

# Проблема систематизации ринитов и синуситов

# МКБ-10

- **J 30 Вазомоторный и аллергический ринит**
- **J 30.0** Вазомоторный ринит
- **J 30.1** Аллергический ринит, вызванный пылью растений
- **J 30.2** Другие сезонные аллергические риниты
- **J 30.3** Другие аллергические риниты
- **J 30.4** Аллергический ринит неуточненный

# МКБ-10

- J 31 Хронический ринит, назофарингит и фарингит
- J 31.0 Хронический ринит
- J 31.1 Хронический назофарингит
- J 31.2 Хронический фарингит

# МКБ-10

- **J 32 Хронический синусит**
- **J 32.0** Хронический верхнечелюстной синусит
- **J 32.1** Хронический фронтальный синусит
- **J 32.2** Хронический этмоидальный синусит
- **J 32.3** Хронический сфеноидальный синусит
- **J 32.4** Хронический пансинусит
- **J 32.8** Другие хронические синуситы
- **J 32.9** Хронический синусит неуточненный

# МКБ-10

- J 33 Полип носа
- J 33.0 Полип полости носа
- J 33.1 Полипозная дегенерация синуса
- J 33.8 Другие полипы носа
- J 33.9 Полип носа неуточненный

# МКБ-10

- **J 34 Другие болезни носа и носовых синусов**
- **J 34.0** Абсцесс, фурункул и карбункул носа
- **J 34.1** Киста или мукоцеле носового синуса
- **J 34.2** Смещенная носовая перегородка
- **J 34.3** Гипертрофия носовой раковины
- **J 34.8** Другие уточненные болезни носа и носовых синусов

# Консенсусная конференция по риносинуситам

- В 2004 году Американская академия хирургии уха-горла-головы и шеи, а также другие заинтересованные медицинские общества опубликовали консенсусные представления о хронических риносинуситах.
- Разработке этих представлений предшествовало постепенное изменение взглядов у медицинской общественности на этиологию этих заболеваний.

# Изменения в медицинских взглядах, предшествовавшие формулировке консенсусных представлений.

- Нет смысла разделять риниты и синуситы.
- Острые риносинуситы в начальной фазе чаще всего связаны с вирусной инфекцией, а в последующем – с бактериальной.
- Хронические и повторяющиеся риносинуситы – это не инфекция, а избыточное воспалительное реагирование слизистой носа на различные факторы.
- Вторичная инфекция может серьезно осложнить течение риносинуситов и потребовать лечения.
- Полипоз слизистой носа и синусов является типичным проявлением одной из форм хронического риносинусита.



# Изменения в медицинских взглядах, предшествовавшие формулировке консенсусных представлений.

- Ряд заболеваний традиционно считающихся ринитами и синуситами следует диагностировать под другими названиями.
- В журнале [American Family Physician®](#) в журнале American Family Physician® > [Vol. 73/No. 9 \(May 1, 2006\)](#) перечислены следующие заболевания, которые могут быть похожи на риносинуситы или приводить к вторичной инфекции: саркоидоз, синдром Шегрена, системная красная волчанка, гранулематоз Вегенера, атрезия хоан, смещение носовой перегородки, увеличение аденоидов, инородные тела, опухоли носа и др.
- Среди других причин – муковисцидоз, цилиарная дискинезия, туберкулез, сифилис и проказа носа, рецидивирующий герпес слизистой носа, необычные оппортунистические инфекции носа при тяжелых иммунодефицитах.
- В журнале [American Family Physician®](#) в журнале American Family Physician® > [Vol. 73/No. 9 \(May 1, 2006\)](#) упоминаются такие болезни как синдром Шегрена, системная красная волчанка, гранулематоз Вегенера. Тем не менее, на самом деле список системных болезней с поражением носа более обширный. В данной ситуации уместен термин ревматологов – «ЛОР-синдром при системных болезнях».

