

УДК 616-071+616.211-002

Кошель І.В.

Основні клінічні фенотипи поліпозного риносинуситу

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

ivannakoshel@gmail.com

Резюме. Поліпозний риносинусит лишається однією з найважливіших проблем сучасної оториноларингології, його поширеність в загальній популяції сягає 4%. Спостерігається широка різноманітність варіантів клінічного перебігу, різна чутливість до загальноприйнятих методів лікування, але все це об'єднано в одному діагнозі «поліпозного риносинуситу». Це підштовхує до думки про неоднорідність групи пацієнтів з загальним діагнозом «поліпозний риносинусит» і необхідності детального вивчення різних клінічних варіантів поліпозу носа, тобто клінічних фенотипів захворювання.

Мета дослідження. Оцінити клінічні особливості перебігу хронічного поліпозного риносинуситу залежно від триггеру захворювання і визначити клінічні фенотипи назального поліпозу.

Матеріали і методи. У статті подані результати клініко-анамнестичного, променевого та лабораторного досліджень 150 пацієнтів з різними типами поліпозного риносинуситу. Пацієнтів було розділено на три групи: I група – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину, 50 пацієнтів; II група – поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання, 50 пацієнтів; III – Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз, 50 пацієнтів.

Результати. В результаті дослідження виявлені достовірні відмінності у показниках, що досліджуються у різних клінічних групах. Наявність відмінностей у статі, віку, важкості клінічних проявів та характеру патологічних змін дозволило виділити найбільш розповсюджені клінічні фенотипи поліпозного риносинуситу.

Висновки. Хворих з аспіриноасоційованим поліпозом в порівнянні з іншими типами відрізняє початок захворювання у зрілому віці, переважання жіночої статі, особлива важкість клінічних проявів, тотальне або субтотальне ураження пазух та пов'язана з цими ознаками резистентність до стандартних методів лікування. Вказані фенотипи розглядаються у рамках чітко визначеної патології, дозволяють оптимізувати діагностичний процес і визначити адекватну терапевтичну тактику у кожному конкретному випадку.

Ключові слова: аспіриновий поліпозний риносинусит, клінічний фенотип.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Поліпозний риносинусит являє собою хронічне запальне захворювання слизової оболонки порожнини носа і приносних пазух, що характеризується утворенням поліпів. Проведені епідеміологічні та статистичні дослідження свідчать, що поширеність поліпозного риносинуситу в загальній популяції жителів Європи складає від 2% до 4%. Хворі із поліпозним риносинуситом складають 5% від загальної кількості пацієнтів, що звертаються до оториноларингологів та 4% від загальної кількості пацієнтів, які звертаються до алергологів [1,2,3,4,5]. Разом з тим існують інші дані про те, що дане захворювання виявляється у 15-25% оториноларингологічних хворих [6].

Клінічно термін «поліпоз носа» об'єднує всі види поліпозу носа, які локалізуються в зоні решітчастої кістки, середнього носового ходу, середньої носової раковини і виглядають як сіро-голубі вип'ячування. Larsen P.I. і Stamberger H. джерелом поліпів вважають слизову оболонку середньої носової раковини і середнього носового ходу, тоді як нижня носова раковина не має тенденції до формування поліпів [7,8,9]. Причини цього невідомі. На сьогодні не існує адекватного визначення назальних поліпів або назального поліпозу. За медичним словником Стедмана (1995) поліп - це загальноописовий термін, який визначає будь-яку масу тканини, яка випинається назовні або над нормальним рівнем поверхні, і таким чином макроскопічно виглядає як напівсферична, сферична або неправильної форми горбовидна структура, яка росте з відносно широкої основи або з тонкого стебла [10]. Це означає, що будь-який сферіодний виріст слизової оболонки в носі або приносних

пазухах слід вважати за назальний поліп. Деякі автори вважають хронічний синусит і назальний поліпоз різними захворюваннями слизової оболонки [11]. На сучасному етапі досягнуто консенсусу, що хронічний риносинусит є основним захворюванням, а назальний поліпоз - його субпопуляцією [12].

Гістологічно для поліпів носа характерні набряк і (або) фіброз, знижена васкуляризація і зменшення кількості залоз і нервових закінчень, а також часта наявність пошкодженого епітелію. Гістологічне дослідження поліпів дозволяє провести приблизну диференціацію між еозинофільними поліпами, які складають приблизно 65-90% всіх випадків і нейтрофільними поліпами [13,14]. Нейтрофільно-домінуючі поліпи виявляють гістологічно в 15-20% випадків. Нейтрофіли асоціюються з ростом поліпів при муковісцидозі, синдромі Янга і синдромі Картагенера і великій групі так званих тубулопатій або синдромі нерухомих війок [15-18]. Всі вони пов'язані, як правило, з тим чи іншим генетичним дефектом функції мукоциліарного апарату за рахунок порушення реології назального слизу чи ушкодження війок миготливого епітелію. В даному випадку хронічний поліпозний риносинусит носить синдромальний характер, в комплексі з ураженням інших відділів респіраторної і інших систем організму.

Еозинофільні поліпи отримали свою назву завдяки наявності тканинної еозинофілії, яка супроводжується мононуклеарною, плазматичною, Т-клітинною інфільтрацією. Патогенетично велика кількість тканинних еозинофілів, на фоні нормального їх вмісту в крові, пояснюється підвищеною трансендотеліальною міграцією і пригніченням програмованої клітинної смерті (апоптозу) еозинофілів [19,20]. Просочування і накопичення плазматичних білків (альбуміну) вважають зв'язуючою ланкою між тканинною еозинфілією і ростом поліпів.

