

ՀՏԴ 616.216-089+616.216-002

Տեղային և համակարգային կորստիկոստերոիդային թերապիայի արդյունավետության համեմատական վերլուծությունը պոլիպոզ ոինոսինուսիտով հիվանդների մոտ

Ա. Խ. Նազանյան

*Երևանի Մ. Հերացու անվ. պետական բժշկական համալսարանի ԼՕՌ
հիվանդությունների ամբիոն
0087, Երևան, Տիտոգրադյան, 14*

Բանալի բառեր. պոլիպոզ ոինոսինուսիտ, ալերգիկ ոինիտ, էոզինո-
ֆիլային բորբոքում, սենսիբիլիզացված լիմֆոցիտ-
ներ

Ներածություն: Պոլիպոզ ոինոսինուսիտը քթի և հարակից խոռոչ-
ների լորձաթաղանթների քրոնիկ բորբոքային հիվանդություն է, որը
բնորոշվում է պոլիպների առաջացմամբ և ռեցիդիվող աճով, որոնք ին-
ֆիլտրացված են առավելապես նեյտրոֆիլներով և էոզինոֆիլներով:
Հիվանդությունը համարվում է քրոնիկ, դանդաղ հարաճող, միևնույն
ժամանակ զգալիորեն խանգարում է քթային շնչառությանը, կարող է
հանգեցնել քթային շնչառության լրիվ բացակայության [9,11]:

Էթիոպաթոգենեզ: Բնակչության շրջանում հիվանդության տա-
րածվածությունը կազմում է 1-5% [2], ԼՕՌ օրգանների հիվանդություն-
ների մեջ՝ 5-20% [1]: Հիվանդությունն առավել հաճախ հանդիպում է
տղամարդկանց մոտ, ընդ որում հիվանդության միջին տարիքը հա-
մարվում է 42-ը [10]: Ռուսաստանի Դաշնությունում քթի պոլիպոզով
տառապում է շուրջ 1.400.000 մարդ: Եվրոպայում 2012թ. տվյալներով
պոլիպոզ ոինոսինուսիտով տառապում է բնակչության 2-4.3%-ը [5]:
Հաշվի առնելով ամբողջ աշխարհում պոլիպոզ ոինոսինուսիտներով
հիվանդացության բարձր մակարդակը և հաճախակի կրկնությունների
հակումը՝ այն շարունակում է մնալ հետազոտողների ուշադրության
կենտրոնում: Չնայած այն հանգամանքին, որ հիվանդությունը վերջին
20-30 տարիներին ինտենսիվորեն ուսումնասիրվում է բազմաթիվ հե-
տազոտողների կողմից, և ներկայումս առկա է մեծաքանակ գրակա-
նություն հիվանդության վերաբերյալ, այնուամենայնիվ հիվանդության
առաջացման մեխանիզմները վերջնականապես պարզված չեն [4]:

Գոյություն ունեն կոնսերվատիվ (պահպանողական) և վիրաբուժական բուժման բազմաթիվ մեթոդներ, որոնք շարունակում են լինել ոչ բավարար:

