

УДК [616.211:616.216]-006.5-036.12:574.2

ПОЛИПОЗНЫЙ РИНОСИНУСИТ

© 2012 г. М. Ю. Верещагин, *А. У. Минкин

Архангельский клинический онкологический диспансер,
*Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

Отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух (ЗО ПН и ОНП). Абсолютное большинство пациентов поступают на лечение с III–IV стадиями заболеваний. Тенденции к снижению показателя запущенности ЗО ПН и ОНП не наблюдается. Повышение эффективности лечения больных зависит от своевременной диагностики. Основной причиной поздней диагностики является недостаточная онкологическая настороженность врачей поликлиник. Нерешенными остаются вопросы лечебной тактики при предопухолевых заболеваниях ПН и ОНП, в то время как фоновые процессы, предшествовавшие развитию злокачественных опухолей, морфологически выявляются у 56,7 % больных. Одним из наиболее частых фоновых процессов развития ЗО ПН и ОНП является хронический полипозный риносинусит (ПРС). Распространенность ПРС высока, в течение последних десяти лет отмечается рост его инцидентности на 2–4 % в год. Растет распространенность воспалительных заболеваний ПН и ОНП в первую очередь вследствие серьезных экологических сдвигов. Встречаются лишь единичные работы, рассматривающие ПРС как предраковое заболевание.

Ключевые слова: риносинусит, предрак.

Актуальность. Заболеваемость злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух (ЗО ПН и ОНП) в Российской Федерации составляет 0,65 в расчете на 100 тысяч населения, не отличается от европейского показателя, но выше мирового уровня (0,45 на 100 тысяч населения) [19]. В Архангельской области в 2010 году данный показатель составил 0,72 на 100 тысяч населения [24]. Отмечается рост заболеваемости ЗО ПН и ОНП в России в период с 2002 по 2007 год: у мужчин на 5,2 %, у женщин на 19,9 %. Абсолютное большинство (90 %) пациентов поступают на лечение с III или IV стадиями заболеваний. Тенденции к снижению показателя запущенности ЗО ПН и ОНП не наблюдается [19].

Финансовые затраты на лечение онкологического больного (включая лекарственные средства) на 50 % превышают аналогичные затраты на неонкологического пациента [23]. Опосредованного снижения стоимости лечения можно достигнуть предупреждением возникновения опухоли, ее ранним выявлением [7]. Повышение эффективности лечения больных с ЗО ПН и ОНП зависит в основном от того, в какой мере будет решена проблема их своевременной диагностики [10].

Основными причинами поздней диагностики ЗО ПН и ОНП являются недостаточная онкологическая настороженность врачей поликлинического звена, отсутствие необходимых диагностических навыков и клинического опыта для правильной оценки состояния ЛОР-органов у врачей поликлиник и стационаров, отсутствие преемственности в обследовании больных [25].

Ранняя диагностика злокачественных новообразований представляет определенные трудности в связи со сходством начальных проявлений заболеваний с доброкачественными опухолями, воспалительными и другими патологическими процессами, но успешно лечится; напротив, диагностировать опухоль на поздней стадии гораздо проще, но эффективность лечения при этом резко снижается, и прогноз становится менее благоприятным [10].

Для выполнения задач Национальной онкологической программы необходимо продолжение работы по совершенствованию и внедрению в практику эффективных скрининговых программ, направленных на активное выявление предопухолевых заболеваний и ранних стадий злокачественных новообразований [26].

Вышеизложенное актуально, так как нерешенными остаются вопросы лечебной тактики при предопухолевых заболеваниях ПН и ОНП и вопросы алгоритма ранней диагностики ЗО ПН и ОНП, не уточнены «группы повышенного риска» развития ЗО, не определены факультативные и облигатные предраковые заболевания данной локализации, нет современной классификации предраковых процессов ПН и ОНП. В то же время фоновые процессы, предшествовавшие развитию ЗО ПН и ОНП, морфологически выявляются у 56,7 % больных [12].