Протягом останніх років поліпоз носа розглядається як гетерогенне захворювання, що не могло не відобразитись на його класифікаціях. В сучасній оториноларингології існує велика кількість різних класифікацій поліпозного риносинуситу. Зокрема, за поширеністю поліпозного процесу в порожнині носа, ураження навіколоносних пазух, за їх локалізацією [3,21,22,27]. Крім клінічних, існують клініко-морфологічні класифікації поліпозного риносинуситу. В процесі розвитку поліпи проходять спочатку набрякову або залозисто-кистозну стадію, а потім – фіброзну, при цьому застосування топічних кортикостероїдів на першій стадії може викликати регрес поліпозу, а на стадії фіброзного поліпа ефективно лише хірургічне лікування [23]. Інша класифікація виділяє: антрохоанальні поліпи, великі ізольовані (хоанальні) поліпи, хронічний не еозинофільно-домінантний поліпозний риносинусит, хронічний еозинофільно-домінантний поліпозний риносинусит та поліпи, асоційовані зі специфічними станами (фіброзні кісти, малігнізація, тощо) [15-18,24]. Значна кількість класифікацій свідчить про те, що незважаючи на велику кількість різносторонніх досліджень, до теперішнього часу немає єдиної думки про етіологію і патогенез поліпозного процесу. При цьому сучасні дослідження достатньо переконливо доводять, що поліпозний риносинусит суттєво відрізняється від інших форм хронічного запалення не тільки за патогенезом, морфологічною картиною і клінічним перебігом, але й за характером відповіді місцевих тканин на хірургічне та медикаментозне лікування. Однак спільною для всіх дослідників думкою є те, що поліпозний риносинусит відноситься до захворювань,

лікування яких через часті рецидиви малоефективне. Рецидиви після хірургічного лікування поліпозного риносинуситу досягають 60-80%. При цьому у 20% хворих рецидиви назального поліпозу розвиваються вже через 1 місяць після операції, у 42% – через рік, а у 81% – через 2 роки [2,3,4,5,13,26].

Особлива увага приділяється лікуванню поліпозу в умовах коморбідності, адже помічено, що поліпоз носа часто поєднується з такими тяжкими захворюваннями як бронхіальна астма, хронічна обструктивна хвороба легень, непереносимість аспірину, алергія та інші. Спостерігається широка різноманітність варіантів клінічного перебігу, різна чутливість до загальноприйнятих методів лікування, але все це об'єднано в одну діагнозу «поліпозного риносинуситу». Все це підштовхує до думки про неоднорідність групи пацієнтів з загальним діагнозом «поліпозний риносинусит» і необхідності детального вивчення різних клінічних варіантів поліпозу носа, тобто клінічних фенотипів захворювання.

Найбільш близько до сучасного розуміння фенотипів поліпозу наблизився Піскунов С.З., який описав наступні клініко-патогенетичні варіанти поліпозного риносинуситу:

– пов'язаний з порушенням архітекtonіки носової порожнини;

– алергійний (Ig E – залежний)

– грибовий (алергійний грибовий синусит)

– синдромальний: муковісцидоз, синдроми Янга і Картагенера, велика група так званих тубулопатій або «синдром нерухомих війок»

– поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину (аспіринова триада).

Проте, фактично вказані типи поліпозу детермінуються визначенням тригерів захворювання, що для клінічної практики недостатньо. Визначення особливостей клінічного перебігу кожної з форм поліпозу актуально в плані виділення специфічного фенотипу хворих. Фенотипові ознаки зручні для використання в якості діагностичних та прогностичних критеріїв різних етіопатогенетичних форм поліпозних риносинуситів.

Метою даного дослідження було оцінити клінічні особливості перебігу хронічного поліпозного риносинуситу залежно від тригеру захворювання і визначити клінічні фенотипи назального поліпозу.

Матеріал і методи дослідження

В дослідження включено 150 хворих з діагнозом «хронічний поліпозний риносинусит», які знаходились на стаціонарному лікуванні у ЛОР-відділенні обласної клінічної лікарні протягом 2011-2015 рр. Пацієнтів було розділено на три групи: I група – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину, 50 пацієнтів (33,3%); II група – поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання, 50 пацієнтів (33,3%); III – Ig-E-залежний (алергійний) поліпоз, 50 пацієнтів (33,3%).

До клінічних особливостей, що визначають особливості фенотипу, належать: вікові і хронологічні аспекти захворюваності, переважання певної статі, поширеність і морфологічна характеристика запального процесу, тип перебігу, ефективність його лікування найбільш ефективними загальноприйнятими методами.

Результати дослідження та їх обговорення

Момент маніфестації захворювання (факт встановлення діагнозу поліпозного риносинуситу) та тривалість захворювання визначали або зі слів хворого або за датою встановлення діагнозу згідно з записом в амбулаторній карті. Всіх пацієнтів, згідно з класифікацією вікових періодів, розділено на 2 групи на момент встановлення діагнозу:

перша - особи юнацького і молодого (17-35 років)

друга - зрілого і похилого (36-70 років) віку.

Серед хворих I групи – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину - вперше діагностований у осіб зрілого і похилого віку в переважній більшості випадків – 41 хворий (82%). Кількість хворих II групи – поліпоз пов'язаний з

порушенням аеродинаміки носового дихання розділились практично порівну – 26 (52%) особи юнацького і молодого проти 24 (48%) осіб старшого віку. Серед хворих III групи – Ig-E-залежний (алергійний) поліпоз - особи юнацького і молодого віку склали 36 хворих (72%).

