

АБУШАЕВА ГАЛИНА АХТЯМОВНА

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО
РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ИСКРИВЛЕНИЯ
ПЕРЕГОРОДКИ НОСА**

3.1.3. Оториноларингология

3.2.7. Иммунология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии ИНОПР ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

Научный руководители:

Ким Ирина Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры оториноларингологии ИНОПР ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Ненашева Наталья Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой аллергологии и иммунологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Официальные оппоненты:

Носуля Евгений Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, руководитель учебно-клинического отдела Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Научно-исследовательский клинический институт оториноларингологии им. Л.И. Свержевского" Департамента здравоохранения города Москвы

Курбачева Оксана Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением Бронхиальной астмы Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр «Институт иммунологии» Федерального медико-биологического агентства

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «__»_____ 2025 г. в _____ часов на заседании Диссертационного совета 68.1.006.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» (123182, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/2, 6 этаж, конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства» по адресу 123182, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/2 и на сайте www.otolar-centre.ru

Автореферат разослан «__»_____ 2025 года.

Ученый секретарь

диссертационного совета 68.1.006.01

кандидат медицинских наук

Коробкин Артём Сергеевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования и степень ее разработанности

Распространенность аллергического ринита (АР) в общей популяции составляет 4–32% и продолжает расти. В целом, по оценкам экспертов ВОЗ этим заболеванием страдает до 600 млн. человек в мире [Brozek JL et al., 2017].

Несмотря на большое количество исследований, касающихся различных аспектов АР, это заболевание представляет собой глобальную медико-экономическую и социальную проблему, которая продолжает оставаться актуальной. Необходимо отметить позднюю диагностику и низкий уровень обращаемости пациентов на ранних стадиях или с легким течением заболевания [Асманов, А. И, 2012, Астафьева Н. Г., 2020]. Типичные жалобы носят неспецифический характер и широко варьируются в зависимости от причинно-значимого аллергена. Таким образом, пациенты попадают к профильным специалистам через несколько лет от появления первых симптомов [Воробьев, А. А., 2007, Гаджимирзаев, Г. А., 2016].

Основой консервативной терапии АР в настоящее время является использование интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС) [Benninger M et al., 2010]. ИнГКС – это современные и эффективные препараты, обладающие высоким уровнем безопасности за счет низкой биодоступности, а также выраженным противовоспалительным и противоаллергическим действиями. Длительная и регулярная терапия этими препаратами уменьшает проявление назальной обструкции, зуда, чихания и ринореи [J. J. Al Sayyad, 2007]. Ретроспективный анализ пациентов с АР показал, что, несмотря на доказанную эффективность данных лекарственных препаратов, около 18% пациентов не достигают контроля симптомов [Bousquet PJ et al., 2010]. Поиск путей повышения эффективности терапии ИнГКС является актуальным вопросом современной ринологии [Пампура, А. Н, 2018].

Однако результативность использования ИнГКС обеспечивается не только действующим веществом, но и правильной техникой использования назального спрея, а также особенностями внутриносовых структур пациента [M. R. DiMatteo, 2002; Flanagan, P., 1998].

Нарушение архитектоники носовой полости оказывает отрицательный эффект на доставку и распределение лекарственного вещества на слизистой оболочке полости носа, что определяет эффективность терапии [Mariño-Sánchez F, 2017]. Наиболее распространенным видом нарушения анатомических структур является искривление носовой перегородки (ИНП). Согласно литературным источникам, ИНП встречается у 44,8 – 95% населения [Ramazan Öçal, 2020].

Анализ литературных источников, посвященных значению распределения назального спрея на слизистой оболочке полости носа, показывает, что выбор техники использования ИнГКС, а также необходимость хирургической коррекции внутриносовых структур по-

прежнему остаются предметом дискуссий [Stoksted P, 1983; Fjermedal O, 1988; Karatzanis AD, 2009]. Мнение исследователей в отношении целесообразности хирургического лечения пациентов с сочетанием АР и ИНП весьма противоречиво [М. Р. Хаитов, 2019].

