

И.Б. Анготоева к.м.н., доцент, А.А.Мулдашева аспирант

**Возможности консервативного лечения полипозного  
риносинусита.**

**The possibility of conservative treatment of chronic rhinosinusitis with  
polyps.**

ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного  
образования Минздрава России, (заведующий кафедрой профессор, д.м.н.  
профессор Косяков С.Я.), 123995, Российская федерация, г. Москва, ул.

Баррикадная, д. 2/1

Согласно европейскому руководству по лечению полипозного риносинусита, интраназальные глюкокортикостероиды (ИНКС) рекомендуются как препараты первой линии для лечения ПРС [1]. Хронический риносинусит с носовыми полипами - официально зарегистрированное в инструкции показание к применению препарата мометазон фуруат. Применение его у взрослых в максимальной дозировке 400 мкг в сутки значительно уменьшало размеры полипов [2]. Однако это происходит не во всех случаях. Не достаточно изучена причина устойчивости некоторых фенотипов полипов к кортикостероидам. Некоторые исследователи считают, что в основе такой устойчивости лежит пониженная экспрессия кортикостероидных рецепторов у части пациентов [2]. Возможно, при выраженной внутриносовой патологии или при больших размерах полипов, которые выходят за пределы среднего носового хода, возникают механические препятствия на пути ИНКС к среднему носовому

ходу. При тяжелой и среднетяжелой форме заболевания монотерапия ИНКС не всегда хорошо контролирует симптомы именно по причине ограниченного попадания препарата в целевые области, что было показано в клинических исследованиях по лечению аллергического ринита [3]. Поэтому у пациентов с тяжелыми и неконтролируемыми симптомами предложен резервный метод лечения ПРС - системная кортикостероидная (СК) терапия per os [4].

Для СК терапии рекомендуют использовать преднизолон в дозе 0,5-1 мг на кг веса в сутки [5]. Из-за возможного развития побочных эффектов желательно применение не более 2 курсов СК терапии в год [6]. Затем пациент переводится на ИНКС – мометазона фуруат в дозе 400 мкг в сутки [7].

Цель исследования: оптимизация лечения полипозного риносинусита.

Пациенты и методы : в исследование было включено 62 пациента с рецидивом полипозного риносинусита после эндоскопической полисинусотомии, которые не использовали или нерегулярно использовали ИНКС, несмотря на рекомендации врача, с выходящими за пределы среднего носового хода полипами. Пациенты были распределены на 2 группы методом случайной рандомизации.

1 группа – 30 человек - получали мометазона фуруат в дозе 400 мкг (по 200 мкг 2 раза в день) в течение 2 месяцев.

2 группа – 32 человека - получали комбинированную КС терапию: преднизолон по 20 мг 1 раз в сутки в течение 2 недель, затем назначался мометазона фуруат в дозе 400 мкг (200 мкг 2 раза в день) в течение 2

месяцев. Соотношение мужчин и женщин в группах составило 1:1. Все пациенты не имели хронических заболеваний, обострения которых могли спровоцировать КС терапия. Таким образом, обе группы были сопоставимы по вышеуказанным параметрам.

Для количественной оценки симптомов и эндоскопических изменений в полости носа использовалась модифицированная балльная система V.Lund и D.Kennedy (2005) [7]. Схемы подсчетов приведены в таблице 1 и 2.

Таблица 1.

Таблица 2.

Статистическую обработку результатов проводили при помощи STATISTICA 10.0. (StatSoft Inc., USA). Для сравнения количественных результатов зависимых выборок использовался критерий Вилкоксона (нормальное распределение). Различия считались достоверными в случае  $p < 0,05$ .

Результаты. Обследование до консервативного лечения дало следующие результаты. В 1 группе средний балл выраженности симптомов составил 5,8 , во 2 группе - 6,0 баллов. После проведенного консервативного лечения через 1 месяц выраженность симптомов в обеих группах статистически значимо уменьшилась. В 1 группе она составила 4,5 баллов, во второй группе 3 балла (различия были статистически значимыми  $p < 0,05$ , критерий Вилкоксона).

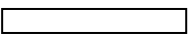
**(Рисунок 1).**

Рисунок 1.

При сравнении эндоскопических изменений средний балл в обеих группах составил 8 баллов. После лечения в 1 группе средний балл составил

6,5, во второй группе - 4 балла (различия были статистически значимыми  $p < 0,05$ , критерий Вилкоксона).