Таким чином, частота хронічних поліпозних риносинуситів у вікових групах розділилась дуже нерівномірно. Пік захворюваності серед хворих на аспіриноасоційований поліпоз, в порівнянні з іншими риносинуситами, переважає у зрілій віковій групі. В інтервалі від 36 до 70 років хворіє 82% пацієнтів. На молоді вікову групу припадає 72% пацієнтів з Ig-E-залежним поліпозом. Захворюваність на поліпоз асоційований з порушенням аеродинаміки носового дихання не має вікової залежності, оскільки хворі рівномірно розподілились серед осіб молодого і старшого віку – 52% проти 48%.

Стать – один із найбільш значущих критеріїв, що визначають фенотип. Очевидною є тенденція до більшого поширення поліпозу у II та III групі серед чоловіків. Їх у II групі було 32 особи (64%), що на 28% більше ніж жінок – 18 (36%), та дещо менше у III групі – 27 хворих чоловічої статі (54%). Серед пацієнтів, хворих на аспіриноасоційований поліпоз, переважали особи жіночої статі – 58% (29 хворих), відповідно, чоловіків було 42% (21 хворий). Ці дані суттєво відрізняються від гендерних особливостей інших груп хворих на поліпоз, де захворюваність серед жінок значно менше, ніж серед чоловіків.

Статеві-вікові показники характеризують стан захворюваності на поліпоз в момент первинної діагностики. Але, ймовірно, період недуги у більшості хворих був значно тривалішим, а зверненню до лікаря передували латентний перебіг, багаторічна компенсація симптомів захворювання, зокрема порушеного носового дихання, за рахунок самолікування, чи банальна байдужість пацієнтів. Проте тривалість захворювання має велике значення для оцінки клінічних особливостей будь яких хронічних процесів. Тому нами проведено вивчення анамнестичної давності хвороби залежно від статі (рис. 1).

Характерним є те, що найбільшу частку як серед чоловіків, так і серед жінок, складають пацієнти з тривалістю захворювання понад три роки. Тривалість відносно короткотривалого анамнезу у представників обох статей практично однакова: до 1 року у 13,95±2,36% чоловіків і 14,29±3,21% жінок та від одного до трьох – відповідно у 31,93±4,27% чоловіків і 29,77±2,52% жінок. В інтервалі від трьох до п'яти років тривалість захворювання у чоловіків достовірно перевищує жіночу - 27,44±3,04% проти 14,29±3,21%. Різниця в показниках складає 13,15%. В інтервалі від п'яти до десяти років тривалості анамнезу показники вирівнюються: чоловічі достовірно зменшуються на 11,36%, а у жінок мають тенденцію до збільшення. А от тривалість анамнезу понад 10 років у жінок достовірно переважає чоловічі показники: 22,69±3,84% проти 12,56±2,26%. Різниця показників складає 10,13%. Вказана динаміка може свідчити про більш тяжкий перебіг поліпозу у осіб жіночої статі.

Клінічні прояви поліпозу не викликають особливих труднощів у його розпізнаванні. Класичними ознаками є утруднення носового дихання, виділення з носа та наявність поліпів у носовій порожнині. Не викликає також особливих труднощів визначення тривалості захворювання. Але в контексті визначення фенотипу актуальною проблемою є діагностика об'єму ураження пазух. В зв'язку з цим діагносту у всіх пацієнтів визначався не тільки на підставі ретельного збору скарг і анамнезу, клінічного оториноларингологічного, рутинного рентгенологічного обстеження, а і з використанням сучасних методик ендоскопічного, комп'ютерного томографічного дослідження порожнини носа, синусів та елементів остіомеатального комплексу. За результатами обстеження хворі, згідно вимог МКХ-10, були розділені на групи, залежно від кількості уражених пазух. Особи з

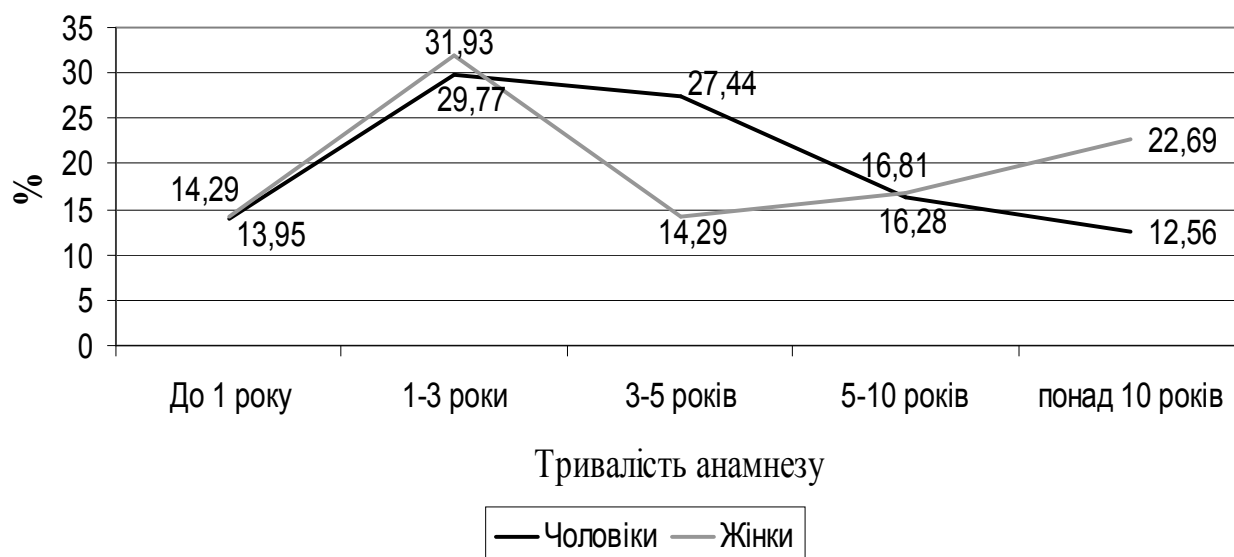


Рис. 1.