В настоящее время нет опубликованных исследований для взрослой популяции, описывающих влияние различных типов ИНП на тяжесть течения АР и эффективность терапии АР. Отсутствуют алгоритмы и рекомендации по ведению больных с АР и нарушением внутриносовых структур, нет четких показаний к хирургическому лечению в зависимости от конкретного типа ИНП. Изучение влияния ИНП на течение и контроль симптомов АР является актуальным.

Цель исследования

Повышение эффективности лечения АР у взрослых пациентов с различными типами ИНП на основе комплексного подхода в лечении и разработанных рекомендаций

Задачи исследования

1. Изучить частоту встречаемости различных типов искривления носовой перегородки у пациентов с аллергическим ринитом
2. Определить выраженность клинических проявлений аллергического ринита в зависимости от типа искривления носовой перегородки
3. Выявить влияние различных типов искривления носовой перегородки на эффективность терапии аллергического ринита
4. Определить показания, сроки и подготовку к хирургическому лечению пациентов с аллергическим ринитом и различными типами искривления носовой перегородки

Научная новизна работы

1. Впервые изучена частота встречаемости различных типов искривления носовой перегородки у взрослых пациентов с аллергическим ринитом.
2. Впервые исследована эффективность медикаментозного лечения аллергического ринита у пациентов с различными типами искривления носовой перегородки.
3. Впервые исследована эффективность хирургической коррекции перегородки носа у пациентов с аллергическим ринитом с различными типами искривления носовой перегородки.
4. На предложенную схему лечения аллергического ринита был получен патент РФ на № RU140548S, МКПО 1419-07 Схема "Алгоритм лечения пациентов с аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки на этапах амбулаторной и стационарной помощи". Авторы: Дайхес Н.А., Ким И.А., Трухин Д.В., Абушаева Г.А.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты исследования являются одним из значимых этапов в направлении повышения эффективности лечения пациентов с аллергическим ринитом благодаря разработке персонифицированных показаний к хирургической коррекции внутриносовых структур при наличии сочетанной патологии, что повышает эффективность ведения пациентов с аллергическим ринитом.

Методология и методы исследования

В период с 2020 по 2022 гг. на кафедре оториноларингологии ФДПО ИНОПР РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, на базе ФГБУ НМИЦО ФМБА России, в поликлиническом отделении и в консультативно-диагностическом отделении ГБУЗ "Городская клиническая больница №24 Департамента здравоохранения города Москвы" ("ГКБ №24 ДЗМ") проведено обследование 147 пациентов с АР, включающих анализ субъективных проявлений АР, данных анамнеза, физикального, инструментального обследования ЛОР-органов, а также аллергологическое обследование (анамнестические данные, кожные скарификационные пробы, исследование уровня специфического IgE в сыворотке крови).

Степень достоверности результатов работы

Статистический анализ полученных данных осуществлялся с применением программного обеспечения Microsoft Office Excel 2010, дополненного модулем "Пакет анализа", а также специализированной системы IBM SPSS Statistics 23.

Оценка достоверности показателей оценивалась при помощи t-критерия достоверности (Стьюдента), различия считались достоверными при $p < 0,05$. Исходя из полученных данных, значимость взаимосвязи исхода и фактора считалась доказанной в случае нахождения доверительного интервала за пределами границы отсутствия эффекта, принимаемой за 1. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертация «Особенности клинических проявлений и лечения аллергического ринита у пациентов с различными типами искривления носовой перегородки» соответствует паспорту специальности 3.1.3. Оториноларингология и области исследования: п. 2 – «Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики ЛОР-заболеваний», а также паспорту специальности 3.2.7. Иммунология и области исследования: п. 6 – «Разработка и усовершенствование методов диагностики, лечения и профилактики инфекционных, аллергических и других иммунопатологических процессов».

Личный вклад автора

Автором исследования самостоятельно проведена комплексная работа по определению актуальности научного направления, включающая: анализ современного состояния проблемы в области оториноларингологии и иммунологии, систематизацию и критическую оценку существующих научных публикаций по теме исследования, выявление существующих пробелов в научных знаниях. Автором диссертационного исследования на основании детального анализа отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме совместно с научными руководителями были сформированы цель, задачи исследования.

Автор самостоятельно разработала дизайн исследования, их анализ и провела подготовку научных публикаций и докладов. Научные публикации по исследуемой теме, в том числе написанные в соавторстве, являются результатом личного вклада автора.