Одним из наиболее частых фоновых процессов развития ЗО ПН и ОНП является хронический полипозный риносинусит (ПРС) [12]. Известны лишь единичные работы, рассматривающие ПРС как предраковое заболевание [1, 2, 12].

По определению полипозный риносинусит — это хроническое заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, в основе патогенеза его лежит воспалительная реакция, при которой, в зависимости от формы воспаления, могут доминировать эозинофилы или нейтрофилы. Основным клиническим проявлением заболевания является образование и рецидивирующий рост полипов [8].

Эпидемиология и экологические аспекты. Распространенность различных форм хронического риносинусита у населения высока и достигает 15 %. Отмечается рост инцидентности ПРС на 2–4 % в год в течение последних десяти лет [8, 22, 30, 31]. Растет распространенность воспалительных заболеваний ПН и ОНП в первую очередь вследствие серьезных экологических сдвигов, в частности возросшей загрязненности окружающей воздушной среды, ухудшения условий быта, питания, увеличения числа респираторных вирусных инфекций, количества ингалируемых аллергенов, снижения резервных возможностей верхних дыхательных путей, возросшей резистентности флоры в результате нерационального применения антибиотиков [16, 17, 30]. Манифестным маркером экологического неблагополучия внешней среды в первую очередь является патология органов дыхания. Анализ структуры первичной заболеваемости показывает, что первое место в ней у всех групп населения занимает класс «Болезни органов дыхания» [20].

Упомянутые факторы, способствующие росту числа воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, актуальны и для Архангельской области, так как на ее территории сконцентрирован ряд предприятий, оказывающих значительное негативное воздействие на окружающую среду. Так, в Архангельском и Котласском промышленных узлах, где проживают 83 % городского населения и сосредоточен основной промышленный потенциал региона, экологическая обстановка формируется под влиянием выбросов в атмосферу загрязняющих веществ и сброса сточных вод в водоемы предприятиями целлюлозно-бумажной промышленности, теплоэнергетики и автотранспорта. На территории Плесского промышленного узла расположен первый государственный испытательный космодром Министерства обороны Российской Федерации «Плесецк», предприятия горнодобывающей промышленности, асфальтобетонный и цементный заводы. Значительная часть Архангельской области, охватывающая территории сложившейся системы расселения и прилегающая к сети транспортных коммуникаций, характеризуется как умеренно загрязненная. Эти участки подвержены фоновому загрязнению слабой интенсивности предприятиями городов Онеги, Вельска, Няндомы и поселка городского типа Октябрьского, а также малыми производствами и магистральными транспортными коммуникациями.

Эпизодически подвергаются загрязнению расчетные районы падения ступеней ракет-носителей в Лешуконском, Мезенском, Пинежском и Холмогорском административных районах [21].

Статистика. В среднем по Российской Федерации показатель обращаемости больных ПРС составляет 4,9 на 10 тысяч населения. Количество новых случаев ПРС в России по данным обращаемости — около 70 тысяч в год [8]. Удельный вес данной патологии в структуре ЛОР-заболеваний составляет 5–20 % [11]. Однако приведенные цифры касаются только клинически манифестирующих форм заболевания. Реальная распространенность ПРС, с учетом субклинических форм, значительно выше. Скрытые формы ПРС выявляются более чем в 25 % случаев, что подтверждено данными аутопсийных исследований [35].

Морфология. При гистологическом исследовании в полипе обнаруживается поврежденный метаплазированный эпителий, расположенный на базальной мембране. Строма полипа содержит небольшое количество желез и сосудов, клеточные элементы (эозинофилы, лимфоциты (нейтрофилы), плазматические клетки) [36]. Выделяют четыре основных типа полипов: 1. Отечный, эозинофильный, так называемый аллергический — характеризуется отеком, гиперплазией бокаловидных клеток, утолщением базальной мембраны и инфильтрацией лейкоцитами с большим содержанием эозинофилов. 2. Фиброзно-воспалительный — характеризуется хроническим воспалением и метаплазией поверхностного эпителия. Такие формы, как правило, появляются на завершающей стадии длительно текущего воспалительного процесса при активном синтезе коллагена и выраженном склерозирующем процессе. 3. Железистый — характеризуется выраженной гиперплазией серозно-слизистых желез. 4. Атипический — требует дифференциальной диагностики с неоплазией [5]. Возможна малигнизация последних трех типов полипов.