ураженням однієї, чи кількох пазух з однієї сторони були об'єднані в групу моно-гемісинуситів, двобічним ураженням, але не всіх пазух – полісинусит і з тотальним (пансинусит) ураженням пазух.

Серед хворих I групи – поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину в переважній більшості випадків 84,73% діагностовано тотальне ураження пазух - пансинусит і у 15,27% субтотальне – крім основної пазухи.

Серед пацієнтів II групи – поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання ураження пазух зустрічались переважно у вигляді гаймороемоїдиту, з незначним набряком слизової оболонки інших пазух одноім'яної сторони, що умовно розцінювалось, як гемісинусит. Серед хворих III групи – Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз - кількість хворих з пансинуситом складала більше половини випадків - 63,48%. У інших 36,52% хворих цієї групи діагностувалось множинне двобічне ураження. Приведені дані свідчать про беззаперечне домінування множинних форм ураження синусів над ізольованими у пацієнтів I та III груп. Ця ознака характеризує поліпоз асоційований з непереносимістю аспірину та Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз, як патологію з тяжким перебігом захворювання. Тяжкість перебігу суттєво впливає на результати лікування. В зв'язку з цим нами проведено детальне вивчення перебігу захворювання у хворих цих груп.

Для хворих на Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз характерним є те, що найбільшу частку серед них складають пацієнти з тривалістю захворювання понад три роки, але не більше десяти - 73,3%. Кількість хворих з тривалістю відносно короткотривалого анамнезу (від трьох до десяти років) у представників групи хворих на поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину значно менше – 41,7%. В інтервалі від трьох до п'яти років тривалість захворювання у цих хворих не перевищує 19,6% проти 57,1% серед хворих на Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз. Різниця в показниках складає 37,5%. В інтервалі від п'яти до десяти років тривалості анамнезу показники вирівнюються: при Ig-E-залежному поліпозі зменшуються до 22,1%, а у пацієнтів з поліпозом, асоційованим з непереносимістю аспірину мають тенденцію до збільшення – до 16,2%. А от тривалість анамнезу понад 10 років у хворих на поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину прогресивно зростає і значно переважає показники хворих на алергічний поліпоз: 56,4% проти 12,5%. Різниця показників складає 43,9%. Вказана динаміка свідчить про більш тяжкий перебіг захворювання у хворих на поліпоз, асоційований з непереносимістю аспі-

рину та більш високу ефективність лікування алергічно-залежних форм захворювання. Оскільки серед пацієнтів, хворих на поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину переважають жінки, то ці дані корелюють з особливостями анамнестичної давності. Тривалість анамнезу понад 10 років у жінок достовірно переважає чоловічі показники: 22,69±3,84% проти 12,56±2,26%. Ці дані свідчать про накопичення в популяції жінок, хворих на тяжкі форми захворювання.

Тривалий анамнез захворювання (більше 10 років) є відображенням прогресивного перебігу поліпозу і поєднується з частим рецидивуванням. У переважній більшості пацієнтів в анамнезі нараховується від 4 – 5 до 16 – 20 і більше поліпотомій. Часте рецидивування, в свою чергу, є свідченням резистентності до найбільш ефективних методів лікування (хірургічне, стероїди). Ці ознаки характеризують поліпоз, асоційований з непереносимістю аспірину, як патологію з особливо тяжким перебігом захворювання.

Аналізуючи вікові та хронологічно-анамнестичні особливості хронічних поліпозних риносинуситів можна зробити висновки, що пік захворюваності серед хворих на аспірин асоційований поліпоз переважає у зрілій віковій групі. В інтервалі від 36 до 70 років хворі 82,3% пацієнтів, а кількість жінок переважає чоловіків. Проте, з урахуванням тривалості анамнезу, дебют захворювання у них імовірно відбувається значно раніше – у молодій віковій групі, оскільки для представників цієї групи характерною є велика тривалість анамнезу.

На молодшу вікову групу припадає 72,3% пацієнтів з Ig-E-залежним поліпозом. Захворюваність на поліпоз асоційований з порушенням аеродинаміки носового дихання не має вікової залежності, оскільки хворі рівномірно розподіляються серед осіб молодого і старшого віку – 50,87% проти 49,13%. Серед пацієнтів цих двох груп кількість чоловіків переважає жінок. При дебюті захворювання у всіх групах пацієнтів, клінічні симптоми не мають якихось специфічних проявів і характерні для проявів хронічного риносинуситу. Вони нерідко діагностуються як хронічний катаральний чи алергічний риносинусит. Переважання серед хворих осіб з тривалим анамнезом, може свідчити про накопичення в популяції хворих з тяжким характером перебігу захворювання, оскільки їх особливістю є невисока ефективність лікування і, відповідно, прогресуючий перебіг.

Висновки

Таким чином, в результаті порівняльного вивчення клі-

нічних особливостей захворювання, визначені фенотипи пацієнтів із поліпозними риносинуситами. Його характеризують наступні показники:

- стать – один із найбільш значущих критеріїв, що визначають фенотип. Проведені дослідження чітко засвідчують, що серед хворих на тяжкі форми поліпозу переважають особи жіночої статі – 58% в порівнянні з іншими типами поліпозу.