Ժամանակակից պատկերացումների համաձայն՝ գոյություն ունեն պոլիպոզ ռինոսինուսիտների առաջացման 3 հիմնական էթիոլոգիկ մեխանիզմներ՝ ինֆեկցիոն – ալերգիկ, աուտոիմուն, նյարդասնուցողական [3]: Այլ պատճառներից նշվում են վիրուսային էթիոլոգիան, ժառանգական նախատրամադրվածությունը, մեխանիկական և կոնսիստենցիոնալ գործոնները: Պոլիպոզ ռինոսինուսիտների առաջացման մեջ ինֆեկցիոն-ալերգիկ գործոնի դերն այն է, որ անմիջական կապ գոյություն ունի ինֆեկցիայի, քթի և հարակից խոռոչների լորձաթաղանթի պրոդուկտիվ բորբոքման և հետագայում պոլիպների առաջացման միջև: Սրա հետ մեկտեղ նշվում է նաև միկրոօրգանիզմների և այլ ալերգենների նկատմամբ օրգանիզմում առաջացած ալերգիկ պրոցեսների մասին, որոնք երկարատև ընթացքի դեպքում բերում են դանդաղ տիպի գերզգայունության առաջացման և նպաստավոր պայմաններ են ստեղծում լորձաթաղանթում քրոնիկ բորբոքման օջախների զարգացման և հետագա պոլիպների առաջացման համար [8]: Որոշ հետազոտողներ հիվանդության առաջացման ինֆեկցիոն-ալերգիկ մեխանիզմը համարում են ոչ բավարար ապացուցված, քանի որ պոլիպոզ ռինոսինուսիտների դեպքում քթի լորձաթաղանթի մորֆոլոգիական (ձևաբանական) պատկերը և հիվանդության կլինիկական դրսևորումները չեն համապատասխանում դանդաղ տիպի ալերգիկ ռեակցիայի պատկերին [2]: Հետազոտողների մեկ այլ խումբ պոլիպոզ ռինոսինուսիտները վերագրում է իմունոակտիվ փուլի բացակայությամբ պսևդալերգիկ ռեակցիաներին և պաթոգենեզի հիմնական դերը տալիս քրոնիկական բորբոքային օջախներին, մեխանիկական գործոնների առկայությանը և վազոմոտոր հիպերռեակտիվականությանը [6]: Ա. Հ. Ստրուկովը առաջ է քաշել մի տեսություն, ըստ որի՝ լորձաթաղանթում իմունային բորբոքման հիմնական պատճառը սենսիբիլիզացված լիմֆոցիտներն են, որոնք լորձաթաղանթի բջիջների վրա թողնում են ցիտոտոքսիկ և ցիտոլիտիկ ազդեցություն [1]: Այս տեսության օգտին է խոսում Գ.Մ. Պորտենկոյի կողմից հայտնաբերված օրգանոսպեցիֆիկ անտիգենը, որի բարձր քանակը պոլիպոզ հյուսվածքի մեջ վկայում է հիվանդության աուտոիմուն ծագման մասին:

Ուսումնասիրելով ռեցիվող պոլիպոզ էթմոիդիտների պաթոգենեզը՝ Ն.Ա. Արեֆեևան և Ա.Բ. Բիզբանան իրենց հետազոտության մեջ հիվանդության ծագման գլխավոր դերը վերագրում են իմունաախտաբանական մեխանիզմներին, այդ թվում՝ վնասման իմունոկոմպլեքսային տարբերակին: Սրա օգտին խոսում է բջջային և հումորալ իմու-

նիտետի ցուցանիշների փոփոխությունը՝ լորձաթաղանթի միկրոցիրկուլյար համակարգի ախտահարման հետ մեկտեղ: Պոլիպոզ ռինոսինուսիտների առաջացման էթիոպաթոգենետիկ մյուս կարևոր մեխանիզմը նյարդահումորալ համակարգի տեղաշարժն է: Ֆիլատովն ուսումնասիրությունների ընթացքում ուշադրություն է դարձրել այն փաստին, որ երկկողմանի պոլիպոզ ռինոսինուսիտով հիվանդների մոտ դիտվում է մակերիկամների միներալակոռտիկոիդային ֆունկցիայի նկատելի բարձրացում և անդրոգենային ակտիվության իջեցում, այսպիսով, ցույց տալով նյարդահումորալ համակարգի տեղաշարժի դերը հիվանդության զարգացման էթիապաթոգենետիկ ախտածնության մեջ [7]: Քթի և հարակից խոռոչներում պոլիպների առաջացման մեջ մեծ դեր են խաղում ներքթային արխիտեկտոնիկայի բազմազան փոփոխությունները, որոնք բերում են օստեոմեատալ կոմպլեքսի օբստրուկցիայի: Դրանց թվին են պատկանում սուր և քրոնիկական ռինիտները, քթի միջնապատի ծովածությունը, ինչպես նաև մուկոցիլյար համակարգի տարբեր աստիճանի շեղումները:

Հետազոտությունն անց է կացվել «Էրեբունի» ԲԿ քիթ-կոկորդականջի հիվանդությունների բաժանմունքում, որը ԵՊԲՀ ԼՕՌ հիվանդությունների ամբիոնի բազան է:

Նպատակը: Աշխատանքի նպատակն է հետվիրահատական շրջանում տալ պոլիպոզ ռինոսինուսիտով հիվանդների կոնսերվատիվ բուժման մեթոդների համեմատական վերլուծություն՝ հիմնվելով հիվանդության վերը նշված էթիոպաթոգենետիկ գործոնների վրա:

