

Лупырь Андрей Викторович

ЗАВИСИМОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕЗРЕЦИДИВНОГО ПЕРИОДА ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ

В статье рассматриваются актуальные вопросы разработки и обоснования новых подходов к противорецидивной терапии полипозного риносинусита. На основании продолжительности безрецидивного периода после проведенного лечения в динамике изучается эффективность аутовакцинации в комплексе с хирургическим вмешательством в сравнении с общепринятыми методиками лечения полипозного риносинусита (традиционная терапия и лечение препаратом "Фликсоназе").

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2015/6/27.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2015. № 6 (96). С. 108-111. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2015/6/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net
Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

УДК 616.211/216-002-006.5-036.87-089-085.371

Медицинские науки

В статье рассматриваются актуальные вопросы разработки и обоснования новых подходов к противорецидивной терапии полипозного риносинусита. На основании продолжительности безрецидивного периода после проведенного лечения в динамике изучается эффективность аутовакцинации в комплексе с хирургическим вмешательством в сравнении с общепринятыми методиками лечения полипозного риносинусита (традиционная терапия и лечение препаратом «Фликсоназе»).

Ключевые слова и фразы: полипозный риносинусит; полипоз; первичные больные; вторичные больные; традиционная терапия; «Фликсоназе»; полибактериальная аутовакцина.

Лупырь Андрей Викторович, к. мед. н., доцент

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

a.lupir@mail.ru

ЗАВИСИМОСТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БЕЗРЕЦИДИВНОГО ПЕРИОДА ОТ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛИПОЗНЫМ РИНОСИНУСИТОМ[©]

Актуальность исследования: полипозный риносинусит (ПРС) сегодня представляет собой очень серьезную нерешенную проблему современной медицины. За последнее десятилетие были проведены многочисленные исследования патогенеза ПРС, апробировались новые методы нехирургического лечения, предпринимались попытки создания международных клинических рекомендаций и стандартов лечения [1-4; 7; 8]. Стало понятно, что проблема ПРС должна рассматриваться в первую очередь с терапевтических позиций, а не как заболевание, которое вначале нуждается в хирургическом вмешательстве. К сожалению, существующие в настоящее время механизмы медикаментозного лечения позволяют лишь приостанавливать рост полипов и увеличивать безрецидивные промежутки, но не излечивать само заболевание [6-9]. Поэтому хирургическое удаление полипов из полости носа и околоносовых пазух остается необходимым механизмом среди средств лечения ПРС. В связи с этим, для врачей сегодня основным вопросом является поиск новых методов противорецидивного лечения [5].

Таким образом, *целью данной работы* является выявление зависимости продолжительности безрецидивного периода полипоза от методики противорецидивной терапии ПРС.

Материалы и методы. Изучение влияния на ПРС комплексного лечения проводилось нами в два этапа при исследовании 5-ти групп больных (каждая группа состояла из 60-ти пациентов – по 30 первичных больных и получающих лечение повторно). На первом этапе было изучено воздействие на процесс ПРС полибактериальной аутовакцины в различных сочетаниях ее с полипозтмоидотомией (вакцинация (В) + ревакцинация (РВ) + полипозтмоидотомия – первая группа больных; полипозтмоидотомия + В + РВ – вторая группа больных; В + полипозтмоидотомия + РВ – третья группа пациентов).

После получения наиболее эффективных результатов лечения аутовакциной до хирургического вмешательства на втором этапе было сравнено влияние на ПРС полибактериальной аутовакцины (введение до полипозтмоидотомии) с действием препарата «Фликсоназе» – четвертая группа больных – и традиционной терапией после полипозтмоидотомии – пятая группа пациентов.

Данные исследования нами проведены в сравнении групп первично-пролеченных пациентов (которые получают лечение впервые) с повторно-пролеченными (лечение ПРС повторно). Для оценки эффективности проводимого лечения применялся метод эндоскопии полости носа аппаратом «ЭЛЕПС» (Российская Федерация), эндоскопами Ø 4 мм с 0°, 30° ангуляцией.

Результаты исследования. В процессе исследования нами установлена длительность безрецидивного периода у обследованных больных (Таблица 1) в зависимости от схемы лечения.