- вік – також значущий критерій формування патологічного фенотипу. Клінічна картина захворювання в різних вікових групах має свої особливості. Більшість пацієнтів із тяжкими формами поліпозу (аспіриносційований) належать до зрілої вікової групи – 36-70 років. Коли дебют захворювання спостерігається в дитячому чи юнацькому віці – тоді мова може йти скоріше про спадкові вади розвитку (поліпоз пов'язаний з порушенням аеродинаміки носового дихання) або Ig-E-залежний (алергічний) поліпоз.

- тяжкість захворювання. Тяжкість перебігу поліпозних риносинуситів має ряд особливостей, що заслуговує виділення в особливий фенотиповий маркер. Тяжкість захворювання у вказаних пацієнтів асоціюється з прогресивним, рецидивуючим перебігом і резистентністю до найбільш поширених і ефективних методів лікування. Хоча тяжкість перебігу використовується як додатковий критерій при виділенні фенотипу, її ступінь часто визначається довільно, але залежить від віку. Часте рецидивування, прогресивний перебіг захворювання, особливо у молодих осіб, незалежно від статі, слід розцінювати як тяжкий перебіг. До цих же критеріїв тяжкості слід віднести тривалий анамнез захворювання, що поряд з рецидивуванням свідчить про резистентність до лікування.

- характер патологічних змін. У пацієнтів із тяжкими формами поліпозу визначається схильність до тотального чи субтотального ураження пазух. Цей маркер є особливо важливим при дебюті захворювання, особливо в молодому віці, коли клінічні прояви нерідко проходять під личиною хронічного катарального чи вазомоторного риносинуситу.

Перспектива подальших досліджень

Перспективним є можливість формування фенотипових діагностичних ознак, оскільки поліпозні риносинусити є гетерогенним захворюванням, а вказані фенотипи розглядаються в рамках чітко окресленої патології. Рекомендації, що враховують різні маркери, допомогатимуть оптимізувати діагностичний процес і визначити адекватну терапевтичну тактику.

Література

- Ланцов А.А. Эпидемиология полипозных риносинуситов / А.А. Ланцов, С.В. Рязанцев, Б.М. Цесарский // – СПб.: «РИА-АМИ», 1999. – 96 с.
- Портенко Г.М. Полипозные риносинуситы / Г.М. Портенко. – М., 2002. – 158 с.
- Пискунов Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
- Couto L.G. Histological aspects of rhinosinusal polyps / L.G. Couto, A.M. Fernandes, D.F. Brand [et al.] // Rev. Bras. Otorrinolaringol. – 2008. – Vol.74, № 2. – P. 207-212.
- Mygind N. Nasal poliposis / N. Mygind, T. Lidhold // – Copenhagen: Munksgaard, 1997. – 175 p.
- Пухлик С.М. Полипозный риносинусит / С.М. Пухлик // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2010. – №3. – С.5-10.
- Nasal polyps and their relation to polyps / hypertrophic polypoid mucosa in the paranasal sinuses. A macro-, endo-, and microscopic study of autopsy materials / P. I. Larsen, P. K. Tingsgaard, J. Harcourt, G. Sofsrud, M. Tos // Am. J. Rhinol. - 1998. - 12: P. 45-51.
- Stammberger H. The evolution of functional endoscopic sinus surgery / H. Stammberger // Ear Nose Throat J. - 1994. - 73(7). - P. 451-455.
- Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. Concert, indications and results of the Messerklinger technigie / H. Stammberger, W.

Posawetz // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 1990. - 247 (2). - P. 63-76.

10. Stedman's Medical Dictionary, 26th edition / [Williams and Wilkins]. - Baltimore, Philadelphia, Hongkong, London, Munich, Sydney, Tokyo. - 1995. – 1405 p.

11. Secretion of TGF-B1, TGF-B2, EGF and PDGF into nasal fluid after sinus surgery / J-P. Watelet, P. Gevaert, C. Bachert [et al.] // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 2002. - 259: P. 234-238.

12. EPOS : европейский меморандум 2007 года по риносинуситу и полипозу носа/ В. Фоккенс, В. Ланд, И. Мулльель [et al.]. - 2007. – 17 с.

13. Bachert C. Современная диагностика и лечение синусита и полипоза носа / C. Bachert, K. Hornmann, R. Mosges // Ринология. - 2004. - № 1. - С. 47-66.

14. Лечение полипозного риносинусита: материалы X зjazdu оториноларингологів (Судак, 2005р.) / Г. З. Пискунов. – 2005. - С. 133-134.

15. Капранов Н. И. Эпидемиология клиничко-генетических особенностей лечения и реабилитации в начале муковисцидоза / Н. И. Капранов // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. - 1997. - № 2, т. 42. - С. 16-23.

16. Патологическая физиология / [под ред. В. В. Новицкого, Е. Д. Гольдберга]. - Томск. - 2001. – 716 с.

17. Jezewska E. The syndrome of dyskinetic cilia as the cause of chronic sinusitis / E. Jezewska, A. Kukwa, M. Pietniczka-Zaleska // Pol. Merkurizus Lek. – 2005. – Vol. 19. – P. 444-445.

18. Cuyier J. P. Cystic fibrosis and sinusitis / J. P. Cuyier, A. J. Monaghan // J. Otolaryngol. - 1989. - Vol. 18. - P. 173.

19. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Н. Дранник. - М.: 000 «Медицинское информационное агентство», 2003. – 604 с.

20. Иммунология и аллергология для ЛОР врачей : руководство для врачей / [Под ред Д.К.Новикова]. - М.: 000 «МИФ», 2006. – 512 с.

21. Солдатова. И. Б. Руководство по оториноларингологии / И. Б. Солдатова //– М.: Медицина, 1997. – 608 с.