# Что-же такое «настоящий» риносинусит?

- Риносинусит – это иммунопатологическое воспаление слизистой носа и пазух, связанное с измененной иммунологической реактивностью слизистой.
- Он аналогичен атопическому дерматиту (синонимы: экзема, нейродермит, экссудативно-катаральный диатез), а также астме и хронической обструктивной болезни легких (хроническому бронхиту).
- Он часто сочетается с перечисленными заболеваниями.
- Представляет интерес, что аналогично хроническому риносинуситу этиологическая роль инфекции при хроническом бронхите была пересмотрена. В справочнике “General Practice Notebook” сказано, что при хроническом бронхите часто может развиваться «вторичная инфекция, которая может вносить свой вклад в обострения».

# Консенсусные представления о хроническом РС и инфекции

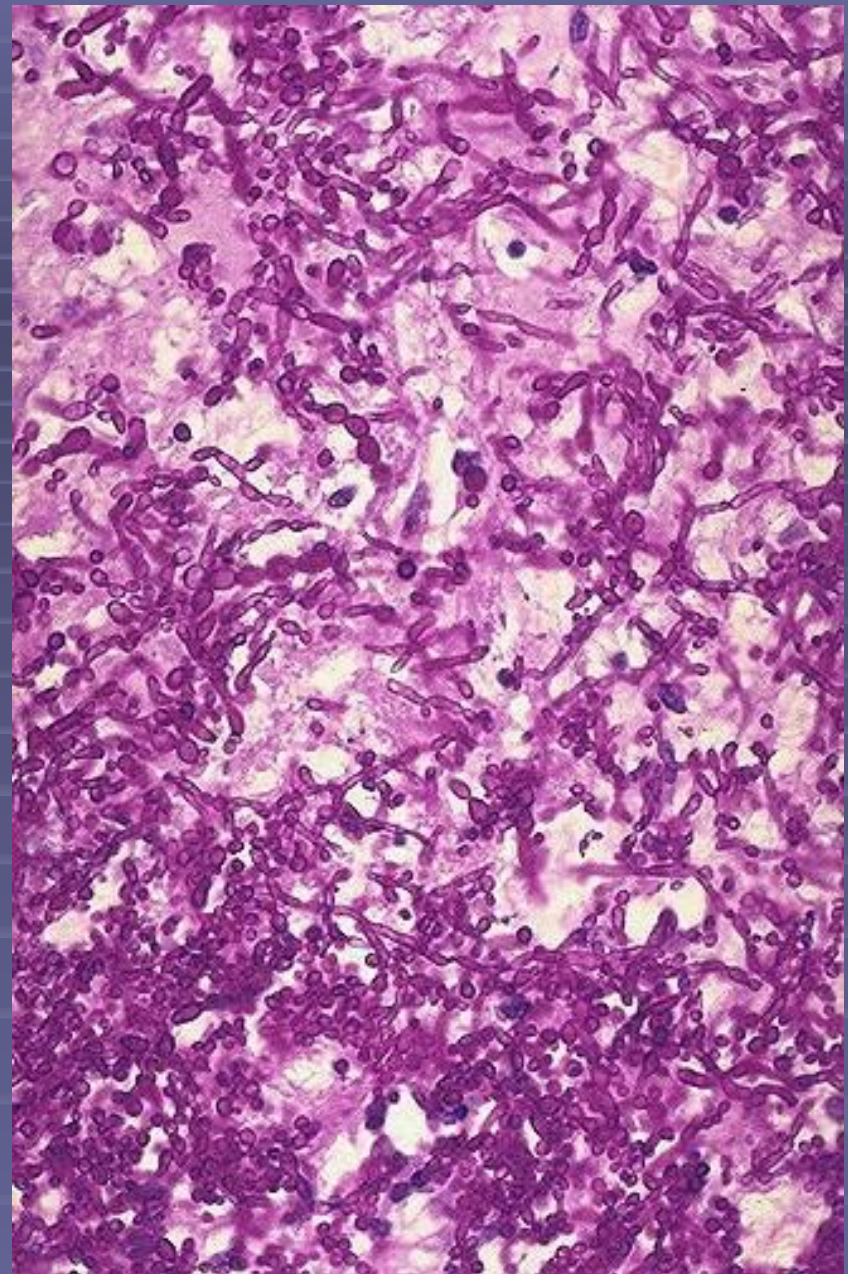
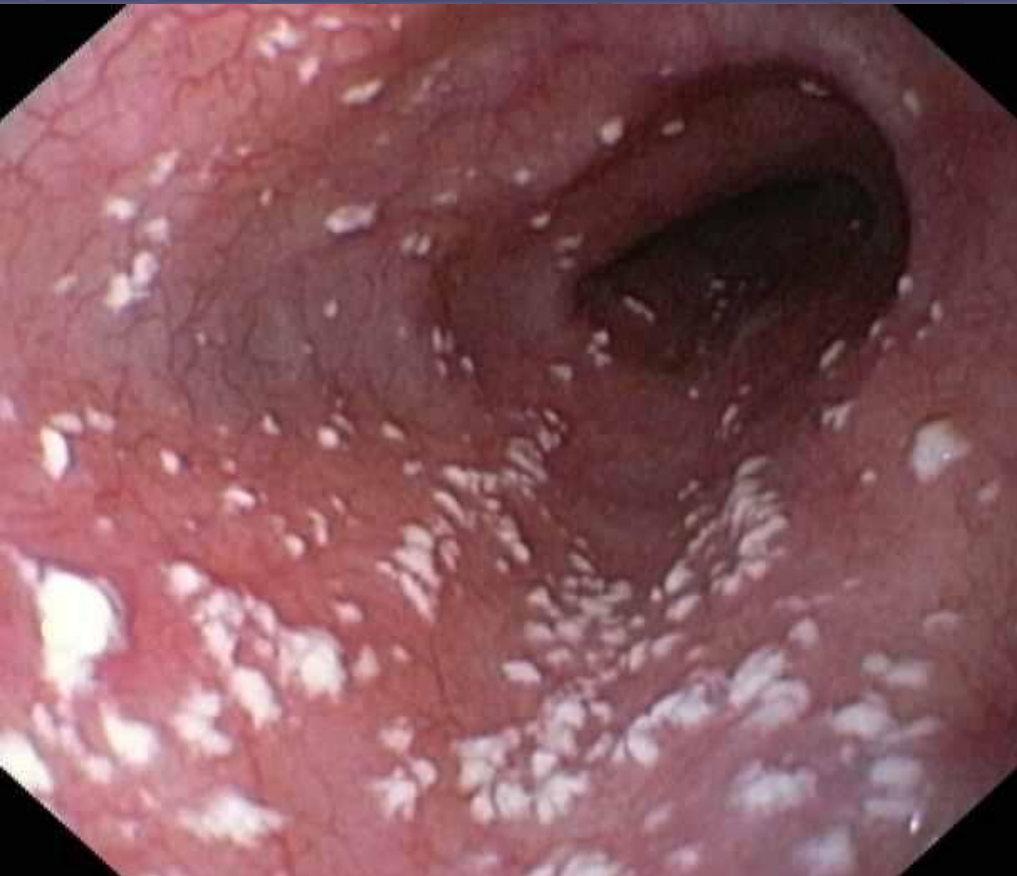