Возрастные и половые особенности. В основном ПРС развивается в возрастной группе старше 30 лет с преобладанием в возрасте от 50 до 60 лет [8, 27]. Заболевание может встречаться в детском и юношеском возрасте [28, 34]. Отмечены некоторые особенности в развитии и течении данного заболевания у детей: внезапное начало, склонность к рецидивированию и множественность полипов, поражение детей более раннего возраста [9]. Ряд авторов подчеркивают преимущественное поражение мужчин по сравнению с женщинами [1, 8, 27].

Значимость. Полипозный риносинусит является серьезной проблемой современной медицины, так как снижает качество жизни больных вследствие ухудшения или полной блокады носового дыхания, нарушения обоняния, головной боли и состояния хронической гипоксии [32, 35]. В развитых странах пациенты с ПРС составляют 5 % от всех обращающихся в ЛОР-кабинеты поликлиник [33, 37].

Кроме того, ПРС является тяжелым бременем для экономики. Если расходы от пропущенных рабочих дней как-то поддаются подсчету, то оценить эконо-

мические убытки от снижения производительности труда практически не представляется возможным. Сочетание ПРС с бронхиальной астмой и рядом других заболеваний и патологических состояний делает эту проблему междисциплинарной [18].

Этиология и патогенез. Существующая информация по этиопатогенезу ПРС отличается противоречивостью [14]. Многие этиологические факторы, их взаимосвязь и роль в патогенезе носовых полипов пока не ясна, нет однозначно принятой теории возникновения и развития полипоза [15].

Это заболевание рассматривается как многофакторный этиологический синдром, встречающийся у лиц, предрасположенных к специфической тканевой реакции. При этом среди разнообразных патологических изменений определенную роль играют нарушения метаболизма и микроциркуляции, гипоксия и эндогенная интоксикация. Предполагают участие в развитии этой патологии нарушение процессов перекисного окисления липидов, а также реологических свойств крови. Рассматривают ПРС и как иммунный процесс, в возникновении которого играет роль вялотекущее воспаление в полости носа и придаточных пазухах, приводящее к изменению антигенной структуры слизистой оболочки на фоне сниженной местной иммунологической реактивности организма [30]. Генетическая предрасположенность к развитию ПРС не отвергается [8].

Лечение. Полипозный риносинусит остается одной из наиболее проблемных патологий современной медицины не только в связи с ростом заболеваемости, но и в связи с разными подходами к лечению и частыми рецидивами полипозного процесса [13, 29].

С учетом того, что развитие носовых полипов может иметь различный генез, лечение при различных формах и стадиях ПРС может быть или только консервативным, или комбинированным (хирургическое лечение + консервативная терапия), а при некоторых формах — только хирургическим [8].

Несмотря на совершенствование хирургической техники и широкий арсенал применяемых лекарственных средств, частота рецидивирования полипов составляет от 5 до 65 % [3, 4, 6, 15]. Необходима более активная диагностическая и адекватная хирургическая тактика у пациентов с хроническим рецидивирующим полипозным риносинуситом с тщательным гистологическим исследованием удаленного материала, которая будет способствовать раннему выявлению рака данной локализации и, как следствие, способствовать повышению выживаемости и ранней полноценной функциональной реабилитации больных с ЗО ПН и ОНП [12].

В настоящее время врачи часто не могут предложить подобным пациентам ничего, кроме очередной операции по удалению полипов из полости носа и придаточных пазух в объеме полипэктомии, гайморотомии, этмоидотомии без какой-либо гарантии, что через полгода или год эту операцию не придется повторять снова. Распространенная в Российской Федерации внутриносовая методика полипэктомии проводится практически вслепую, что зачастую является основной причиной рецидива полипоза.