Автор осуществила статистический анализ полученных данных, оформила диссертацию в законченный научный-квалификационный труд.

Внедрение в практику результатов исследования

Результаты работы были внедрены в практическую работу отделения оториноларингологии государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница имени В.М. Буянова», в лечебный процесс отделения клинической аллергологии и иммунологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии» ФМБА России. Были использованы для разработки рекомендаций для учебной деятельности кафедры оториноларингологии ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) и учебной деятельности кафедры аллергологии и иммунологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России.

Апробация результатов исследования

Основные положения научной работы доложены и обсуждены на: XX Московской научно-практической конференции «Оториноларингология: традиции и современность», Москва, 18-19 мая 2022; IV Всероссийский конгресс Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России; Казань; 1-3 ноября 2022; VI Всероссийский форум с международным участием «Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи»; Москва; 13-14 октября 2022 г.; VII Всероссийский форум с международным участием «Междисциплинарный подход в оториноларингологии, хирургии головы и шеи»; Москва; 12-13 октября 2023 г.; IX Всероссийская конференция оториноларингологов Сибири с международным участием «Междисциплинарные вопросы пульмонологии, оториноларингологии, аллергологии, профпатологии и педиатрии»; Красноярск; 11 ноября 2022

г.; Аprobация состоялась «10» марта 2025 г. на совместном заседании кафедры оториноларингологии ИНОПР ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет), сотрудников кафедры аллергологии и иммунологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Ученого Совета ФГБУ НМИЦО ФМБА России, протокол № 02/2025.

Публикации научных результатов

По теме диссертации было опубликовано 7 печатных работ, включая 3 в рецензируемых изданиях, которые рекомендованы Высшей аттестационной комиссией (ВАК) для публикации научных результатов диссертаций на соискание ученой степени. На предложенный алгоритм лечения пациентов был получен патент: Схема "Алгоритм лечения пациентов с аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки на этапах амбулаторной и стационарной помощи". Авторы: Дайхес Н.А., Ким И.А., Трухин Д.В., Абушаева Г.А.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 132 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, трёх глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, включающего 209 источников, из которых 65 отечественных и 144 зарубежных. Диссертация иллюстрирована 21 таблицей и 26 рисунками

Положения, выносимые на защиту

1. Искривление носовой перегородки вне зависимости от типа отрицательно влияет на эффективность медикаментозного лечения аллергического ринита.
2. У пациентов с выраженной деформацией перегородки носа (II, IV, V, VII) эффективность хирургического лечения выше, чем у пациентов с минимально выраженными типами ИНП по Младина.
3. Для пациентов с выраженным искривлением носовой перегородки (II, IV, V, VII) преимущественно характерно средне-тяжелое и тяжелое течение аллергического ринита.
4. Пациентам с II, I V, V, VII типами ИНП по Р. Младина показано хирургическое лечение на более ранних ступенях лечения, что способствует повышению эффективности применения интраназальных глюкокортикостероидов.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Для реализации цели и задач диссертационной работы было обследовано 147 пациентов с подтвержденным диагнозом АР. Для проведения сравнения эффективности терапии АР с учетом коморбидного искривления носовой перегородки для оценки эффективности лечения данной когорты пациенты были разделены на 3 группы: Первая группа включала 20 пациентов с АР без клинически значимого ИНП. Во вторую группу вошли 72 пациентов с минимальными структурными деформациями носовой перегородки (с I и III типами ИНП по Младина). Третья группа была представлена 55 пациентами с выраженным искривлением перегородки носа (II, IV, V, VI и VII типы ИНП).

В работу были включены пациенты старше 18 лет с подтвержденным диагнозом АР, добровольно согласные принять участие в исследовании. В первую группу исследования включили пациентов без ИПН (АР без ИНП), во вторую группу с минимальным ИНП (АР +min ИНП) и в третью (АР +max ИНП) с выраженной девиацией перегородки носа.

Критериями исключения явились: возраст обследуемых до 18 лет; наличие сопутствующих хронических заболеваний в стадии декомпенсации; отказ от участия в исследовании. Дизайн диссертационной работы представляет собой проспективное сравнительное двуцентровое исследование. Включение пациентов в исследование осуществляли случайным образом.

