Полипозный риносинусит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: J33.0, J33.1, J33.8, J33.9 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Полипозный риносинусит — хроническое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух с образованием и рецидивированием полипов, продолжающееся более 12 недель. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке распространенности процесса и выбору медикаментозной, биологической или хирургической тактики с последующим длительным наблюдением.

Главное

- Диагноз предполагают при наличии как минимум двух симптомов, один из которых — заложенность или выделения из носа; возможны также боль или давление в проекции пазух, снижение либо потеря обоняния. Одних субъективных жалоб недостаточно: диагноз подтверждают объективными данными эндоскопии и лучевой визуализации. УУР В, УДД 3.
- Эндоскопически выделяют три стадии: полипы ограничены средним носовым ходом; выходят за его пределы; обтурируют соответствующую половину носа.
- Назальные кортикостероиды — стартовая терапия при ограниченном полипозе, а также до и после операции. Они уменьшают размеры полипов и назальную обструкцию, улучшают обоняние и снижают вероятность рецидива. УУР С, УДД 5.
- Системные кортикостероиды применяют кратковременно при недостаточном контроле симптомов на фоне назальных спреев, а также при астме, гиперреактивности бронхов, непереносимости НПВП, атопии и рефрактерном течении. Длительное или частое их применение повышает риск нежелательных явлений.
- Генно-инженерную биологическую терапию используют при тяжелом ПРС и сочетании ПРС с бронхиальной астмой; при двустороннем процессе и операциях в анамнезе для назначения требуется наличие трех критериев из установленного перечня.
- При неэффективности медикаментозного лечения или распространенном полипозе показано хирургическое лечение, обычно в формате функциональной эндоскопической риносинусохирургии.
- В первый год после операции контрольные осмотры проводят каждые 3 месяца.