- Аналогично представлению о хроническом бронхите, при хроническом РС инфекции отводится роль не причинного, а осложняющего и необязательного фактора.

# Понятие об инвазии

- В консенсусных положениях часто используется термин инвазия, как противоположенный колонизации.
- В норме на поверхности слизистых имеются микроорганизмы. При продукции слизи или некрозах (увеличение количества питательной среды) колонизация может стать очень обильной. Например, в синусе вырастает грибковый шар (старый термин «мицетома»). Однако это не инфекция до тех пор пока не разовьется инвазия.
- Инвазия – это когда микробы попадают в несвойственные для их обитания ткани (внутри слизистой, в кость, кровь и т.д.).
- Для постановки диагноза инфекции мало обнаружить микроб, нужно доказать его инвазию.

Бляшки молочницы на пищеводе и инвазивный рост кандиды на гистологии. Чаще на опыте ОДЦ при такой молочнице мы не видим инвазии на гистологии. То есть, есть обильная колонизация, но нет кандидоза



# Главный вывод консенсуса

- Риносинуситы можно подразделить на четыре категории:
  - - острый (бактериальный) РС
  - - хронический РС без полипов
  - - хронический РС с полипами
  - - и грибковый аллергический (не инвазивный) РС.

# Пояснения в отношении «грибкового аллергического РС»

- Согласно давней американской медицинской традиции считается, что грибки могут вызывать не только инвазию, но и аллергию наподобие пыльцы растений.
- Если данные грибки колонизируют слизистую, то аллергический РС будет круглый год и не будет зависеть от места пребывания субъекта.
- Нужно сказать, что данная концепция сохраняется в силу традиции и все попытки доказать ее экспериментально провалились.
- Тем не менее, в американской медицине существуют диагностические критерии для данной нозологии и при желании можно устанавливать этот диагноз (аналог бронхолегочного аспергиллеза).

# Консенсус

- Классификация РС по продолжительности течения:
- Острый РС не продолжается более 4 недель.
- Хронический РС продолжается более 12 недель



# Консенсус

- Выделяется два морфологических варианта, на основе которых развиваются несколько клинических вариантов.
- Морфологические варианты хронического РС
- Гипертрофический
- Полипозный