Նյութը և մեթոդները

Հետազոտությանը մասնակցել են 45 հիվանդ: Հիվանդները հետազոտության մեջ ընդգրկվել են հետվիրահատական 30-րդ օրից սկսած: Հիվանդներն ընտրվել են ըստ հետևյալ չափորոշիչների՝ հեռացված հյուսվածքների բջջաբանական հետազոտությամբ հաստատված էոզինաֆիլային ծագման պոլիպոզ ռինոսինուսիտներ, բոլոր հիվանդների մոտ ալերգոլոգիական հետևյալ 3 ցուցանիշների միաժամանակյա բարձրացում (տոտալ IgE, տրիպտազա ֆերմենտ, էոզինաֆիլային կատիոնային սպիտակուց (ECP), մանրէաբանական հետազոտության տվյալներով քթի խոռոչում պաթոգեն միկրոֆլորայի բացակայություն, 18 և ավելի բարձր տարիք, ուղեկցող այլ սոմատիկ հիվանդությունների բացակայություն: Հիվանդները բաժանվել են 2 խմբի. I խումբ ընդգրկվել են 22 հիվանդ. կիրառվել է ներքթային ստերոիդային թերապիա (մոմետազոն ֆուրոատ 400մկգ/օր դոզայով, 3 ամիս տևողությամբ), II խումբ ընդգրկվել են 23 հիվանդ. կիրառվել է համակարգային

ստերոիդային թերապիա (տրիամցինոլոն ացետոնիդ 40մգ միջմկանային ներարկում 1 անգամ): Հետազոտությունը տևել է 3 ամիս, որի ընթացքում բոլոր հիվանդները գտնվել են ամբուլատոր հսկողության տակ: Մեթոդների համեմատական վերլուծության համար ընտրվել են հետևյալ օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ չափորոշիչները: Օբյեկտիվ չափորոշիչներն են ալերգոլոգիական (գերզգայական) ցուցանիշների փոփոխությունը, քթային շնչառության փոփոխությունը (ըստ առաջնային ակտիվ ռինոմանոմետրիայի), ռինոսկոպիկ պատկերի փոփոխությունը: Սուբյեկտիվ չափորոշիչներն են՝ քթային շնչառության փոփոխությունն ըստ հիվանդի գանգատների, հոտառության փոփոխությունը, քթից լորձային արտադրության քանակական փոփոխությունը: Արդյունքում I խումբ հիվանդների մոտ, ովքեր ստացել են ներքթային ստերոիդային թերապիա, ալերգոլոգիական ցուցանիշները փոխվել են հետևյալ կերպ. տոտալ (ամբողջական) Ig E-ի ցուցանիշն իջել է 5 հիվանդի մոտ (22,7%, $P<0.01$), տրիպտազա ֆերմենտը՝ 8 հիվանդի մոտ (36,3%, $P<0.01$), էոզինոֆիլային կատիոնային սպիտակուց (ECP)-ը՝ 3 հիվանդի մոտ (13,6%, $P<0.05$): II խումբ հիվանդների մոտ, ովքեր ստացել են համակարգային ստերոիդային թերապիա, ցուցանիշները փոխվել են հետևյալ կերպ. տոտալ (ամբողջական) Ig E-ի ցուցանիշն իջել է 16 հիվանդի մոտ (69,5%, $P<0.01$), տրիպտազա ֆերմենտը՝ 12 հիվանդի մոտ (52,1%, $P<0.01$), իսկ ECP-ին իջել է 17 հիվանդի մոտ (73,9%, $P<0.05$): Ըստ առաջնային ակտիվ ռինոմանոմետրիայի՝ քթային շնչառության լավացում I խմբում դիտվել է 9 հիվանդի մոտ (40,9%, $P<0.01$), մինչդեռ II խումբ հիվանդների մոտ այդ ցուցանիշը բարձրացել է 18 հիվանդի մոտ (78,2%, $P<0.01$): Ըստ առաջնային ռինոսկոպիկ տվյալների՝ 2 խումբ հիվանդների մոտ լորձաթաղանթների տեսանելի փոփոխություններ չեն դիտվել: Սուբյեկտիվ չափորոշիչների փոփոխություններն են. I խումբ հիվանդների մոտ քթային շնչառության լավացում դիտվել է 6 հիվանդի մոտ (27,2%), հոտառության լավացում՝ 2 հիվանդի մոտ (9,1%), իսկ քթից լորձային արտադրությունը պակասել է 15 հիվանդի մոտ (68,1%): II խումբ հիվանդների մոտ սուբյեկտիվ չափորոշիչները փոխվել են հետևյալ կերպ. քթային շնչառությունը լավացել է 14 հիվանդի մոտ (60,8%), հոտառության վերականգնում նշել է 19 հիվանդ (82,6%), իսկ քթից լորձային արտադրության նվազում նշել է 17 հիվանդ (73,9%): Պետք է նշել, որ երկու խումբ հիվանդների մոտ բուժման ընթացքում դեղորայքի կողմնակի ազդեցություն չի դիտվել:

Արդյունքները և դրանց քննարկումը

Այսպիսով, պարզ դարձավ, որ II խումբ հիվանդները, ովքեր ստացել են համակարգային ստերոիդային թերապիա, ունեցել են ավերգոլոգիական ցուցանիշների զգալի նվազեցում, քթային շնչառության օբյեկտիվ լավացում, հոտառության նկատելի վերականգնում, քան I խումբ հիվանդները, ովքեր ստացել են ներքթային ստերոիդային թերապիա: Վերը նշվածը թույլ է տալիս ենթադրել, որ համակարգային ստերոիդային թերապիան ավելի արդյունավետ մեթոդ է պոլիպոզ ռինոսինուսիտով հիվանդների հետվիրահատական վարման համար:

Поступила 23.11.18

Сравнительный анализ эффективности местной и системной стероидной терапии у послеоперационных пациентов с полипозным риносинуситом

А. Х. Назанян

В статье приведен сравнительный анализ эффективности местной и системной стероидной терапии у послеоперационных пациентов с полипозным риносинуситом. В исследование включено 45 пациентов, начиная с послеоперационного 30-го дня. В конце исследования отмечена эффективность местной и системной стероидной терапии объективными и субъективными показателями, которые в настоящее время считаются современными методами оценки продуктивного лечения и диагностики полипозных риносинуситов.

Comparative Investigation between the Effectiveness of Local and Systemic Corticosteroid Therapy in Patients with Rhinosinusitis Polyposa

A.Kh. Nazanyan

The article presents data of comparative analysis between local and systemic corticosteroid therapy in post-operative patients with rhinosinusitis polyposa. It includes a study that was conducted with the help of 45 patients starting on the 30th post-operative day. At the end of the study, the effectiveness of local and systemic steroid therapy with objective and subjective indicators was registered. They are currently considered to be contemporary methods for evaluating the productivity of treatment and diagnostics of rhinosinusitis polypus.

Գրականություն

1. *Арефьева Н.А., Вишняков В.В., Вахрушев С.Г.* Полипозный риносинусит: клин. рек., М., 2010.
2. *Бабияк В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А.* Нейрооториноларингология. СПб., 2009.
3. *Лопатин А.С.* Полипозный риносинусит: новые возможности консервативной терапии. Мед. вестн., 2009, 4, с. 46-48.
4. *Мельников М.Н.* Распространенный полипоз околоносовых пазух: дифференцированный подход к лечению. Российская ринология, 2000, 4, с. 11-15.
5. *Пискунов Г.З.* Полипоз носа и околоносовых пазух и его лечение. Рос. Ринология, 2003, 2, с.10-13.
6. *Пискунов Г.З., Чучуева Н.Г.* Пути повышения эффективности функциональной эндоскопической риносинусохирургии. Российская ринология, 2001, 2, с.116
7. *Портенко Г.М., Добрынин К.Б.* Противорецидивное лечение больных полипозным риносинуситом с исходным ваготоническим типом вегетативного статуса. Вестн. оторинолар., 2001, 5, с.36-39.
8. *Рязанцев С.В.* Многофакторная теория этиологии и патогенеза полипоза носа и околоносовых пазух. Рос. оторинолар., 2013, 2, с.19-23.
9. An update on the diagnosis and treatment of sinusitis and nasal polyposis /C.Bachert [et. al.] Allergy, 2003, 58, p.176-191.
10. *Lanza D.C., Marple B.F., Nicklas R. A., et al.* Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. Allergy Clin. Immunol., 2004,114:155-212. 3.
11. *Larsen K., Tos M.* The estimated incidence of symptomatic nasal polyps. Acta Otolaryngol 122:179–182, 2002 [PubMed].