22. Пискунов Г.З. Полипозы носа, околоносовых пазух и его лечение / Г.З. Пискунов // Рос. ринология. – 2003. – № 2. – С.3-8.

23. Рязанцев С.В. Морфофункциональное состояние стромы носовых полипов / С.В. Рязанцев, Т.П. Шустова, Е.В. Шкабарова // Рос. Ринология. – 2002. – №3. – С.18-23.

24. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique / Stammberger H. – Philadelphia: B.C. Decker, 1991. – 529 p.

25. Волков А.Г. Хронические полипозные риносинуситы: вопросы патогенеза и лечения / А.Г. Волков, С.Л. Трофименко // – Ростов на Дону, 2007. – 46 с.

26. Муминов А.М. Полипозные риносинуситы / А.М. Муминов, М.С. Плужников, С.В. Рязанцев //– Ташкент: Медицина, 1990. – 152 с.

27. Гасюк Ю.А. Сучасні погляди на етіопатогенез і патоморфологію поліпозного риносинуситу.- //Світ медицини та біології.-№ 1.- 2013.- с.150-156

LITERATURE

- Lantsov A.A., Riazantsev S.V., Tsesarskii B.M. Epidemiology of rhinosinusitis polyposa.-SPb.: "Ria-Ami",-1999.-p.96p.
- Portenko H.M. Rhinosinusitis polyposa.-M.-2002.-158p.
- Piskunov H.Z., Piskunov S.Z. Clinical rhinology.-M.: Miklosh, 2002.-390p.
- Couto L.G. Histological aspects of rhinosinusal polyps / L.G. Couto, A.M. Fernandes, D.F. Brand [et al.] // Rev. Bras. Otorrinolaringol. – 2008. –Vol.74, № 2. – P. 207-212.
- Mygind N. Nasal poliposis / N. Mygind, T. Lidhold // – Copenhagen:Munksguard, 1997. – 175 p.
- Pukhlyk S.M. Rhinosinusitis polyposa .-Clinical immunology. Allergologia. Infectology.–2010.– N3.–pp.5-10.
- Nasal polyps and their relation to polyps / hypertrophic polypoid mucosa in paranasal sinuses. A macro-, endo-, and microscopic study of autopsy materials / P. I. Larsen, P. K. Tingsgaard, J. Harcourt, G. Sofsrud, M. Tos // Am. J. Rhinol. - 1998. - 12: P. 45-51.
- Stammberger H. The evolution of functional endoscopic sinus surgery / H. Stammberger // Ear Nose Throat J. - 1994. - 73(7). - P. 451-455.
- Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. Concert, indications and results of the Messerklinger technigie / H. Stammberger, W. Posawetz // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 1990. - 247 (2). - P. 63-76.
- Stedman's Medical Dictionary, 26th edition / [Williams and Wilkins]. - Baltimore, Philadelphia, Hongkong, London, Munich,

Sydney, Tokyo. - 1995. - 1405 p.

11. Secretion of TGF-B1, TGF-B2, EGF and PDGF into nasal fluid after sinus surgery / J-P. Watelet, P. Gevaert, C. Bachert [et al.] / Eur. Arch. Otorhinolaryngol. - 2002. - 259: P. 234-238.

12. EPOS : European memorandum about rhinosinusitis and polyposis of nose 2007/V. Fokkens, V. Land, I. Muelle. - 2007. - p.17

13. Bachert C., Hormann K., Mosges R. Modern diagnosis and treatment of rhinosinusitis and polyposis of nose.- Rhinology.-2004.- N1.-pp.47-66

14. Piskunov H.Z. Rhinosinusitis polyposa treatment: Materials of the X Congress of ENT specialists.-Sudak.-2005.-pp.133-134

15. Kapranov N.I. Epidemiology of clinic genetic features of treatment and rehabilitation at the beginning of mucoviscidosis.- Russian perinatal medicine and pediatriy.- 1997.- N2, Vol.42.-pp.16-23

16. Pathologic physiology / [edited by Novitskii V.V., Holdberh E.D.]. - Tomsk. - 2001. - p.716

17. Jezewska E. The syndrome of dyskinetic cilia as the cause of chronic sinusitis / E. Jezewska, A. Kukwa, M. Pietniczka-Zaleska // Pol. Merkuriusz Lek. - 2005. - Vol. 19. - P. 444-445.

18. Cuyier J. P. Cystic fibrosis and sinusitis / J. P. Cuyier, A. J. Monaghan // J. Otolaryngol. - 1989. - Vol. 18. - P. 173.

19. Drannuk H.M. Clinical immunology and allergology.- M.:000 "Medical News Agency",2003.-p.604

20. Immunology and allergology for ENT specialist: guide book / [edited by Novikov D.K.]. - M.: 000 «МИФ», 2006. - p.512

21. Soldatova I.B. Guide book on otorhinolaryngology.-M.: Medecine, 1997. - p.608

22. Piskunov H.Z. Nasal polyposis and paranasal sinuses and it treatment. Russian Rhinology.-2003.-N2.-pp.3-8

23. Riazantsev S.V., Shystova T.P., Shkabarova E.V. Morphofunctional state of nasal polyp's stroma.- Russian Rhinology.-2002.-N3.-pp.18-23

24. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Messerklinger technique / Stammberger H. - Philadelphia: B.C. Decker, 1991. - 529 p.

25. Volkov A.H., Trofumenko S.L. Inveterate rhinosinusitis polyposa: pathogenesis and treatment questions.-Rostov-na-Donu,2007. - p.46

26. Mumynov A.M., Pluzhnikov M.S., Riazantsev S.V. Rhinosinusitis polyposa// - Tashkent: Medecine, 1990. - p.152

27. Hasiuk Yu.A. Current views on aetiopathogenesis and pathomorphology of rhinosinusitis polyposa.- World of medicine and biology.-2013.- N1.-pp.150-156

Кошель И.В.