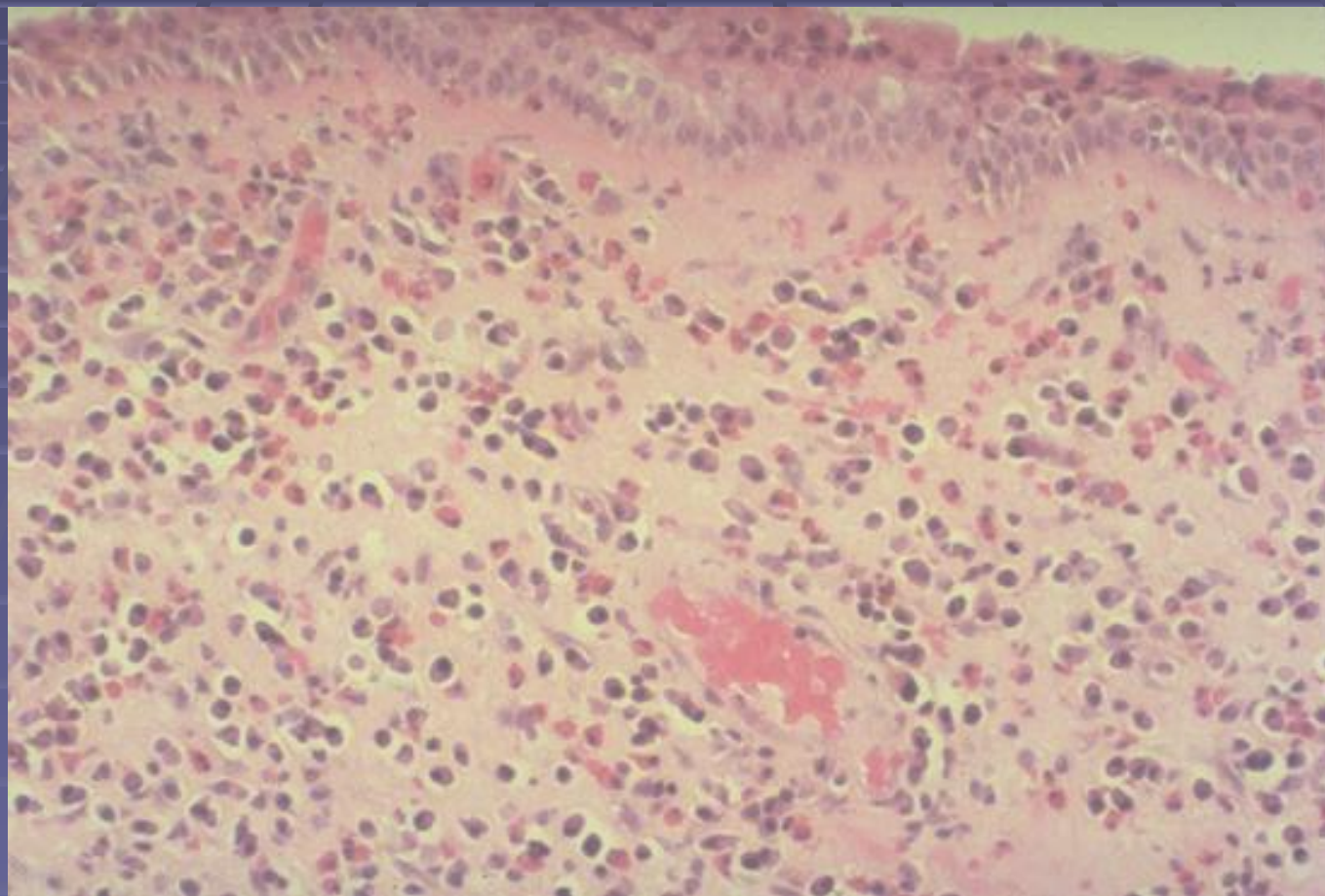
# Гипертрофический вариант

- Может быть той или иной выраженности воспалительная инфильтрация собственной пластины с преобладанием чаще лимфоцитов. При обострении нарастает количество нейтрофилов и в меньшей степени – эозинофилов.
- Может быть умеренный фиброз.
- **Постоянный признак – железистая гиперплазия, то есть, увеличение количества и размеров бокаловидных клеток.**
- Причина чаще неизвестна.
- Высокая склонность к вторичной бактериальной инфекции.

# Полипозный или эозинофильный вариант

- Нет железистой гипертрофии.
- Есть воспалительная инфильтрация собственной пластины со значительным присутствием эозинофилов.
- В мазке из носа также присутствуют эозинофилы и/или кристаллы Шарко-Лейдена.
- На определенном этапе развивается полипоз.

# Полипозный или эозинофильный вариант



# Диагностика гипертрофического варианта хронического РС

- Клинические признаки двусторонние
- - исключены заболевания «имитирующие РС»
- Прямое или не прямое морфологическое доказательство.
- Морфология
  - - прямая – гистология гипертрофического РС
  - - не прямая- в цитологии нет значительного количества эозинофилов среди клеток воспаления.
- Примечание: Диагностические биопсии проводятся только в специализированных центрах, где предъявляются высокие требования к доказательности диагноза. В обычной практике ограничиваются исследованием цитологии мазка.

# Диагностика полипозного/ эозинофильного хронического РС по консенсусу 2004 г.

- На гистологии в воспалительном инфильтрате собственной пластины **эозинофилов больше, чем нейтрофилов**.
- Могут быть повреждения эпителия слизистой.
- Может быть утолщение базальной мембраны, отек слизистой и фиброз, но такие изменения могут быть при любом длительном воспалительном процессе.
- Может быть снижено количество бокаловидных клеток (**но не повышено**).
- Раньше различали эозинофильный РС с полипами и без. В настоящее время эозинофильный РС без полипов считают до-полипозной стадией РС с полипами.
- Примечание: слишком большое количество эозинофилов (>25%) заставляет подозревать синдром Черджа-Стросса, другое системное заболевание или онкологию.

# Консенсус 2004 года выделяет несколько форм полипозного РС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭТИОЛОГИИ.

- Нужно сказать, что предписываемые этиологические представления сложились в американской медицине исторически и не имеют под собой твердой доказательной почвы.
- Тем не менее, консенсус выделяет аллергию, (1) вызванную аллергенами из воздуха, (2) аллергенами колонизирующих грибов, (3) аллергенами колонизирующих бактерий, (4) повышенным синтезом лейкотриенов (аспирин-реагирующие), (5) без установленной причины

# Этиологическая диагностика

- Хронический / рецидивирующий РС, вызванный ингалируемыми аллергенами
- Характерная гистология
- В цитологии среди клеток воспаления эозинофилов больше, чем нейтрофилов
- Обострения носят сезонный характер или связаны с пребыванием в особых местах
- Дополнительные пробы: аллергический кожный тест, специфический IgE против аллергена, аллергический ингаляционный тест.