На каждом из последующих осмотров пациентам проводили эндоскопию полости носа, оценку качества жизни (ВАШ, SNOT-22), проводили оценку МЦТ, функции носового дыхания, выполняли контроль эффективности и коррекцию лечения.

Через 8 недель оценивали эффективность терапии, при достижении контроля над симптомами АР пациент выходил из исследования, при отсутствии эффекта – переходил на следующую ступень. После неэффективности второй ступени консервативного лечения пациенты получали хирургическое лечение.

Все пациенты в обязательном порядке получили консультацию аллерголога-иммунолога с проведением полного аллергологического исследования. Пациенты, курируемые на базе "ГКБ №24 ДЗМ", получили prick-тестирование, исследование общего IgE в сыворотке крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов с АР, включенных в исследование, преобладали лица мужского пола (63%), большинство из которых были в возрасте 30-39 и 50-59 лет (62%). Среди лиц женского пола подавляющее большинство (87%) представлено пациентками от 30 до 59 лет. Группы пациентов были сопоставимы между собой по полу и возрасту.

У пациентов с АР без ИПП чаще встречается легкая степень тяжести (55%) и как интермиттирующее течение АР (55%), так и в меньшей степени персистирующее течение (45%). В данной группе редко встречается тяжелая степень тяжести АР (10%).

У пациентов с минимальными структурными нарушениями полости носа (I, III типы ИПП по Р. Младина) преимущественно преобладает средне-тяжелое течение АР (65%), в равной степени как интермиттирующего, так и персистирующего характера течения (51%; 49% соответственно).

Для пациентов с выраженным ИПП (II, IV, V, VI и VII типами по Р. Младина) встречается больше пациентов с средне-тяжелой (51%) и тяжелой (23%) степенью тяжести АР и также чаще встречается персистирующее течение АР (60%).

На первой ступени лечения все пациенты получали инГКС (Мометазона фуруат по 1 дозе 50 мкг 1 раз в сутки в течение 8 недель), антигистаминные лекарственные средства II поколения в таблетированной форме (суточная доза 1 раз в день), ирригационную терапию солевыми растворами в форме назального душа 2 раза в сутки.

После получения терапии у ряда пациентов из каждой исследуемой группы был достигнут положительный терапевтический эффект, удалось достичь контроль симптомов АР. Результаты динамики эффективности терапии первой ступени и достижения контроля симптомов АР у пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты оценки эффективности первой ступени консервативного лечения (КЛ) у пациентов с АР

Исследуемые параметры	Распределение пациентов по достижению контроля над симптомами АР в исследуемых группах (n/%)		
	АР без ИПП (n = 20)	АР + min ИПП (n = 72)	АР + max ИПП (n = 55)
Достигнут контроль	6/30	13/18	7/13
Не достигнут контроль	14/70	59/72	48/87

Из данных Таблицы 1 первая ступень КЛ оказалась неэффективной для 70% пациентов с АР без ИПП, 82% пациентов с АР и минимальным ИПП, а также почти 90% с АР и выраженным ИПП, что мы связываем со средне-тяжелым течением АР. Эти пациенты перешли на следующую ступень лечения.

Динамика МЦТ на фоне первой ступени КЛ отображена на рисунке 1.

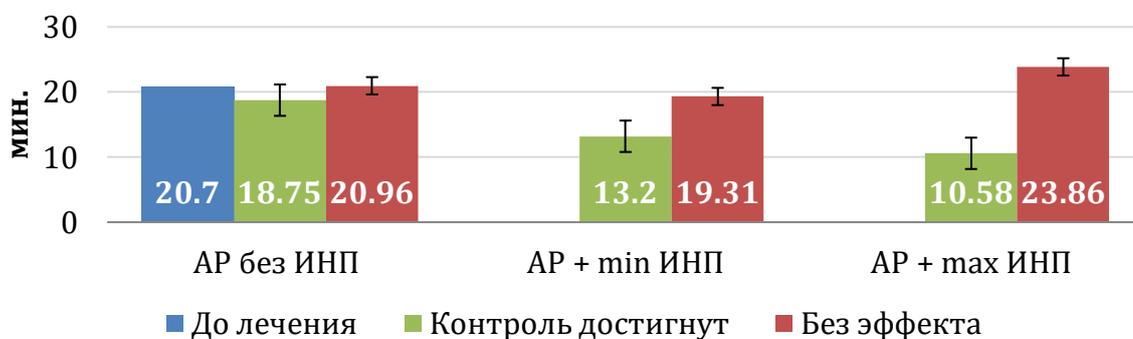


Рисунок 1. Динамика МЦТ на фоне получения первой ступени консервативного лечения (мин.)

