

В.И. Садовский, А.В. Черныш,
Л.И. Грибач, А.А. Сухарев, А.Л. Грибач

Эффективность препарата «Фликсоназе» в профилактике рецидивов полипозных риносинуситов

Гомельская областная клиническая больница,
Гомельский государственный медицинский университет,
Гомельская областная детская клиническая больница

Проблема полипоза носа и околоносовых пазух решалась на протяжении многих веков, но до сих пор не решена [6].

Согласно V.Lund и С.Vachert (2002), 2—4% населения страдают полипозным риносинуситом, из них

40% имеют сопутствующую бронхиальную астму, 15% — аспириновую триаду. Больные полипозным риносинуситом составляют 4% пациентов ЛОР-клиник, 15—20% — больные синуситами, у 30—50% пациентов отмечаются рецидивы после операций [1,7].

В XX в. было выдвинуто свыше

10 теорий возникновения полипоза носа (опухолевая, хронического воспаления, конституциональная, аллергическая, нейротрофическая, генетическая и др.), наиболее популярная из них — полиэтиологическая, или многофакторная. Суть ее заключается в том, что для возник-

Сравнительная характеристика препаратов

Торговое название	Альдецин	Фликсоназе
Химическое название	Беклометазона дипропионат	Флютиказона пропионат
Форма выпуска	Аэрозольный баллон, 50мкг/доза, N 200	Аэрозольный баллон, 50 мкг/доза, N120
Максимальный эффект	Через 5—7 дней	С 3-го дня
Продолжительность действия	Период полураспада — 5 часов	Период полураспада — 10 часов
Биодоступность	40%	Менее 1%
Дополнительные ингредиенты	Фреон, бензалкониум хлорид	Бензалкониум хлорид
Удержание слизистой оболочки носа	Нет данных	4%
Биотрансформация в печени	Нет данных	До 100%
Побочные эффекты	Сухость, жжение, кровоточивость, атрофия, неприятный привкус, фарингит	Редко
Разрешаемый возраст	С 6 лет	С 4 лет
Начальная дозировка	По 2 ингаляции в каждый носовой ход 3 раза в сутки (600 мкг) 2 недели	По 2 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг) 2 недели
Поддерживающий курс	По 2 ингаляции в каждый носовой ход 2 раза в сутки (400 мкг) 10 недель	По 2 ингаляции в каждый носовой ход 1 раз в сутки (200 мкг) 10 недель
Стоимость курса лечения: 3 мес, 6 мес	27,5 \$, 55\$	41,5 \$, 80\$

новения полипов необходимы врожденная предрасположенность и воздействие факторов внешней среды. Под врожденной предрасположенностью подразумевается наличие биологических дефектов: нарушения реактивности парасимпатической нервной системы, иммунитета, мукоцилиарного клиренса, гиперчувствительность слизистой оболочки, дефекты мембран клеток и ДНК в ядрах [2—4, 8].

По гистологическому строению полипы носа отличаются от полипов других локализаций. Чаще они слизистые, но могут быть и ангиоматозные, фиброзные, железистые, аденоматозные и др. [2].

Полипы полости носа и околоносовых пазух рецидивируют. Возникновению рецидивов способствуют местные факторы (искривление носовой перегородки, узкие носовые ходы, хронические очаги инфекций), общие сопутствующие заболевания верхних дыхательных путей, аллергия, нарушение иммунитета [4, 5, 9].

Доказано, что у лиц молодого возраста (до 40 лет) с полипозным риносинуситом выражено угнетение Т- и В-звеньев иммунитета, сниже-

ние общего пула лимфоцитов, их популяций и субпопуляций, уменьшение иммуноглобулинов М и А; у более старших пациентов имеет место увеличение ауторегуляторных лимфоцитов (Т-акт и Т-ауто) и циркулирующих иммунных комплексов [10].

Распознавание полипов и полипоза не представляет особых трудностей и осуществляется с помощью риноскопии (инструментальной передней и задней, оптической, фиброволоконной). Для слизистых полипов характерны серый цвет, мягкая консистенция, подвижность при пальпации зондом. Ангиоматозный полип розовый или красный, имеет ножку; фиброзный бывает различной окраски, плотный, с гладкой поверхностью. Для диагностики полипов и полипоза околоносовых пазух используют рентгенографию, томографию, оптическую синусоскопию, КТ и МРТ. Эти методы позволяют уточнить степень поражения околоносовых пазух полипозным процессом, наметить объем оперативного вмешательства, дифференцировать с другими объемными поражениями околоносовых пазух [3, 6, 7].

В настоящее время для лечения

полипоза носа применяют консервативные и хирургические методы. Однако никакая операция не решает проблему полипоза носа и устраняет только последствия болезни, а не ее причины [4, 5, 9].

