

СРБ и IL-6 у обследованных здоровых волонтеров ($n = 20$) и больных полипозным риносинуситом ($n = 40$), $p < 0,05$ (LCL, UCL)

Показатель	Группа больных ПР ($n = 40$)			Группа здоровых волонтеров ($n = 20$)
	Группа больных ПР со средним риском (СРБ)	Группа больных ПР с нормальными показателями (IL-6)	Повышение	
СРБ (0–1 мг/л)	3 (2; 4) 3 (7,5%)	–	14 (8; 18) 37 (92,5%)	Меньше 1 мг/л
IL-6 (до 9,7 пг/мл)		7,8 (5,8; 9,6) 12 (30%)	14,6 (9,1; 17,3) 28 (70%)	6,4 (4,8; 9,3)

Результаты и их обсуждение. При анализе табл. 2 видно, что при полипозном риносинусите определяются гиперагрегация тромбоцитов с АДФ, коллагеном, эпинефрином, спонтанная гиперагрегация, повышение фибриногена, фибринмономерных комплексов, D-димера при нормальных показателях антитромбина III.

Как видно из табл. 3, при полипозном риносинусите определялось повышение реологических показателей крови: осмотической резистентности эритроцитов, сорбционной способности эритроцитов.

Из табл. 4 визуализируется повышение показателей СРБ и IL-6, что указывает на признаки иммунного воспаления при полипозном риносинусите.

Статистическая обработка данных, полученных в результате исследования, проводилась по ПЭВМ с процессором Pentium IV в среде операционной системы Windows XP с помощью Microsoft Office Excel и программы StatPlus 2007 Professional 4.6.

Статистическое исследование показало отсутствие нормального распределения показателей, в связи с чем обработку данных проводили непараметрическими методами: сравнением двух независимых групп без учета вида распределения с помощью U-критерия Манна-Уитни и критерия Вилконсона (для количественных и качественных порядковых признаков) [13].

Выводы

Определены факторы риска возникновения рецидивов полипов носа у больных ПРС по измененным показателям гемостаза и реологии крови, признакам иммунного воспаления как достоверной активности воспалительного процесса.

По выявленным изменениям показателей гемостаза и реологии крови у больных полипозным риносинуситом (повышение показателей фибриногена, фибринмономерных комплексов, спонтанной гиперагрегации, гиперагрегации тромбоцитов с 0,5 и 5 мкмоль АДФ, гиперагрегации с коллагеном, гиперагрегации с эпинефрином, осмотической резистентности эритроцитов и сорбционной способности эритроцитов), изменениям по признакам иммунного воспаления (повышение референтных значений СРБ и IL-6), показана обоснованность применения дезагрегантов для разработки способа комплексного противорецидивного лечения.

Образование полипозной ткани начинается с повреждения эпителия, некроза и разрыва слизистой оболочки, вызванных нарушением трофики вследствие тромбоза сосудов.

Изменения показателей гемостаза и реологии крови приводят к длительному спазму мелких сосудов и капилляров, образованию микротромбозов в патологическом очаге, поддерживают иммунологический дисбаланс и иммунное воспаление, что непосредственно влияет на частые рецидивы полипозного риносинусита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002. 390 с.
2. Портенко Г. М. Полипозные риносинуситы (эпидемиология, клинко-иммунологические, генетические аспекты, методы лечения и профилактики). М., 2002. 158 с.
3. Дайхес Н. А., Мокроносова М. А. Протасов П. Г., Смольникова Е. В., Мустафаева Д. М., Куян Ю. С. Влияние стафилококковых антигенов на локальное воспаление слизистой оболочки полости носа у больных хроническим полипозным риносинуситом // Рос. оториноларингология. 2009. № 6 (43). С. 33–40.
4. Лопатин А. С., Трянина Е. Г. Длительная терапия низкими дозами макролидов при хронических риносинуситах // Рос. ринология. 2007. № 4. С. 38–41.