У 30% пациентов с АР без ИНП мукоцилиарный транспорт улучшился на 10%, достигнув нормативного показателя. Оставшиеся 70% пациентов не отреагировали на получаемую терапию уменьшением времени МЦТ.

У пациентов второй группы с АР и минимальным ИНП (АР + min ИНП) в 18% случаев на фоне первой ступени терапии мукоцилиарный транспорт улучшился на 36%, достигнув референсных значений. Однако большая часть (72%) пациентов данной группы не показала значимого улучшения МЦТ.

Наименее результативной первая ступень КЛ была для пациентов с АР и выраженным ИНП (АР + max ИНП), где МЦТ восстановился к нормативным значениям лишь у 13% пациентов, уменьшившись в два раза (на 49%).

Эффективность первой ступени КЛ в отношении восстановления носового дыхания отображена на рисунке 2-3.

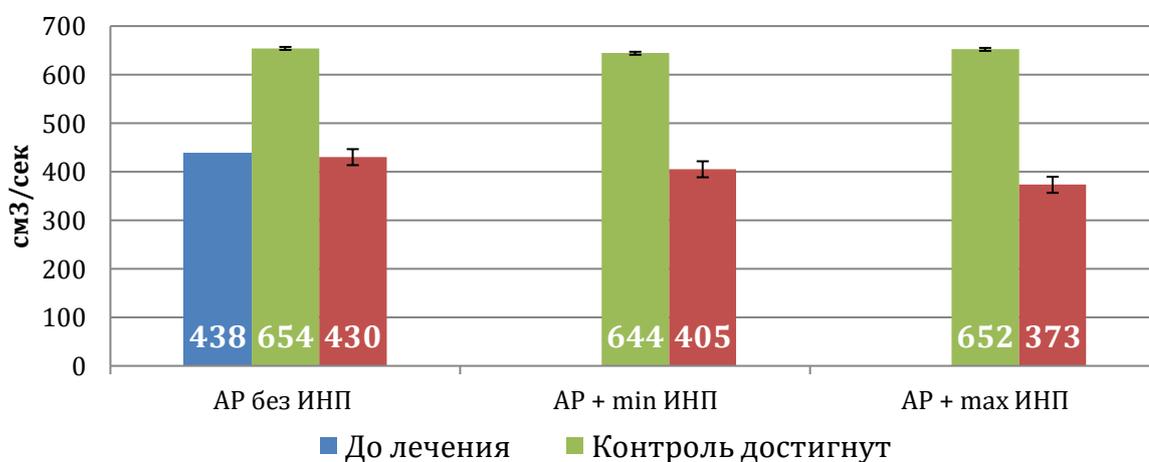


Рисунок 2. Динамика суммарного объемного потока (СОП) на фоне получения первой ступени консервативного лечения (см³/сек.)

