitheliale cells. *Rhinology*. 2007;45:129-33.
14. Allokhveranov DA, Yunusov AS, Ryabiniin AG. Otdalyonnye rezul'taty endoskopicheskikh metodov lecheniya khronicheskogo polipoznogo rinosinusita [Long-term results of endoscopic methods of treatment of chronic polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2015; 3(76):158-60.
15. Zavadskiy AV, Zavadskiy NV. Tsitologiya polipoza nosa i eyo otnoshenie k patogenezu zabolevaniya [The nasal poliposis cytology and its relation to the pathogenesis of the disease]. *Vestnik ushnykh, nosovykh i gorlovykh bolezney*. 2011;1:8-17.

16. Малуга ВЮ, Климов АЕ, Фёдоров АГ, Габоян АС, Давыдова СВ, Бархударов АА, и др. Непосредственные и отдалённые результаты хирургического и эндоскопического лечения больных хроническим калькулёзным панкреатитом. *Вестник Авиценны*. 2010;4:23-8.
17. Файзиев ЗШ. Видеоbronхоскопическая диагностика бронхиального дерева при осложнённом эхинококкозе лёгких. *Вестник Авиценны*. 2010;4: 41-7.
16. Malyuga VY, Klimov AE, Fyodorov AG, Gaboyan AC, Davydova SV, Barkhudarov AA, i dr. Neposredstvennye i otdalyonnye rezul'taty khirurgicheskogo i endoskopicheskogo lecheniya bol'nykh khronicheskim kal'kulyoznym pankreatitom [Immediate and long-term results of surgical and endoscopic treatment of patients with chronic calculous pancreatitis]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2010;4:23-8.
17. Faiziev ZS. Videobronkhoskopicheskaya diagnostika bronkhial'nogo dereva pri oslozhnyonnom ekhinokokkoze lyogkikh [Videobronchosopic diagnosis of the bronchial tree for complicated pulmonary echinococcosis]. *Avicenna Bulletin (Vestnik Avitsenny)*. 2010;4:41-7.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Икромов Махмадуло Курбонovich, врач-оториноларинголог, больничной ординатор I ЛОР отделения Национального медицинского центра;

Давлатов Дилошуб Шарифович, врач-эндоскопист ЛОР клиники Национального медицинского центра;

Назирмадова Мохира Бадаргаевна, врач-оториноларинголог детского ЛОР отделения Национального медицинского центра;

Абдухалилов Абдузокир Аралович, врач-оториноларинголог, больничной ординатор I-ЛОР отделения Национального медицинского центра

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Икромов Махмадуло Курбонovich
Врач-оториноларинголог
ГУ «Национальный медицинский центр» МЗИСЗН РТ

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сомони, 59
Тел: (+992) 918 530898
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ИМК
Сбор материала: ДДШ
Статистическая обработка данных: ИМК, НМБ
Анализ полученных данных: ААА
Подготовка текста: ИМК
Редактирование: НМБ
Общая ответственность: ИМК

Поступила 27.01.2017
Принята в печать 04.04.2017

И AUTHOR INFORMATION

Ikromov Mahmadulo Kurbonovich, otorhinolaryngologist, attending physician of First Otolaryngology Department at National Medical Centre;

Davlatov Diloshub Sharifovich, endoscopist doctor at Otolaryngology Clinic of National Medical Centre;

Nazirmadova Mohira Badargaevna, otorhinolaryngologist at Children's ENT Department at National Medical Centre;

Abduhalilov Abduzokir Aralovich, otorhinolaryngologist, attending physician of First Otolaryngology Department at National Medical Centre

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Ikromov Mahmadulo Kurbonovich
Otorhinolaryngologist at the Public Institution «National Medical Centre»
Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Somoni Avenue, 59
Tel: (+992) 918 530898
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

Submitted 27.01.2017
Accepted 04.04.2017