При сравнении эндоскопических изменений в 1 и 2 группах было установлено преимущество комбинированной КС терапии перед монотерапией ИНКС (Рисунок 2).

Рисунок 2. 

Таким образом, можно сделать вывод, о том, что при хроническом риносинусите с полипами, которые выходят за пределы среднего носового хода, СК терапия (преднизолон по 20 мг 1 раз в день в течение 2 недель, а затем терапия мометазона фуруат (200 мкг 2 раза в день в течение 2 месяцев) эффективнее, чем монотерапия ИНКС.

Список литературы.

1. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J., Bachert C., Alobid I., Baroody F., Cervin A., Cohen N., Douglas R., Georgalas C., Gevaert P., Goossens H., Harvey R., Hellingsset P. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl.* 2012 Mar(23): 1-298. [www.rhinologyjournal.com](http://www.rhinologyjournal.com); [www.ep3os.org](http://www.ep3os.org).
2. Pujols L., Mullol J., Picado C. Importance of glucocorticoid receptors in upper and lower airways. *Front Biosci.* 2010; 15:789-800.
3. Аллергический ринит. Клинические рекомендации. Практика педиатра. *Аллергология.* Сентябрь 2008, с. 73-80. (Allergicheskij rinit. Klinicheskie rekomendacii. Praktika pediatria. *Allergologija.* Sentjabr' 2008, s. 73-80.)

4. Mullol J., Alobid I. Combined Oral and Intranasal Corticosteroid Therapy: An Advance in the Management of Nasal Polyposis? *Ann Intern Med.* 2011;154 (5):365-367.

5. Vaidyanathan S., Barnes M., Williamson P., Hopkinson P., Donnan P.T., Lipworth B. Treatment of chronic rhinosinusitis with nasal polyposis with oral steroids followed by topical steroids. A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2011; 154:293-302.

6. Rajasekaran K., Seth R., Abelson A., Batra P.S. Prevalence of metabolic bone disease among chronic rhinosinusitis patients treated with oral glucocorticoids. *Am J Rhinol Allergy.* 2010; 24:215-9.

7. Lund V.J., Kennedy D.W. Quantification for staging sinusitis. International conference on sinus disease: terminology, staging, therapy // *Ann. Otol. Rhinol. Lar-yngol.* – 1995. – Vol. 104, Suppl. – P. 17–21.

Резюме: цель исследования - оптимизация лечения полипозного риносинусита. Материалы исследования - 62 пациента с рецидивом полипозного риносинусита после эндоскопической полисинусотомии. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – 30 человек получали мометазона фуруат в дозе 400 мкг 2 месяца непрерывно; 2 группа – 32 человека получали комбинированную КС терапию. Выводы: при

хроническом риносинусите с полипами, которые выходят за пределы среднего носового хода комбинированная кортикостероидная терапия эффективнее, чем монотерапия ИНКС.

**Ключевые слова:** полипозный риносинусит, кортикостероидная терапия.

**Abstract.**The objective of the study - the optimization of the treatment of polypoid rhinosinusitis. Materials research - 62 patients with recurrent rhinosinusitis after endoscopic polypoid polisinusotomii. Patients were divided into 2 groups: Group 1 - 30 people received mometasone furoate 400 mcg 2 months continuously; Group 2 - 32 people received combination corticosteroid therapy. Conclusions: in chronic rhinosinusitis with polyps, which go beyond the middle nasal passage combined corticosteroid therapy more effective than monotherapy with nasal steroids.

**Keywords:** polypoid rhinosinusitis, corticosteroid therapy

Сведения об авторах

Анготоева Ирина Борисовна, доцент, к.м.н. кафедры оториноларингологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 125367, РФ, Москва, Иваньковское шоссе д.7, angotoeva@mail.ru, тел. 89262248183

Мулдашева Алия Амангалиевна, врач-оториноларинголог, аспирант кафедры оториноларингологии ГБОУ ДПО РМАПО Минздрава России, 125367, РФ, Москва, Иваньковское шоссе д.7, aliyamuldasheva@yandex.ru, тел. 89257057869

**Участие авторов равное на всех этапах.**

- Концепция и дизайн исследования- И.Б. Анготоева, А.А.Мулдашева
- Сбор и обработка материала- И.Б. Анготоева, А.А.Мулдашева

- Статистическая обработка данных- [И.Б. Анготоева, А.А.Мулдашева](#)
- Написание текста- [И.Б. Анготоева, А.А.Мулдашева](#)
- Редактирование- [И.Б. Анготоева, А.А.Мулдашева](#)

Таблица 1.