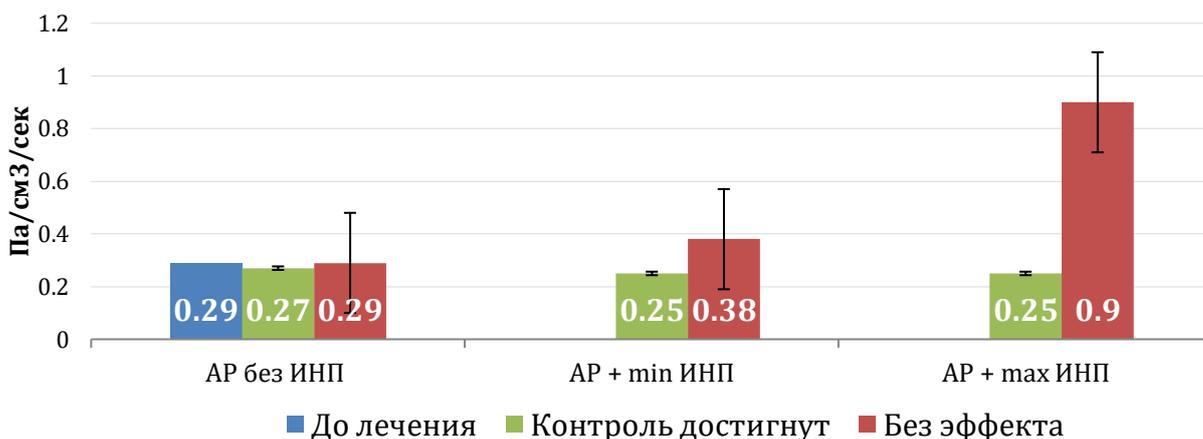


Рисунок 3. Динамика суммарного сопротивления (СС) на фоне получения первой ступени консервативного лечения (Па/см³/сек.)

После получения первой ступени КЛ часть (30%) пациентов первой группы (АР без ИНП) продемонстрировали улучшение носового дыхания, что было подтверждено повышением СОП на 49% до нормативных 654 см³/сек и снижением СС воздушного потока на 7%.

У пациентов второй группы с АР и минимальным ИНП (АР+min ИНП), были зафиксированы повышение СОП на 47% от значения до начала лечения, а СС было снижено на 18%, что было достаточным для достижения нормального носового дыхания у 18% группы. При сравнении с первой группой пациентов с АР без ИНП и при схожести в снижении СОП отмечено более выраженное снижение СС больше, чем в 2 раза ($p < 0,05$).

Первая ступень терапии в меньшей степени была эффективная для пациентов с АР и выраженным ИНП (АР+max ИНП) в сравнении с пациентами с АР без ИНП и с минимальным ИНП. Улучшение носового дыхания было отмечено лишь у 13% пациентов данной группы. Показатели СОП и СС у данной категории пациентов были восстановлены на 49% и 18% соответственно. У 87% группы понижение СОП и повышение СС достоверно отличалось большей выраженностью от указанных параметров пациентов первой (АР без ИНП) и второй групп (АР+min ИНП) ($p < 0,01$), что подтверждает неэффективность проведенной терапии.

Эффективность первой ступени терапии в достижении контроля симптомов АР и повышении качества жизни пациентов отображена на рисунке 4.

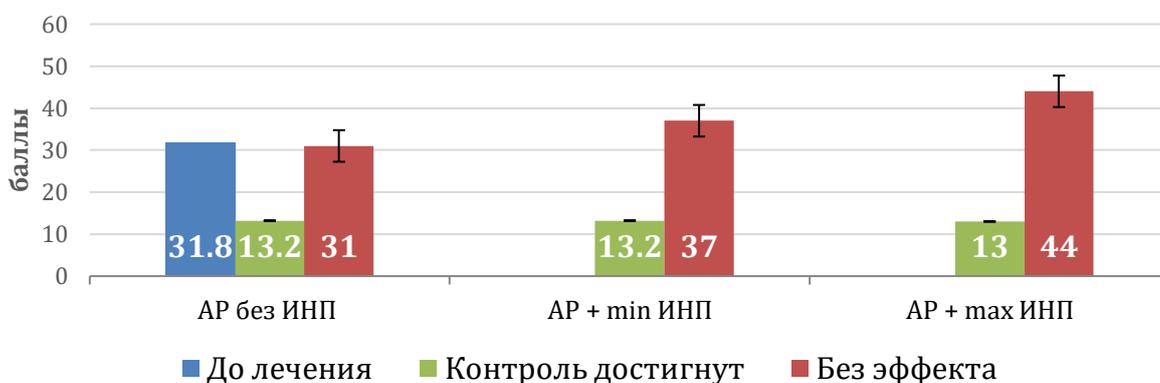


Рисунок 4. Динамика суммарной выраженности субъективных симптомов по ВАШ на фоне получения первой ступени консервативного лечения (баллы)

У пациентов первой группы (АР без ИНП) на фоне получения первой ступени КЛ количество жалоб на симптомы АР сократилось практически в 3 раза ($p < 0,01$). Однако подавляющее большинство пациентов всех исследуемых групп получили неудовлетворительные результаты от первой ступени консервативного лечения АР.