В лучшем случае проводится эндоскопическая полипэктомия там, где имеется соответствующее дорогостоящее оборудование. К сожалению, такое оборудование имеется далеко не в каждой больнице, что не позволяет выполнять эти операции даже в большинстве лечебно-профилактических учреждений областного уровня. По этой причине во многих ЛОР-стационарах продолжают использовать традиционные методы диагностики и хирургического лечения заболеваний ПН и ОНП.

Новая тактика эндоскопического лечения ПРС в последние годы проходит период внедрения в практические учреждения здравоохранения нашей страны. Современное диагностическое оборудование и оснащение для эндоскопических операций позволяют значительно усовершенствовать диагностический и лечебный процессы, а малотравматичность и простота эндоскопического удаления доброкачественных и опухолеподобных образований ОНП позволяют проводить подобные вмешательства даже в условиях центральной районной больницы. Эта тактика требует от ЛОР-врача повышенной онкологической настороженности, очень точной дифференциальной диагностики и полной уверенности в отсутствии онкопатологии ОНП у пациентов с клиникой ПРС.

С онкологических позиций лечение ПРС должно быть хирургическим. Необходима более эффективная методика, позволяющая радикально удалить ткани гайморовой пазухи, клеток решетчатого лабиринта, основной пазухи, боковой стенки носа под визуальным контролем, не нарушая внешнего вида больного, стойко улучшить носовое дыхание и предотвратить развитие рецидива. Эта методика должна быть радикальной при ранних формах рака и не требовать повторного вмешательства при операционных находках и послеоперационном гистологическом подтверждении диагноза ЗО ПН и ОНП.

Работ, посвященных данной проблеме, очень мало, а актуальность и значимость их велика.

Список литературы

1. Абдуллаев Б. А. Лечение впервые выявленного полипозного риносинусита // Российская ринология. 2009. № 2. С. 9.
2. Артамонова А. В., Вихлянов И. В., Лазарев А. Ф. Случай ранней диагностики и лечения рака верхней челюсти // Онкохирургия. 2011. IV международный конгресс «Опухоли головы и шеи», Байкал, 2011, 2–4 сентября. С. 13.
3. Вишняков В. В. Возможности медикаментозного и хирургического лечения хронического полипозного синусита // Российская ринология. 2009. № 2. С. 12.
4. Гаврилова И. С., Попов В. В. Современные методы эндоназального эндоскопического лечения полипозных гайморэктоидитов // Российская ринология. 2005. № 2. С. 89.
5. Галигберов А. А. Некоторые морфологические особенности полипозных и полипозно-кистозных изменений слизистой оболочки носа и околоносовых пазух // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. 2008. Вып. 28. С. 50–53.
6. Добрынин К. Б., Портенко Г. М. Современные направления в противорецидивном лечении полипозного риносинусита // Российская оториноларингология. 2008. Прил. 3. С. 186.

7. Ильницкий А. П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень. 2005. № 1. С. 6.

8. Клинические рекомендации Национального согласительного комитета «Полипозный риносинусит». М., 2010. С. 22.

9. Ковалева Л. М., Хмельницкая И. М. Результаты клиничко-морфологического обследования детей с полипозной формой синусита // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1994. № 5. С. 35-38.

10. Кожанов Л. Г., Шацкая Н. Х., Лучихин Л. А. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов // Вестник оториноларингологии. 2008. № 5. С. 7-10.

11. Лопатин А. С. Медикаментозное лечение полипозного риносинусита // Consilium medicum. 2002. № 9. С. 461-468.

12. Минкин А. У. Комплексная диагностика и лечение предраковых заболеваний и злокачественных опухолей верхней челюсти, полости носа и придаточных пазух. Архангельск, 2005. С. 256.