Изучая показатели рецидивирования ПРС, мы выявили, что в группе больных с повторным случаем заболевания до начала нашего вмешательства в целом наблюдался возврат полипоза на первом году после последнего лечения у значительного процента обследованных (78,7±3,3%), в течение от одного до трех лет – у 16,7±3,0% обследованных, а более трех лет безрецидивного периода имели только 4,7±1,7% обследованных. После нашего же вмешательства мы констатировали несколько лучшую картину. Так, на первом году рецидивы наблюдалось у 74,7±3,6% (p≤0,001) обследованных (что на 4,0% лучше), в течение от одного до трех лет – у 18,0±3,1% (p≤0,001) (улучшение на 1,3%), а более трех лет без рецидива наблюдалось у 7,3±2,1% (p≤0,05) (лучше у 2,6% больных).

Если же сравнить рецидивирование полипоза у первично- и вторично- пролеченных больных, то в целом установлена необходимость вмешательства рекомендованными нами методиками (лечение аутовакциной) по результатам ее лучшего действия на длительность безрецидивного периода. Так, в целом, в группе первичных больных безрецидивный период после лечения продолжался до одного года у 49,3±4,1% (p≤0,001) обследованных, тогда как у вторичных больных – у 74,7±3,6%, что на 25,4% обследованных больше.

Что касается безрецидивного периода от одного года до трех лет, то в группе первичных больных после нашего лечения он наблюдался у 36,7±3,9% ($p \leq 0,05$) пациентов, что на 18,7% больше по сравнению с вторично-пролеченными (18,0±3,1%). А процент обследованных с периодом безрецидивности более трех лет достоверно ($p \leq 0,01$) был большим на 6,7% обследованных в группе первично-пролеченных пациентов (14,0±2,8% – группа первично-пролеченных; 7,3±2,1% – группа вторичных больных).

Таблица 1. Рецидивирование полипоза у обследованных больных с ПРС (% , $P \pm m_p$)

Группы больных		Показатели		Первичные больные (первый случай полипоза)			Всего:	Вторичные больные (повторный случай полипоза)			Всего:
				рецидив после последнего лечения через:				рецидив после последнего лечения через:			
				0-1 год	1-3 года	3 года и более		0-1 год	1-3 года	3 года и более	
Количество больных	До лечения	вакцинация + ревакцинация + полипозтмоидотомия	Абс	-	-	-	30	22	6	2	30
			$P \pm m_p$	-	-	-	100,0± 0,00	73,3± 8,1	20,0± 7,3	6,7± 4,6	100,0± 0,00
		вакцинация + полипозтмоидотомия + ревакцинация	Абс	-	-	-	30	23	6	1	30
			$P \pm m_p$	-	-	-	100,0± 0,00	76,7± 7,7	20,0± 7,3	3,3± 3,3	100,0± 0,00
		полипозтмоидотомия + вакцинация + ревакцинация	Абс	-	-	-	30	24	4	2	30
			$P \pm m_p$	-	-	-	100,0± 0,00	80,0± 7,3	13,3± 6,2	6,7± 4,6	100,0± 0,00
		традиционная терапия	Абс	-	-	-	30	26	3	1	30
	$P \pm m_p$		-	-	-	100,0± 0,00	86,7± 6,2	10,3± 5,7	3,3± 3,3	100,0± 0,00	
	«Фликсоназе»	Абс	-	-	-	30	23	6	1	30	
		$P \pm m_p$	-	-	-	100,0± 0,00	76,7± 7,7	20,0± 7,3	3,3± 3,3	100,0± 0,00	
	Всего:	Абс	-	-	-	150	118	25	7	150	
		$P \pm m_p$	-	-	-	100,0± 0,00	78,7± 3,3	16,7± 3,0	4,7± 1,7	100,0± 0,00	
	После лечения	вакцинация + ревакцинация + полипозтмоидотомия	Абс	8**	16**	6*	30	20^^	5^^	5^^	30
			$P \pm m_p$	26,7± 8,1	53,3± 9,1	20,0± 7,3	100,0± 0,00	66,7± 8,6	16,7± 6,8	16,7± 6,8	100,0± 0,00
вакцинация + полипозтмоидотомия + ревакцинация		Абс	13**	10*	7**	30	22^^^	5^^	3^	30	
		$P \pm m_p$	43,3± 9,0	33,3± 8,6	23,3± 8,7	100,0± 0,00	73,3± 8,1	16,7± 6,8	10,3± 5,7	100,0± 0,00	
полипозтмоидотомия + вакцинация + ревакцинация		Абс	16**	9*	5**	30	23^^	5^	2	30	
		$P \pm m_p$	53,3± 9,1	30,0± 8,4	16,7± 6,8	100,0± 0,00	76,7± 7,7	16,7± 6,8	6,7± 4,6	100,0± 0,00	
традиционная терапия		Абс	19**	10**	1	30	25^^	5^	-	30	
		$P \pm m_p$	63,3± 8,8	33,3± 8,6	3,3± 3,3	100,0± 0,00	83,3± 6,8	16,7± 6,8	-	100,0± 0,00	
«Фликсоназе»		Абс	18**	10*	2*	30	22^^^	7^	1	30	
		$P \pm m_p$	60,0± 8,9	33,3± 8,6	6,7± 4,6	100,0± 0,00	73,3± 8,1	23,3± 7,7	3,3± 3,3	100,0± 0,00	
Всего:		Абс	74***	55*	21**	150	112^^^	27^^^	11^	150	
		$P \pm m_p$	49,3± 4,1	36,7± 3,9	14,0± 2,8	100,0± 0,00	74,7± 3,6	18,0± 3,1	7,3± 2,1	100,0± 0,00	