Показания к хирургическому лечению: одиночные полипы, обтурирующий полипоз носа, полипозно-гнойные синуситы, осложнения полипозных синуситов.

Виды хирургических вмешательств: полипотомия, полисинусополипотомия, в том числе микродебридерная, радикальная операция на околоносовых пазухах, пересечение видиева нерва, УЗД, электрокоагуляция, криодеструкция, лазерокоагуляция, радиоволновая коагуляция [4—6, 9].

При наличии патологии со стороны других структур носа одновременно необходимо проводить коррекцию носовой перегородки, носовых раковин, так как это препятствует радикальному удалению полипозных тканей, способствует образованию синехий в послеоперационном периоде вследствие дополнительной травмы слизистой оболочки узких пространств, заращению соустьев околоносовых пазух и обостре-

Таблица 2

Динамика продолженного роста и рецидивов полипоза

Группа	3 месяца			6 месяцев			18 месяцев		
	Число больных	Продолженный рост	Рецидив	Число больных	Продолженный рост	Рецидив	Число больных	Продолженный рост	Рецидив
1	50	5 (10%)	3 (6%)	44	6 (13,4%)	6 (13,6%)	34	8 (23,5%)	6 (17,6%)
2	36	4 (11,1%)	3 (8,8%)	30	4 (12,5%)	4 (12,5%)	28	6 (21,4%)	5 (17,8%)

нию в них хронических воспалительных процессов [4, 9].

Методики хирургических вмешательств также разнообразны: от наружных доступов на околоносовых пазухах (при осложнениях) до микро- и эндоскопических.

До настоящего времени широко применяются рутинные эндоназальные операции полипотомии с помощью полипных петель и щипцов.

Одиночные полипы не представляют трудностей для удаления. Они исходят из носовой перегородки, средней носовой раковины или околоносовых пазух (хоанальный). Полипоз носа – это проявления чаще этмоидита, реже – гайморита. Полипы первоначально свисают вниз, а затем заполняют любые свободные пространства носовой полости, иногда выпадая в носоглотку или наружу [1, 3–5, 7, 9].

Наиболее щадяще и радикально проводятся полипотомии под эндоскопическим контролем специальными инструментами. Эффективность этих операций значительно выше, чем традиционных. При больших полипах рекомендуется удалить основную их массу обычным методом, а доудаление произвести под контролем оптики. При необходимости ревизии околоносовых пазух можно также использовать экстраназальный или эндоназальный метод с оптическим контролем. Сочетание этих методов способствует удлинению межрецидивных периодов, уменьшению количества ненужных операций и психической травматизации больных [3, 4].

В послеоперационном периоде при инфекционной, атопической и смешанной формах бронхиальной

астмы больному рекомендуются системные кортикостероиды по 30 мг в сутки с 4-го дня и топические (до 3–6 мес), носовой душ до исчезновения корок [4–6].

Несмотря на достигнутые успехи в хирургическом лечении полипоза носа и околоносовых пазух, основным методом лечения остается консервативный [5]. Его сущность заключается в применении местных кортикостероидов (типа беклометазона) до 3–6 мес. Из вспомогательных методов можно использовать противовоспалительные, иммунокорректоры, гемосорбцию, энтеросорбцию, физиотерапевтические процедуры, санаторно-курортное лечение [4, 5, 9, 10].

Г.И. Марков предлагает для профилактики рецидивов и замедления роста полипов использовать тиосульфат натрия, контрикал, аминокaproновую кислоту, а также противовоспалительные препараты на основе крахмально-агарового геля.

Учитывая повсеместную распространенность и рост полипоза носа и околоносовых пазух, в настоящее время сохраняется актуальность и хирургического, и консервативного его лечения. 84,5% экспертов II Международной консенсусной конференции (2002) посчитали, что терапию полипозного риносинусита следует начинать с интраназальных кортикостероидов.

Цель нашего исследования: выявить причины рецидивов полипоза и сравнить клиническую эффективность кортикостероидов «Альдецин» и «Фликсоназе» в профилактике послеоперационных рецидивов полипозных риносинуситов.