13. Младина Р., Шубарик М., Юрина М. и др. Международный консенсус по полипозному риносинуситу 2002-2004 // Российская ринология. 2005. № 4. С. 4-5.

14. Мохсен Я. С., Беляев А. Н., Козлов С. А., Байтяков В. В. Патогенетическая коррекция эндотоксикоза при полипозном риносинусите // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 1. С. 11-16.

15. Пискунов В. С. Нарушение аэродинамики — одна из причин полипоза носа // Российская ринология. 2006. № 2. С. 14.

16. Пискунов Г. З. Причины неудачи в лечении полипозного риносинусита // Российская ринология. 2008. № 2. С. 41.

17. Пискунов Г. З. Причины роста распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух // Российская ринология. 2009. № 2. С. 7-9.

18. Пискунов Г. З. Современная функциональная риносинусохирургия // Кремлевская медицина, клинический вестник. 2008. № 1. С. 8-10.

19. Подвязников С. О., Пачес А. И., Таболинская Т. Д. и др. Клинические рекомендации // Материалы практической конференции «Диагностика и лечение злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух», Архангельск, 6-8 июня 2011 г. Архангельск, 2011. С. 50.

20. Состояние и охрана окружающей среды Архангельской области в 2002 году : доклад Главного управления природных ресурсов и охраны окружающей среды МПР России по Архангельской области, 2003. URL: <http://www.arkhесо.ru/health/?234> (дата обращения: 03.04.2012)

21. Раздел официального сайта администрации Архангельской области. «Экология». URL: <http://www.dvinaland.ru/ecology/> (дата обращения: 03.04.2012)

22. Рязанцев С. В. Современные взгляды на терапию полипозных риносинуситов // Медицинский альманах. 2008. № 3. С. 43.

23. Трапезников Н. Н., Аксель Е. М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М.: РОНЦ им. Н. Н. Блохина, 2001. С. 295.

24. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). М., 2012. С. 260.

25. Чиссов В. И., Старинский В. В., Петрова Г. В. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации в 2004 г. М., 2005. С. 184.

26. Чиссов В. И., Старинский В. В. Ход реализации мероприятий по совершенствованию онкологической помощи населению России // Российский онкологический журнал. 2011. № 4. С. 4-7.

27. Хасанов У. С., Вахидов У. Н. Оптимизация комплексного лечения больных с хроническим полипозным риносинуситом // Врач-аспирант. 2011. № 2-3(45). С. 501-505.

28. Bolt R. J., de Vries N., Middelweerd R. J. Endoscopic sinus surgery for nasal polyps in children: Results // Rhinology. 1995. Vol. 33, N 3. P. 148-150.

29. Fernandes A. M., Valera F. C., Anselmo-Lima W. T. Mechanism of action of glucocorticoids in nasal polyposis // Rev. Bras. Otorinolaringol. (Engl. Ed.). 2008. Vol. 74, N 2. P. 279-283.

30. EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis) // Rhinology. 2007. Suppl. 20. P. 1-30.

31. Johanson L., Akerlund A., Holmberg K. 3-rd international Consensus Conference on Nasal Polyposis. Abstracts book. 2004. P. 1.

32. Hauptman G., Ryan M. W. // Otolaryngology Head surgery. 2007. N 137(5). P. 815.

33. Huvenne W., van Bruaene N., Zhang N., et al. Chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps: what is the difference? // Curr. Allergy Asthma Rep. 2009. Vol. 9, N 3. P. 213-220.

34. Iwens P., Clement P. A. R. Sinusitis in allergic patients // Rhinology. 1994. Vol. 32 (2). P. 65-70.

35. Larsen P., Tos M. 3-rd international Consensus Conference on Nasal Polyposis. Abstracts book. 2004. P. 2.

36. Lu X., Zhang X. H., Wang H., et al. Expression of osteopontin in chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps // Allergy. 2009. Vol. 64, N 1. P. 104-111.