Примечание: ^ - $p \leq 0,05$; ^^ - $p \leq 0,01$; ^^ ^ - $p \leq 0,001$ – вероятность разницы по сравнению показателей до лечения с показателями, которые наблюдались после лечения; * - $p \leq 0,05$; ** - $p \leq 0,01$; *** - $p \leq 0,001$ – вероятность разницы по сравнению показателей первично- и вторично-пролеченных.

Сравнивая результаты наших исследований в зависимости от терапевтической схемы вмешательства в группах первично- и вторично- пролеченных больных, следует констатировать лучшее действие аутовакцины (влияние ее именно до полипозтмоидотомии) по сравнению с традиционным лечением и «Фликсоназе». Характеристики стойкости достигнутого нами эффекта безрецидивности были лучшими в группе больных, которые начинали лечение по предложенным нами методикам (группа первичных больных), по сравнению с вторично-пролеченными больными.

Так, сравнивая различные схемы вмешательства в процесс полипоза в группе первично-пролеченных больных, мы констатируем, что лучшие результаты в достижении устойчивого терапевтического эффекта получены нами при лечении аутовакциной по сравнению с традиционным лечением и «Фликсоназе». Среди методик введения аутовакцины лучшее действие отмечено в ее использовании именно до полипозэктомики (В и РВ).

Установлено, что в группе первичных больных безрецидивный период до одного года при использовании аутовакцины наблюдался у $26,7 \pm 8,1\%$ обследованных (В + РВ + полипозэктомия), у $43,3 \pm 9,0\%$ (В + полипозэктомия + РВ) и у $53,3 \pm 9,1\%$ – при использовании аутовакцины после хирургического вмешательства (полипозэктомия + В + РВ), тогда как при использовании традиционной методики он отмечался у $63,3 \pm 8,8\%$ пациентов и при лечении «Фликсоназе» – у $60,0 \pm 8,9\%$. Лучшее действие в этой группе больных (период без рецидивов до одного года) установлено у аутовакцины, использованной именно до полипозэктомики (на $16,6\%$ обследованных меньше по сравнению с действием аутовакцины до и после хирургического вмешательства; на $26,6\%$ больных – с действием аутовакцины после хирургического вмешательства и на $36,6\%$ и $33,3\%$ соответственно меньше пациентов при использовании традиционной терапии и «Фликсоназе»).

Картина безрецидивного периода, который длился от одного года до трех в группе первично-пролеченных, наблюдалась следующая: при использовании аутовакцины (В + РВ + полипозэктомия) рецидив в период один-три года констатировался у $53,3 \pm 9,1\%$ больных; у $33,3 \pm 8,6\%$ (В + полипозэктомия + РВ) и у $30,0 \pm 8,4\%$ – при аутовакцинации после полипозэктомики (полипозэктомия + В + РВ), а при лечении традиционно и «Фликсоназе» рецидивы в этот период отмечались у $33,3 \pm 8,6\%$ в обоих случаях одновременно. Таким образом, как и в группе больных с рецидивом до одного года, наиболее эффективной в группе больных, где период без рецидива длился от года до трех, оказалась аутовакцина, но уже применяемая после хирургического вмешательства (отмечалось на $23,3\%$ пациентов меньше по сравнению с действием аутовакцины до хирургического вмешательства; на $3,3\%$ больных – с действием аутовакцины до и после полипозэктомики и на $3,3\%$ в обоих случаях – с лечением традиционно и «Фликсоназе»).