Диагностика

1. Уточнить жалобы: затруднение носового дыхания или выделения из носа, нарушение обоняния, лицевую боль или давление, стекание отделяемого, кашель, утомляемость. Для подтверждения диагноза необходимо выявить две и более жалобы, включая заложенность или выделения из носа. УУР В, УДД 3.
2. Собрать анамнез: сроки и динамику симптомов, предыдущую терапию и ее эффект, связь с аллергенами, непереносимость ацетилсалициловой кислоты и других НПВП, симптомы астмы, семейный анамнез, одно- или двусторонний процесс и рецидивирующие носовые кровотечения.
3. Оценить тяжесть симптомов по визуально-аналоговой шкале от 0 до 10: 0–3 балла соответствуют легким проявлениям, 3–7 — умеренным, 7–10 — тяжелым; значимо ухудшают качество жизни симптомы от 5 баллов. УУР С, УДД 5.
4. Провести первичный осмотр оториноларинголога с оценкой носового дыхания, отделяемого при осмотре полости носа, зон проекции пазух при пальпации или перкуссии и видимых полипов. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить переднюю риноскопию для оценки распространенности процесса и сопутствующей внутриносовой патологии. УУР С, УДД 5.
6. Провести эндоскопическую эндоназальную ревизию носа и носоглотки: определить локализацию и распространенность полипов, отека и отделяемого, а также дифференцировать ПРС с опухолью, гипертрофией глоточной миндалины и гипертрофией задних концов нижних носовых раковин. УУР А, УДД 1.
7. Выполнить компьютерную томографию околоносовых пазух и гортани для оценки распространенности полипоза, внутриносовых структур и костных стенок пазух. При подозрении на новообразование КТ дополняют МРТ. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При ограниченном полипозе, когда полипы не выходят за пределы среднего носового хода, назначают назальные кортикостероиды; их также применяют в пред- и послеоперационном периоде. Препарат выбора — мометазон 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в сутки курсом 3–6 месяцев. После клинического эффекта дозу снижают до 2 инсуффляций в каждую половину носа 1 раз в сутки, общая суточная доза — 200 мкг. УУР С, УДД 5.
- Если через 5–6 недель на мометазоне выраженность симптомов не уменьшается, оценивают целесообразность хирургического лечения.
- При недостаточном контроле симптомов на назальных спреях системный преднизолон применяют краткосрочно: 30–60 мг в сутки в течение 14 дней. Системные кортикостероиды также используют при астме, гиперреактивности бронхов, непереносимости НПВП, рефрактерном ПРС, выраженной атопии и для пред- или послеоперационного лечения. УУР С, УДД 5.
- Блокаторы лейкотриеновых рецепторов назначают как дополнительную терапию или вместо системных кортикостероидов при их непереносимости и при рефрактерном течении, устойчивом к кортикостероидам. УУР В, УДД 3. Системные антибактериальные препараты при ПРС не рекомендуются из-за недостаточных доказательств эффективности и риска резистентности, анафилаксии и желудочно-кишечных осложнений. УУР В, УДД 2.
- ГИБТ применяют при тяжелом ПРС или сочетании ПРС с астмой. При двустороннем процессе и операциях в анамнезе требуется наличие трех критериев: признаков Т2-воспаления, потребности в системных кортикостероидах или противопоказаний к ним, SNOT-22 не менее 40, аносмии, астмы, требующей регулярных ингаляционных кортикостероидов.
- Дозы одобренных ГИБП: дупилумаб — 300 мг подкожно 1 раз в 2 недели с 18 лет; омализумаб — 75–600 мг подкожно 1 раз в 2 или 4 недели в зависимости от исходного IgE и массы тела; меполизумаб — 100 мг подкожно 1 раз в 4 недели взрослым при плохо контролируемом тяжелом ПРС.
- При неэффективности медикаментозной терапии или распространенном полипозе выполняют хирургическое лечение, преимущественно функциональную эндоскопическую риносинусохирургию с удалением полипов, восстановлением естественных соустий и коррекцией анатомических нарушений. УУР С, УДД 5.
- Перед операцией назначают назальные кортикостероиды для уменьшения кровопотери, улучшения визуализации и сокращения продолжительности вмешательства. УУР В, УДД 2.
- После операции используют охранительный режим 10–14 дней и более, эндоскопическую санацию, атравматичное удаление воспалительных масс и орошение носа 0,9% раствором натрия хлорида при вязком отделяемом или корках. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Направить пациента на первичный осмотр к оториноларингологу при подозрении на ПРС и при установленном диагнозе.
- При подозрении на бронхиальную астму или атопию нужны консультации пульмонолога и/или аллерголога-иммунолога; при подозрении на первичную цилиарную дискинезию проводят сахариновый тест.
- Планово госпитализируют для функциональной эндоскопической риносинусохирургии при отсутствии противопоказаний, а также для подбора или коррекции терапии и системного лечения ГИБП или моноклональными антителами в дневном или круглосуточном стационаре.
- После операции пациента выписывают при удовлетворительном общем состоянии и улучшении или восстановлении носового дыхания.
- При рецидиве, требующем повторной операции, или подозрении на осложненное течение показана КТ околоносовых пазух.

Частые вопросы

Какие симптомы нужны для подозрения на полипозный риносинусит?

Должны присутствовать как минимум две жалобы, одна из которых — заложенность или выделения из носа. Дополнительно оценивают боль или давление в области пазух и снижение либо потерю обоняния; окончательное подтверждение требует объективного обследования.

Как оценивают тяжесть симптомов при ПРС?

Используют визуально-аналоговую шкалу от 0 до 10 баллов: 0–3 — легкие проявления, 3–7 — умеренные, 7–10 — тяжелые. Симптомы от 5 баллов существенно влияют на качество жизни.

Какова стартовая схема лечения мометазоном?

Мометазон назначают по 100 мкг в каждую половину носа 2 раза в сутки на 3–6 месяцев. После клинического эффекта переходят на 2 инсуффляции в каждую половину носа 1 раз в сутки; если за 5–6 недель симптомы не уменьшаются, оценивают показания к операции.

Когда при ПРС используют системные кортикостероиды и антибиотики?

Преднизолон применяют кратковременно при недостаточном контроле на назальных кортикостероидах по 30–60 мг в сутки в течение 14 дней, а также при гиперреактивности бронхов, бронхиальной астме, непереносимости НПВП, рефрактерном течении ПРС, выраженной атопии и в пред- и послеоперационном периоде. Системные антибактериальные препараты при ПРС не рекомендуются из-за недостаточных доказательств эффективности и потенциальных рисков.

Когда выбирают операцию при ПРС?

Операцию проводят при неэффективности медикаментозной терапии или распространенном полипозе; оптимальным вариантом является функциональная эндоскопическая риносинусохирургия.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/890-polipoznyj-rinosinusit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/890_1