Основные клинические фенотипы полипозного риносинита

ГВУЗ «Івано-Франківський національний медичинський університет», г. Івано-Франківск, Україна

Резюме. Полипозный риносинусит остается одной из важнейших проблем современной оториноларингологии, его распространенность в общей популяции достигает 4%. Наблюдается широкое разнообразие вариантов клинического течения, разная чувствительность к общепринятым методам лечения, но все это объединено в одном диагнозе «полипозного риносинусита». Это наводит на мысль о неоднородности группы пациентов с общим диагнозом «полипозный риносинусит» и необходимости детального изучения разных клинических вариантов полипоза носа, т.е. клинических фенотипов заболевания.

Цель исследования. Оценить клинические особенности течения хронического полипозного риносинусита в зависимости от триггера заболевания и определить клинические фенотипы назального полипоза.

Материалы и методы. В статье приведены результаты клинико-anamnestического, радиологического и лабораторного

исследования 150 пациентов с разными типами полипозного риносинусита. Пациенты были разделены на три группы: I группа – полипоз ассоциированный с непереносимостью аспирина, 50 пациентов; II группа – полипоз связанный с нарушением аэродинамики носового дыхания, 50 пациентов; III – Ig-E-зависимый (аллергический) полипоз, 50 пациентов.

Результаты. В результате исследования определены достоверные отличия исследуемых показателей в разных клинических группах. Найденные отличия по полу, возрасту, тяжести клинических проявлений и характеру патологических изменений позволили выделить наиболее распространенные клинические фенотипы полипозного риносинусита.

Выводы. Больных с аспиринассоциированным полипозом, в сравнении с другими типами, отличает начало заболевания в зрелом возрасте, превалирование женского пола, особенная тяжесть клинических проявлений, тотальное или субтотальное поражение пазух и связанная с этими признаками резистентность к стандартным методам лечения. Указанные фенотипы рассматриваются в рамках четко определенной патологии, позволяют оптимизировать диагностический процесс и определить адекватную терапевтическую тактику в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: *аспиринный полипозный риносинусит, клинический фенотип.*

I.V. Koshel

Major Clinical Phenotypes of Polypous Rhinosinusitis

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. Polypous rhinosinusitis remains one of the major problems of modern otorhinolaryngology, its prevalence in general population reaches 4%. There is a wide range of variants of clinical course as well as a different response to traditional methods of treatment, however all these cases are diagnosed as “polypous rhinosinusitis”. It suggests the heterogeneity of a group of patients diagnosed with “polypous rhinosinusitis” and the need for a detailed study of various clinical variants of nasal polyposis, i.e. clinical phenotypes of the disease.

The objective of the research was to assess clinical features of chronic polypous rhinosinusitis depending on trigger of the disease as well as to determine clinical phenotypes of nasal polyposis.

Materials and methods. The article presents the results of clinical and anamnestic investigations, radiology examinations and laboratory studies of 150 patients with various types of polypous rhinosinusitis. Patients were divided into three groups: Group I included 50 patients with aspirin-intolerant polyposis; Group II consisted of 50 patients with polyposis due to violations of aerodynamics of the nasal breathing; Group III included 50 patients with Ig-E-dependent (allergic) polyposis.

Results. The research revealed significant differences in studied indicators between different clinical groups. The presence of differences in gender, age, severity of clinical symptoms and the character of pathological changes allowed us to determine the most common clinical phenotypes of polypous rhinosinusitis.

Conclusions. The onset of the disease affecting primarily females in adulthood, severity of clinical manifestations, total or subtotal lesions of sinuses resulting in resistance to traditional methods of treatment are typical for patients with aspirin-intolerant polyposis. The above-mentioned phenotypes are considered within a clearly defined pathology and allow us to optimize the diagnostic process as well as to determine adequate therapeutic tactics for each clinical case.

Keywords: *aspirin-intolerant polypous rhinosinusitis; clinical phenotype.*

Надійшла 08.02.2016 року.

УДК 616.314 – 77 + 616.314 – 78.

Кумгир І.Р.

Клінічна оцінка якості непрямих реставрацій виготовлених хворим із дефектами твердих тканин фронтальних зубів у віддалені терміни

Кафедра ортопедичної стоматології, Івано-Франківський національний медичний університет, м.Івано-Франківськ, Україна

Резюме. Говорячи про непряму реставрацію передньої ділянки зубного ряду, відновлення функції, збереження максимальної кількості вітальних тканин зуба або естетику усмішки, маємо на увазі дотримання обов'язкових принципів ощадного відновлення тканин зуба. Усім цим вимогам відповідають керамічні вініри, які на сьогоднішній день є оптимальним методом відновлення передньої ділянки зубного ряду. Для дослідження було відібрано 50 пацієнтів віком 18 – 45 років. У даної групи пацієнтів діагностовано каріозні ураження 3 – 5 класу за Блеком та некаріозні ураження твердих тканин і виконано 120 непрямих реставрацій керамічними вінірами.

Результати проведеного нами клінічного дослідження вказують на те, що вініри є оптимальними конструкціями для заміщення дефектів коронкової частини фронтальної групи зубів. Повторні огляди через 3, 4 та 5 років дозволяють стверджувати про довговічність конструкцій та задовільний естетичний результат, за умови правильної оцінки клінічної ситуації та чіткого дотримання етапності виготовлення вінірів.