**Схема количественной оценки выраженности симптомов**

| Симптом                      | Характеристика симптома |                   |                    |
|------------------------------|-------------------------|-------------------|--------------------|
| Затруднение носового дыхания | 0-нет                   | 1 – иногда        | 2 – постоянно      |
| Лицевые боли                 | 0-нет                   | 1 - односторонние | 2 - с обеих сторон |
| Головные боли                | 0-нет                   | 1 – иногда        | 2 – постоянно      |
| Снижение обоняния            | 0-нет                   | 1 – умеренное     | 2 - выраженное     |
| Выделения из носа            | 0-нет                   | 1 – иногда        | 2 – постоянно      |

Таблица 2.

**Схема количественной оценки эндоскопических изменений**

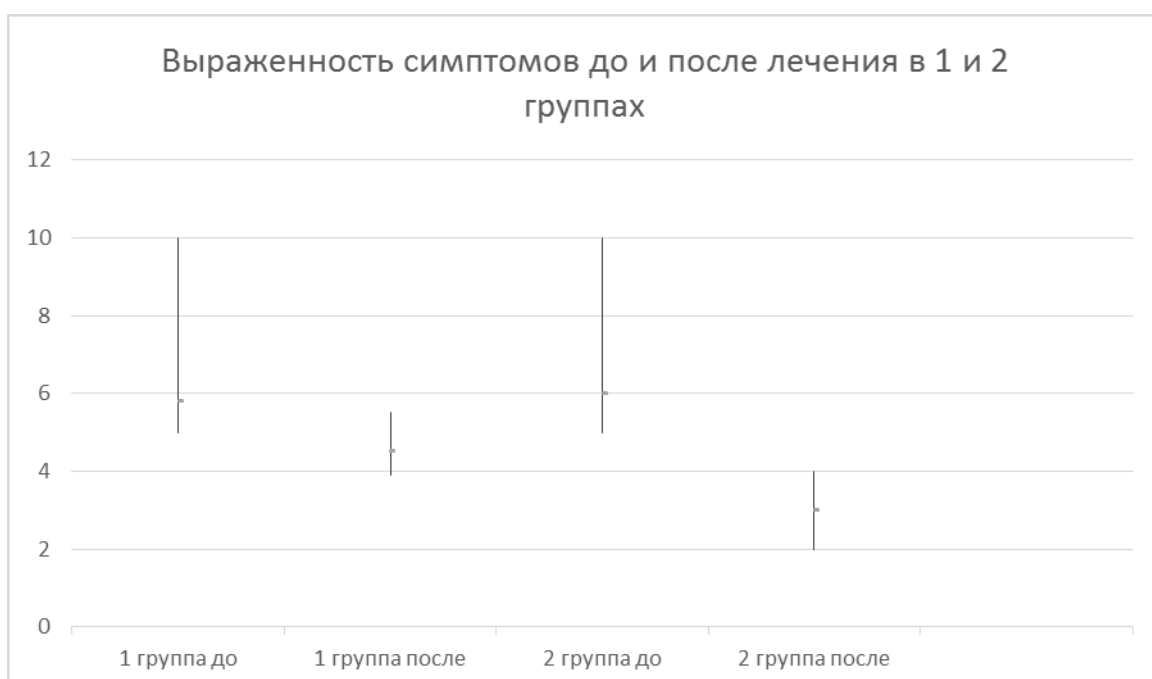
| Эндоскопические изменения | Слева |   |   | Справа |   |   |
|---------------------------|-------|---|---|--------|---|---|
|                           | 0     | 1 | 2 | 0      | 1 | 2 |
| Полипы                    | 0     | 1 | 2 | 0      | 1 | 2 |
| Отек носовых раковин      | 0     | 1 | 2 | 0      | 1 | 2 |
| Патологический секрет     | 0     | 1 | 2 | 0      | 1 | 2 |

*Полипы: 0-нет, 1-в пределах среднего носового хода, 2-выходят за пределы среднего носового хода. Отек: 0-нет, 1-умеренный, 2-выраженный.*

*Патологический секрет: 0-нет, 1-слизистые, 2-гнойные*



**Рисунок 1.** *Выраженность симптомов в 1 и 2 группах до и после лечения(авторы Анготоева И.Б., Мулдашева А.А)*



**Рисунок 2.** Эндоскопические находки в 1 и 2 группах до и после лечения(авторы Анготоева И.Б., Мулдашева А.А.)