В исследовании участвовали 100

больных ЛОР-отделения Гомельской областной клинической больницы, которым выполнены эндоназальные эндоскопические полисинусотомии по поводу полипоза носа и околоносовых пазух за период 1996–2005 гг. В качестве базисного лечения использовались топические интраназальные кортикостероиды (в виде аэрозолей) «Альдецин» и «Фликсоназе» (табл. 1). Больные были разделены на две группы: 1-я (n=60) в качестве базисного лечения получила аэрозоль «Альдецин» в дозе по 1 орошению (200 мкг) в обе половинки носа 3 раза в сутки в течение 2 недель, затем 2 раза в сутки 10 недель; 2-я (n=40) – аэрозоль «Фликсоназе» по 2 орошения в обе половинки носа 2 раза в сутки на протяжении 2 недель, затем 1 раз в сутки 10 недель. Кроме того, всем больным назначались антигистаминные препараты, муколитики (1 месяц), ингаляции противовоспалительных средств, УФО или лазерное воздействие, носовой душ 0,9% раствором хлористого натрия. Топический кортикостероид назначался после прекращения сукрывичного отделяемого из полости носа.

Анализируя фармакологические свойства обоих препаратов, отметим преимущества «Фликсоназе» перед «Альдецином»: более быстрое и длительное действие, отсутствие фреона, низкая биодоступность и 100% биотрансформация в печени, однократность применения при основном курсе лечения, редкие побочные эффекты. Стоимость курса лечения препаратом «Фликсоназе» в 1,3 раза выше, чем «Альдецином».

Результаты лечения больных топическими кортикостероидами с целью профилактики рецидивов полипоза оценивались с помощью объективного метода оптической риноскопии через 3, 6 и 18 мес после операций и представлены в табл. 2.

Судя по данным табл. 2, с помощью оптической риноскопии нами получены практически одинаковые результаты использования препаратов «Альдецин» и «Фликсоназе» для профилактики роста и рецидивов полипоза носа и околоносовых па-

Таблица 3

Причины рецидивов

Показатели	1-я группа, n=14	2-я группа, n=11
Дефекты в проведении операции	57%	54,5%
Полиаллергия	28,5%	27,2%
Нерегулярное лечение кортикостероидами	35,7%	27,2%
Неоправданный радикализм	14,2%	18,1%
Недостаточные дозы и курс лечения	21,4%	18,1%
Нарушения иммунитета	21,4%	18,1%
Гиперреактивность бронхов	28,5%	27,2%
Гнойное воспаление околоносовых пазух	14,2%	18,1%

зух. Однако, с учетом мнения и жалоб больных, фармакологических характеристик и данных дополнительных методов обследований, лучшие результаты получены у пациентов, леченных препаратом «Фликсоназе» (на 18,5%). Кроме того, у 5 больных 1-й группы в процессе терапии зарегистрированы кровянистые выделения из носа, потребовавшие отмену препарата, а у 7 больных – выраженная сухость в носу.

У пациентов обеих групп нами проведен анализ причин рецидивов полипов за 18 мес. Установлено, что продолженный рост и рецидивы полипов в группах практически одинаковы (1-я группа – 41,1%, 2-я – 39,2%). Данные исследования представлены в табл. 3.

Основными причинами рецидивов являются субъективные факторы, нередко зависящие от врача и больного (дефекты операций, нерегулярность приема препаратов, недостаточные дозы).

Учитывая причины рецидивов, использование новых технологий (лазерная и шейверная хирургия, топические кортикостероиды), а также опыт передовых клиник, можно с уверенностью сказать, что рецидивы полипоза у ряда больных можно предупредить.

Таким образом, клиническая эффективность обоих препаратов, по данным оптической риноскопии, практически одинаковая, однако предпочтительнее назначать препарат «Фликсоназе» (отсутствие ос-

ложнений, однократный прием, крайне низкая биодоступность).

Значимыми причинами рецидивов, по нашему мнению, являются субъективные факторы, зависящие от врача и больного, однако использование новых технологий в диагностике, лечении и профилактике полипоза позволяет предупредить рецидивы у ряда пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апостолиди К.Г. Сравнительная оценка методов эндоскопической микрохирургии и классических методов ринохирургии при заболеваниях полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис... д-ра мед. наук.—М., 1998.
2. Быкова В.П. // Рос. ринология.— 1998. — N2.— С.45.
3. Ильина Н.И., Бондарева Г.П., Сиимонова А.В.// М-лы 2-й конф. «Иммунологические аспекты ринологии».— Самара, 1999.—С.67—69.
4. Козлов В.С.//Современные возможности микроэндоскопической эндоназальной хирургии: М-лы конф. — Уфа, 1997.—С.35—39.
5. Лопатин А.С. // Вестник оториноларингологии. —1999.—N 2.—С. 56—59.
6. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — М., 2002.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. — М., 2003.
8. Рязанцев С.В.// Журн. ушных, носовых и горловых болезней. — 1990. — N 6. — С.19—23.
9. Садовский В.И., Черныш А.В. Эндоскопическая диагностика и хирургия заболеваний полости носа. — Гомель, 2005.
10. Трофименко С.Л., Волков А.Г. Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. — Ростов н/Д, 2001.