Ключові слова: керамічні вініри, непрямі реставрації, дефекти твердих тканин.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

В останні роки ми є свідками радикальних змін у стоматології, підтвердженням чого є впровадження сучасних адгезивних технологій. З однієї сторони завдяки промислового випуску, клініцистам доступні нові матеріали для відновлення втрачених твердих тканин зуба (адгезивні системи, композити, кераміка), а з іншої – з'явилася тенденція до проведення максимально ощадних заходів, які б зменшили кількість препарованих здорових тканин зуба та продовжили життєдіяльність пульпи. З клінічної точки зору це спричинило багато змін і викликало необхідність розробки нових клінічних методів із застосуванням новітніх матеріалів. Можливість використання фізико – хімічної адгезії до твердих тканин зуба замість механічної ретенції значною мірою змінила спосіб їх препарування [1,5,6,9].

Виходячи із цього, на сьогоднішній день кращим і найбільш біоінертним матеріалом для реставрації зубів є кераміка. Вона не адсорбує рідину, не змінюється в кольорі, за своїми фізичними властивостями близька до природної емалі зуба, не має токсичної дії і не викликає алергічних реакцій. Фізико - механічні властивості керамічних матеріалів є основою довговічності накладок, вкладок, часткових чи повних коронок, виготовлених із них. Завдяки низькому коефіцієнту термічного розширення і високій механічній міцності в місці з'єднання керамічного матеріалу з тканинами зуба при дії функціональних навантажень виникають значно менші внутрішні напруги, ніж ті, які спостерігаються при наявності композитних реставрацій. За рахунок цього, значно знижується ризик утворення красних тріщин з послідовним розвитком вторинного карієсу [1,2,3,7,8,10].

Завдяки непрямій методиці, зубний технік дуже точно пошарово наносить порцеляну і, як результат, одержує бездоганну естетику реставрації. Дуже гладка поверхня порцеляни, порівняно із іншими реставраційними матеріалами, зменшує відкладення зубного нальоту, саме тому деякі види керамічних вінірів запобігають утворенню зубної бляшки [1,5,6,7,10,11].

Показаннями до виготовлення вінірів є: перелом коронкової частини зуба, змінений колір девітальних поодиноких зубів, значні ерозії на вестибулярній поверхні і фронтальні зуби із значними за площею реставрація ми в пришийковій ділянці, виражені дисколорити, які не піддаються відбілюванню та мікроабразії, значні дефекти емалі, композитні накладки на оклюзійній поверхні і ріжучому краї фронтальних і бокових зубів при кислотних ерозіях, глибокий прикус із збереженням чи без збереження контакту зубів - антагоністів, реставрація нижніх фронтальних зубів (як альтернатива коронок), корекція зміни положення зубів.

Протипоказаннями до виготовлення вінірів є: виражений бруксизм, значно зруйновані каріозним процесом фронтальні зуби, висока активність карієсу, недостатня гігієна порожнини рота.

Мета: провести клінічну оцінку і ефективність непрямих керамічних реставрацій у хворих із дефектами твердих тканин фронтальних зубів у віддалені терміни.

Матеріал і методи дослідження

Для дослідження було відібрано 50 пацієнтів віком 18–45 років з У даної групи пацієнтів діагностовано каріозні ураження 3–5 класу за Блеком та некаріозні ураження твердих тканин і виконано 120 непрямих реставрацій керамічними вінірами.

Результати дослідження та їх обговорення

Проведене нами клінічне дослідження дозволяє оцінити якість відновлення дефектів твердих тканин фронтальних зубів за допомогою непрямих реставрацій і провести оцінку якості реставрації за основними критеріями. Оцінку результатів непрямої керамічної реставрації здійснювали відповідно до критеріїв USPHS.

Отже, при огляді пацієнтів яким проводилась реставрація непрямим методом із застосуванням керамічних вінірів через 3 роки наявність зазору між цементом і керамічною накладкою спостерігалась у 5 (4,1%, Bravo) реставраціях, за всіма іншими критеріями жодних порушень не виявлено.

При огляді через 4 роки наявність зазору між цементом і керамічною накладкою спостерігалась у 8 (6,7% Bravo) реставраціях, за всіма іншими критеріями жодних порушень не виявлено.

При огляді через 5 років наявність зазору між цементом і керамічною накладкою спостерігалась у 11 (9,1%, Bravo) реставраціях, за всіма іншими критеріями жодних порушень не виявлено.

Висновки

1. Проведене нами клінічне дослідження дозволяє оцінити якість відновлення дефектів твердих тканин фронтальних зубів за допомогою непрямих реставрацій і провести оцінку якості реставрації за основними критеріями.
2. Вірогідність успішного використання і довговічності непрямої реставрації нерозривно пов'язана з правильною діагностикою і оцінкою клінічного випадку та чітким дотриманням робочого протоколу.
3. Оцінюючи крайову адаптацію між цементом і вкладкою, нами встановлено, що прогноз таких реставрацій хороший, навіть якщо питання довговічності цементного з'єднання досі недостатньо вирішене.

Література

1. Гюрель Г. Керамические виниры искусство и наука / Г. Гюрель - Москва, 2007. - 86с.
2. Клейменова О.А. Результаты клинической оценки метода аправматической реставрационной терапии / О.А. Клейменова // Стоматолог - 2005. - №10. - С.22 – 26.
3. Кумгир І.Р. Порівняльна оцінка прямих і непрямих реставрацій у хворих із дефектами твердих тканин фронтальних зубів / І.Р. Кумгир // Український стоматологічний альманах.- 2009. – №3. - С.33 – 36.
4. Лью Р. Возникновение серьезных осложнений при проведе-