# Этиологическая диагностика

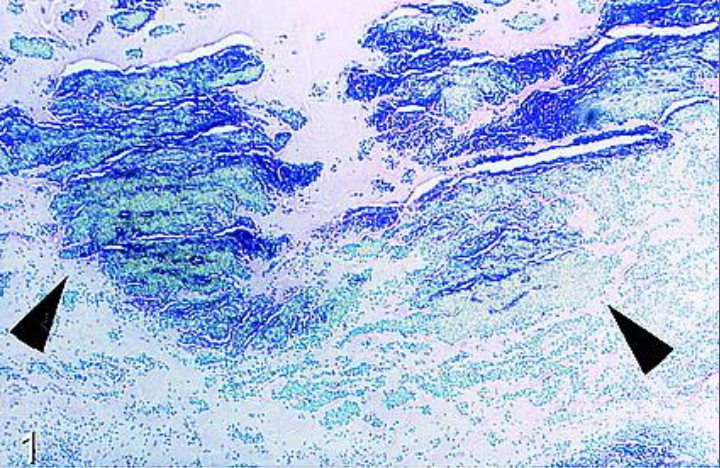
- **Аспирин-реагирующий РС**
- Из арахидоновой кислоты синтезируются простагландины и лейкотриены (обладают гистаминоподобными свойствами).
- Аспирин и другие нестероиды блокируют синтез простагландинов и усиливается синтез лейкотриенов.
- **Прием нестероидов усиливает проявления ринита.**

# Этиологическая диагностика

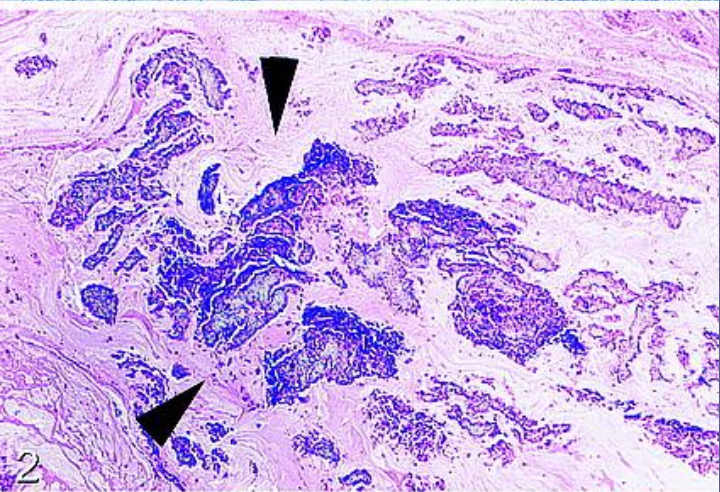
- РС, вызванный аллергенами колонизирующих бактерий.
- Общепризнанная, но гипотетическая нозология.
- Выделения гнойные.
- В гистологии умеренный или выраженный воспалительный инфильтрат. Эозинофилов больше, чем нейтрофилов, но нейтрофилов тоже много.
- В цитологии – много бактерий, много клеток воспаления. Эозинофилов больше, чем нейтрофилов, но нейтрофилов тоже много.
- От лечения антибиотиками наступает улучшение.

# Этиологическая диагностика

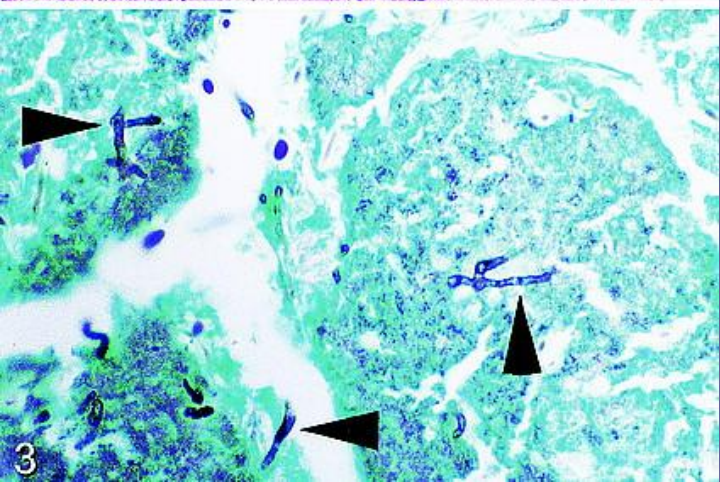
- РС, вызванный аллергенами колонизирующих грибов.
- Общепризнанная, но гипотетическая нозология.
- Выделения гнойные.
- Гистология обычная эозинофильно-полипозная. Нет грибковой инвазии.
- В цитологии – Эозинофилы и/или кристаллы Шарко-Лейдена, а также гифы грибов. Такая картина называется «аллергическая слизь».
- От лечения противогрибковыми препаратами наступает улучшение.