Что касается первично-пролеченных больных, не имевших рецидива более трех лет, исследованием установлен также наилучший эффект при использовании аутовакцины (более всего до проведения полипозэктомики) по сравнению с традиционным лечением и «Фликсоназе». Так, в группе первичных больных пациентов, имевших безрецидивный период три и более лет, отмечено $20,0 \pm 7,3\%$ (В + РВ + полипозэктомия), $23,3 \pm 8,7\%$ (В + полипозэктомия + РВ), $16,7 \pm 6,8\%$ (полипозэктомия + В + РВ), $3,3 \pm 3,3\%$ (лечение традиционно) и $6,7 \pm 4,6\%$ («Фликсоназе»). Полученные данные указывают на лучший терапевтический эффект аутовакцинации, проведенной именно до и после полипозэктомики. Выявлено, что у первичных пациентов при лечении аутовакциной до и после хирургического вмешательства (В + полипозэктомия + РВ) достигнутый эффект безрецидивности более трех лет был лучшим у $6,6\%$ больных (по сравнению с лечением вакциной до хирургического вмешательства), у $2,2\%$ (по сравнению с вакцинацией после хирургического вмешательства) и у $20,0\%$ и $16,6\%$ пациентов по сравнению с традиционной методикой и лечением «Фликсоназе» соответственно.

Такая же тенденция стабилизации достигнутого терапевтического эффекта наблюдалась нами и в группе вторично-пролеченных больных: установлено лучшее действие аутовакцины (введение до полипозэктомики) по сравнению с традиционной методикой и «Фликсоназе». Так, у вторично-пролеченных пациентов безрецидивный период до одного года наблюдался у $66,7 \pm 8,6\%$ больных при использовании аутовакцины до хирургического вмешательства; у $73,3 \pm 8,1\%$ – вакцинация до и после полипозэктомики; и у $76,7 \pm 7,7\%$ при аутовакцинации после полипозэктомики, тогда как при традиционном лечении наблюдалось рецидивирование полипоза до года у $83,3 \pm 6,8\%$ обследованных, а «Фликсоназе» – у $73,3 \pm 8,1\%$. Лучшее влияние на вторичных больных в группе рецидивирования до года установлено также у аутовакцины (наибольшее при ее использовании до хирургического вмешательства): выявлено на $6,6\%$ обследованных меньше по сравнению с действием аутовакцины до и после хирургического вмешательства; на $10,0\%$ больных меньше по сравнению с действием аутовакцины после хирургического вмешательства и на $16,6\%$ и $6,6\%$ соответственно меньше по сравнению при воздействии традиционной терапии и «Фликсоназе».

Распределение вторичных больных, имевших рецидив полипоза в период один-три года, по группам лечения было следующим: при аутовакцинации до хирургического вмешательства рецидив наблюдался у $16,7 \pm 6,8\%$ обследованных, как и при аутовакцинации до и после полипозэктомики, после хирургического вмешательства и при лечении традиционно, а при действии «Фликсоназе» – на уровне $23,3 \pm 7,7\%$. Таким образом, по данным рецидивирования полипоза в период один-три года после лечения более эффективно действует аутовакцина по сравнению с традиционным лечением и лечением «Фликсоназе».

Среди вторично-пролеченных больных, имеющих безрецидивный период более трех лет, наилучший эффект отмечен также при использовании аутовакцины (более всего при использовании вакцины до полипозэктомики). После использования аутовакцины на дохирургическом этапе у $16,7 \pm 6,8\%$ обследованных не отмечалось рецидивирования полипоза более трех лет; на до- и после-хирургическом этапе – у $10,3 \pm 5,7\%$, а у больных с аутовакцинацией на после-хирургическом этапе – у $6,7 \pm 4,6\%$. При этом среди пациентов, леченных традиционно, не было ни одного с ремиссией три года и более, а среди вторично-пролеченных

«Фликсоназе» их насчитывалось всего $3,3 \pm 3,3\%$. Так, следует констатировать лучшую ремиссию в течение трех лет и более в группе вторично-пролеченных больных среди пациентов, получавших аутовакцину на дохирургическом этапе (их насчитывалось на 6,7% больше по сравнению с аутовакцинацией на до- и послехирургическом этапе; на 10,0% больше по сравнению с вакцинацией после полипозомидотомии и на 16,7% и 13,4% – по сравнению с традиционной терапией и использованием «Фликсоназе»).