37. Pawankar P., Nonaka M. Inflammatory mechanism and remodeling in chronic rhinosinusitis and nasal polyps // Curr. Allergy Asthma Res. 2007. Vol. 3, N 3. P. 202-208.

References

1. Abdullaev B. A. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2009, no 2, p. 9. [in Russian]

2. Artamonova A. V., Vikhlyanov I. V., Lazarev A. F. *Onkokhirurgiya - 2011. IV mezhdunarodnyi kongress «Opukholi golovy i shei», Baikal, 2011, 2-4 sentyabrya* [Oncosurgery - 2011. IV international congress «Head and Neck Tumors» Baikal, 2011, 2-4 sep.], p. 13. [in Russian]

3. Vishnyakov V. V. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2009, no. 2, p. 12. [in Russian]

4. Gavrilova I. S., Popov V. V. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2005, no. 2, p. 89. [in Russian]

5. Galigberov A. A. *Byulleten' fiziologii i patologii dykhaniya* [Newsletter of Respiration Physiology and Pathology]. 2008, iss. 28, pp. 50-53. [in Russian]

6. Dobrynin K. B., Portenko G. M. *Rossiiskaya otorinolaringologiya* [Russian Otorhinolaryngology]. 2008, suppl. 3, p. 186. [in Russian]

7. Il'itskiy A. P. *Pervichnaya profilaktika raka (informatsionnyi byulleten')* [Primary Prevention of Cancer (Newsletter)]. 2005, no. 1, p. 6. [in Russian]

8. *Klinicheskie rekomendatsii Natsional'nogo soglasitel'nogo komiteta "Polipoznyi rinosinusit"* [Clinical Practice Guidelines of National Liaison Committee on Polypous Rhinosinusitis]. Moscow, 2010. [in Russian]

9. Kovaleva L. M., Khmel'nitskaya I. M. *Zhurnal ushnykh, nosovykh i gorlovykh boleznei* [Journal of Ear, Nose and Throat Diseases]. 1994, no. 5, pp. 3-38. [in Russian]