- Рис. 1. Малое увеличение гистологического среза больного с грибковым аллергическим РС. Стрелки указывают на обилие аллергической слизи (гематоксилин-эозин)



- Рис. 2. Малое увеличение гистологического среза больного с не-грибковым аллергическим РС. Стрелки указывают на аллергическую слизь. Ее количество сравнимо с рисунком 1 (гематоксилин-эозин)



- Рис. 3. Большое увеличение мазка слизи. Окрашивание по Гомори. Стрелка указывает на фрагментированные гифы грибов.

# Состояния похожие на РС.

- Согласно консенсусу 2004 года к хроническим РС отнесены лишь два гистологических типа РС, которые по патогенезу родственны экземе, астме и хроническому бронхиту.
- Многие другие воспалительные болезни слизистой носа и пазух, развивающиеся по иным патогенетическим механизмам при формулировке диагноза требуют вначале уточнить причину, а затем указать на участие ЛОР-органов.

# Состояния похожие на РС и МКБ-10

- Пример кодировки:
- Обнаружен риносинусит. На гистологии – грибковая инвазия. То есть, это грибковый риносинусит.
- Грибковая инфекция никогда не развивается без серьезного нарушения противоинфекционной защиты.
- При обследовании мы обнаруживаем СПИД.
- Кодировка случая: **В 20.5** Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями микозов + **Ж 39.8** Другие уточненные болезни верхних дыхательных путей (Инвазивный грибковый риносинусит). То есть, кодировка **В20.5 + Ж 39.8**

# Состояния похожие на РС и МКБ-10

- У больного повторные гнойные риниты и синуситы. Гистология нетипичная, очаги некрозов и гранулематоза. Кроме этого, он соответствует следующим критериям:
- 1. Воспаление слизистой носа или рта (Развитие болезненных или безболезненных язв во рту, либо гнойные или кровянистые выделения из носа)
- 2. Отклонения на рентгенограмме грудной клетки (Рентгенограмма легких с узлами, фиксированными инфильтратами или полостями)
- 3. Осадок мочи (Микрогематурия (>5 эритроцитов в поле зрения при большом увеличении) или эритроцитарные цилиндры в осадке мочи)
- 4. Гранулематозный характер воспаления в биоптате носа.
- Это критерии гранулематоза Вегенера. Поскольку риносинусит, в том числе чисто гнойный (без язв и эрозий) является его характерным признаком, то код будет **М 31.3 Гранулематоз Вегенера** без дополнений.

# Состояния похожие на РС и МКБ-10

- Повторные длительные односторонние гнойные синуситы, которые стали часто беспокоить после серьезной травмы носа. На КТ значительное смещение носовой перегородки, предположительно существенно препятствующее нормальному оттоку из гайморовой пазухи.
- Гистология воспаленной слизистой носа со значительным нейтрофильным инфильтратом, но без эозинофилов и без гипертрофии бокаловидных клеток. В мазке – много нейтрофилов и бактерий.
- **Диагноз: J 34.2 Смещенная носовая перегородка + J 39.8 Другие уточненные болезни верхних дыхательных путей (вторичный бактериальный синусит)**



# Состояния похожие на РС и МКБ-10

- Повторные гнойные синуситы, бронхиальная астма, высокая эозинофилия крови.
- На гистологии нет типичной картины. Есть фиброз, небольшие очаги некрозов. Вокруг мелких сосудов эозинофильные инфильтраты.
- **Кодировка М 30.1 Полиартериит с поражением легких (Черджа-Стросса)**
- Критерии с-ма Черджа-Стросса: (1) астма, (2) эозинофилия крови, (3) аллергический анамнез, (4) моно- или полинейропатии, (5) легочные инфильтраты, (6) нарушения со стороны придаточных пазух носа (анамнез острых или хронических болей со стороны придаточных пазух носа, либо болезненность при пальпации, либо затемнения на рентгенограмме), (7) экстравааскулярные эозинофилы. В биоптате обнаруживаются скопления эозинофилов в экстравааскулярных зонах вблизи артерий, артериол или венул. ДИАГНОЗ УСТАНОВЛИВАЮТ ПРИ НАЛИЧИИ 4 ИЛИ БОЛЕЕ ИЗ ДАННЫХ КРИТЕРИЕВ.