Исследованием доказано, что высоко достоверно ($p \leq 0,01$) при лечении аутовакциной до полипозомидотомии лучший эффект наблюдался в группе первично-пролеченных по сравнению с вторичными больными (количество пациентов с рецидивированием в течение года было ниже на 40,0% у первичных больных за счет увеличения количества пациентов с рецидивированием в течение одного-трех лет (на 16,6%; $p \leq 0,01$) и безрецидивным периодом от трех лет и более (на 13,0%; $p \leq 0,05$)).

Такая же картина наблюдалась нами и при воздействии других методов лечения ПРС: в группе первичных больных по сравнению с вторичными пациентами, лечившимися аутовакциной до и после полипозомидотомии (В + полипозомидотомия + РВ), установлен меньший процент обследованных с рецидивированием в течение одного года (на 30,0%; $p \leq 0,01$) за счет их большего количества в группах с рецидивирующим периодом от одного года до трех лет (на 16,6%; $p \leq 0,05$) и с безрецидивным периодом более трех лет (на 13,0%; $p \leq 0,01$). У обследованных первично-пролеченных аутовакциной после полипозомидотомии в группе рецидивирования до одного года их количество было меньшим на 23,4% ($p \leq 0,01$); в группе с рецидивом один-три года – большим на 13,3% ($p \leq 0,05$); а без рецидива более трех лет – большим на 10,0% ($p \leq 0,05$). При лечении традиционной терапией и препаратом «Фликсоназе» также наблюдалось лучшее действие у первично-пролеченных пациентов: рецидивы до года отмечали меньше 20,0% ($p \leq 0,01$) пациентов (традиционное лечение) и 13,3% ($p \leq 0,01$) («Фликсоназе»); рецидивирующий период от года до трех отмечался чаще в группе первичных пациентов (на 16,6% ($p \leq 0,01$) – традиционное вмешательство и на 10,0% ($p \leq 0,05$) – «Фликсоназе»), как и период без рецидивов более трех лет (чаще у первичных больных на 3,3% и 3,4% ($p \leq 0,05$) соответственно при вмешательстве традиционно и «Фликсоназе»).

Выводы. Таким образом, по результатам влияния лечения на продолжительность безрецидивного периода у первично- и вторично-пролеченных пациентов констатирована необходимость начала предложенного нами лечения аутовакциной в комплексе с полипозомидотомией сразу после диагностирования заболевания (в особенности, как доказано выше, аутовакцинацию эффективнее проводить до начала хирургического вмешательства).

Список литературы

1. Быкова В. П. Как и почему растут полипы носа. Мнение патолога // Российская ринология. 2001. № 2.
2. Муминов А. И., Плужников М. С., Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы. Ташкент, 1990. 152 с.
3. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Щадящее лечение полипозного синусита // Вестник оториноларингологии. 1987. № 3. С. 49-53.
4. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух: пособие для врачей. М., 1992. 34 с.
5. Портенко Г. М. Полипозные риносинуситы. М., 2002.
6. Портенко Г. М. Совершенствование диагностики, клиники, профилактики и лечения полипозного риносинусита: дисс. ... д. мед. н. Калинин, 1989.
7. Bolt R. J., Vries N. de, Middelweerd R. J. Endoscopic Sinus Surgery for Nasal Polyps in Children: Results // Rhinology. 1995. Vol. 33. № 3. P. 148-151.
8. Chung S. K., Chang B. C., Dhong H. J. Surgical, Radiologic and Histologic Findings of the Antro-Choanal Polyp // American Journal of Rhinology. 2002. Vol. 16. P. 71-76.
9. Jakobs R. L., Freda E. J., Culver W. G. Primary Nasal Polyps // Annals of Allergy. 1983. Vol. 51. P. 500-505.

DEPENDENCE OF RECURRENCE-FREE PERIOD DURATION ON TACTICS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH POLYPOID RHINOSINUSITIS

Lupyr' Andrei Viktorovich, Ph. D. in Medicine, Associate Professor
Kharkiv National Medical University, Ukraine
a.lupir@mail.ru

The article deals with the topical issues of the development and substantiation of new approaches to the anti-relapsing therapy of polypoid rhinosinusitis. On the basis of recurrence-free period duration after the conducted treatment the efficiency of autovaccination together with surgical treatment is studied in dynamics as compared with the conventional methods of polypoid rhinosinusitis treatment (traditional therapy and treatment with the drug "Flixonase").

Key words and phrases: polypoid rhinosinusitis; polyposis; primary patients; secondary patients; traditional therapy; "Flixonase"; polybacterial autovaccine.