10. Kozhanov L. G., Shatskaya N. Kh., Luchikhin L. A. *Vestnik otorinolaringologii* [Otorhinolaryngology Newsletter]. 2008, no. 5, pp. 7-10. [in Russian]
11. Lopatin A. S. *Consilium medicum*. 2002, no. 9, pp. 461-468. [in Russian]
12. Minkin A. U. *Kompleksnaya diagnostika i lechenie predrakovykh zabolevanii i zlokachestvennykh opukholei verkhnei chelyusti, polosti nosa i pridatochnykh pazukh* [Complex diagnostics and treatment of premalignant diseases and malignant tumors of upper jaw bone, nasal cavity and paranasal sinuses]. Arkhangelsk, 2005, p. 11. [in Russian]
13. Mladina R., Shubarik M., Yurlina M. i dr. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2005, no. 4, pp. 4-5. [in Russian]
14. Mokhsen Ya. S., Belyaev A. N., Kozlov S. A., Baityakov V. V. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy* [International Journal of Applied and Fundamental Studies]. 2010, no. 1, pp. 11-16. [in Russian]
15. Piskunov V. S. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2006, no. 2, p. 14. [in Russian]
16. Piskunov G. Z. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2008, no. 2, p. 41. [in Russian]
17. Piskunov G. Z. *Rossiiskaya rinologiya* [Russian Rhinology]. 2009, no. 2, pp. 7-9. [in Russian]
18. Piskunov G. Z. *Kremlevskaya meditsina, klinicheskii vestnik* [Kremlin Medicine, Clinical Newsletter]. 2008, no. 1, pp. 8-10. [in Russian]
19. Podvyaznikov S. O., Paches A. I., Tabolinovskaya T. D. i dr. *Materialy prakticheskoi konferentsii "Diagnostika i lechenie zlokachestvennykh opukholei slizistoi obolochki polosti nosa i pridatochnykh pazukh", Arkhangelsk, 6-8 iyunya 2011 g.* [Proceedings of Practical Conference "Diagnosis and treatment of malignant tumors of mucous membrane of nasal cavity and paranasal sinuses", Arkhangelsk, 6-8 June 2011]. Arkhangelsk, 2011, p. 37. [in Russian]
20. *Sostoyanie i okhrana okruzhayushchei sredy Arkhangel'skoi oblasti v 2002 godu : doklad Glavnogo upravleniya prirodnnykh resursov i okhrany okruzhayushchei sredy MPR Rossii po Arkhangel'skoi oblasti, 2003* [State and protection of environment of Arkhangeslk region in 2002: Report of Main Board for Natural Resources and Environment protection of Ministry of Natural Resources in Arkhangelsk Region, 2003]. Available at: <http://www.arkheco.ru/health/?234> (data obrashcheniya: 00.00.2012) [in Russian]
21. *Razdel ofitsial'nogo saitа administratsii Arkhangel'skoi oblasti. "Ekologiya"* [Section "Ecology" on official site of Arkhangelsk Region Administration]. Available at: <http://www.dvinaland.ru/ecology/> (data obrashcheniya: 00.00.2012) [in Russian]
22. Ryazantsev S. V. *Meditsinskii al'manakh* [Medical Anthology]. 2008, no. 3, p. 43. [in Russian]
23. Trapeznikov N. N., Aksel' E. M. *Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG* [Malignant tumors statistics in Russia and CIS countries]. Moscow, 2001, p. 296. [in Russian]
24. Chissov V. I., Starinskii V. V., Petrova G. V. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2010 godu* [Malignant tumors in Russia in 2010]. Moscow, 2012, p. 80. [in Russian]
25. Chissov V. I., Starinskii V. V., Petrova G. V. *Sostoyanie onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossiiskoi Federatsii v 2004 g.* [State of oncologic aid to population of Russian Federation in 2004]. Moscow, 2005, p. 227. [in Russian]
26. Chissov V. I., Starinskii V. V. *Rossiiskii onkologicheskii zhurnal* [Russian Oncologic Journal]. 2011, no. 4, pp. 4-7. [in Russian]
27. Khasanov U. S., Vakhidov U. N. *Vrach-aspirant* [Doctor-Postgraduate]. 2011, no. 2-3(45), pp. 501-505. [in Russian]

POLYPOUS RHINOSINUSITIS

M. Yu. Vereshchagin, *A. U. Minkin

Arkhangelsk Clinical Oncologic Dispensary,
*Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

In modern literature, there is observed morbidity growth of malignant tumors of the nasal cavity and the paranasal sinuses. Absolute majority of patients with this pathology start treatment already having III-IV stage of the disease. There is no tendency of a decreased neglect rate of malignant tumors of the nasal cavity and the paranasal sinuses. Treatment efficiency of patients with tumors of the nasal cavity and the paranasal sinuses depends on timely diagnostics. The main reason of late diagnostics is insufficient oncologic alarm in primary health care. All said above is actual, because the problems of therapeutic approaches to treatment of premalignant states haven't been solved. At the same time, background processes preceding tumors of the nasal cavity and the paranasal sinuses are morphologically revealed in 56.7 % of patients. One of the most frequent background processes of malignant tumors development is chronic polypous rhinosinusitis. Prevalence of chronic polypous rhinosinusitis is high. There is observed an increase of the chronic polypous rhinosinusitis incidence 2-4 % annually in the last ten years. Higher frequency of inflammatory diseases of the nasal cavity and the paranasal sinuses is a result of serious ecological changes. There are only isolated literary data considering the chronic polypous rhinosinusitis as a premalignant state.

Keywords: rhinosinusitis, premalignant state

Контактная информация:

Верещагин Михаил Юрьевич — челюстно-лицевой хирург ГБУ Архангельской области «Архангельский онкологический клинический диспансер», ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Северного государственного медицинского университета
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
Тел. (8182) 67-19-90
E-mail: vermischell@mail.ru