На второй ступени лечения пациенты получали комбинированные лекарственные формы инГКС+местные антигистаминные препараты (Мометазона фураат по 50 мкг + Азеластин 140 мкг по 2 дозы интраназально в сутки, в течение 16 недель), антигистаминные лекарственные средства в таблетированной форме (суточная доза на ночь), ирригационную терапию.

На фоне проведенного лечения у ряда пациентов из каждой исследуемой группы был достигнут положительный терапевтический эффект в достижении контроля симптомов АР. Результаты динамики эффективности терапии второй ступени в отношении достижения контроля симптомов АР у пациентов представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты оценки эффективности второй ступени консервативного лечения у пациентов с АР

Исследуемые параметры	Распределение пациентов по достижению контроля над симптомами АР в исследуемых группах (n/%)		
	АР без ИНП (n = 14)	АР + min ИНП (n = 59)	АР + max ИНП (n = 48)
Достигнут контроль	14/100	40/67	9/19
Не достигнут контроль	0	19/33	39/81

Согласно таблице 2, вторая ступень КЛ оказалась эффективной для 100% пациентов исследуемой группы, но для 33% пациентов с АР без ИНП и 81% пациентов с АР и

выраженным ИНП не был достигнут контроль симптомов АР. Данные пациенты перешли на третью ступень – хирургическое лечение (ХЛ).

Динамика МЦТ на фоне второй ступени КЛ отображена на рисунке 5.

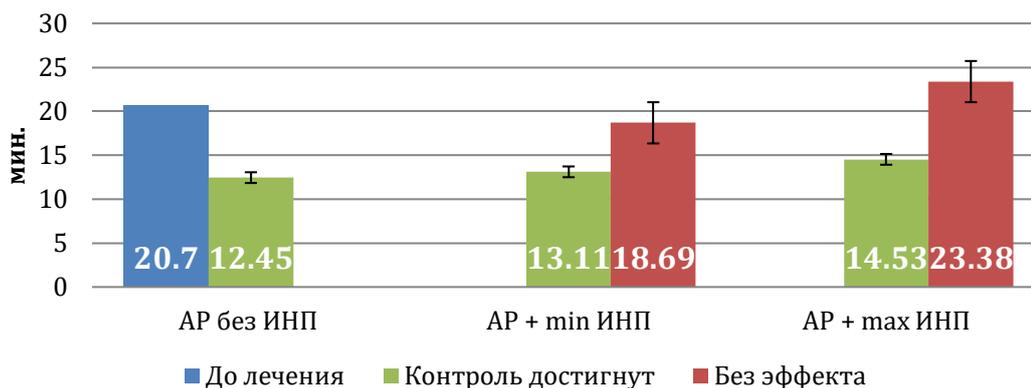


Рисунок 5. Динамика МЦТ на фоне получения второй ступени консервативного лечения (мин.)

У 100% пациентов с АР без ИНП мукоцилиарный транспорт был полностью восстановлен. На фоне получения второй ступени КЛ уменьшение времени МЦТ в среднем было на 39%.

У пациентов второй группы с АР и минимальным ИНП (АР + min ИНП) в подавляющем большинстве (67%) на фоне лечения время МЦТ улучшилось на 37%, что сопоставимо с результатами пациентов первой группы (АР без ИНП). Однако у 33% пациентов данной группы время МЦТ уменьшилось незначительно (на 10%), что явилось недостаточным результатом для достижения нормативных значений.

Наименее результативной вторая ступень КЛ была для пациентов с АР и выраженным ИНП (АР + max ИНП), где не было значимого укорочения времени “сахаринового теста”, МЦТ не был восстановлен у 81% группы. Лишь 19% пациентов смогли достичь уменьшения времени на 30%, что было ближе к нормативным значениям, но среди всех исследуемых групп является худшим результатом ($p < 0,01$).

Эффективность второй ступени консервативного лечения в отношении восстановления носового дыхания отображена на рисунках 6-7.

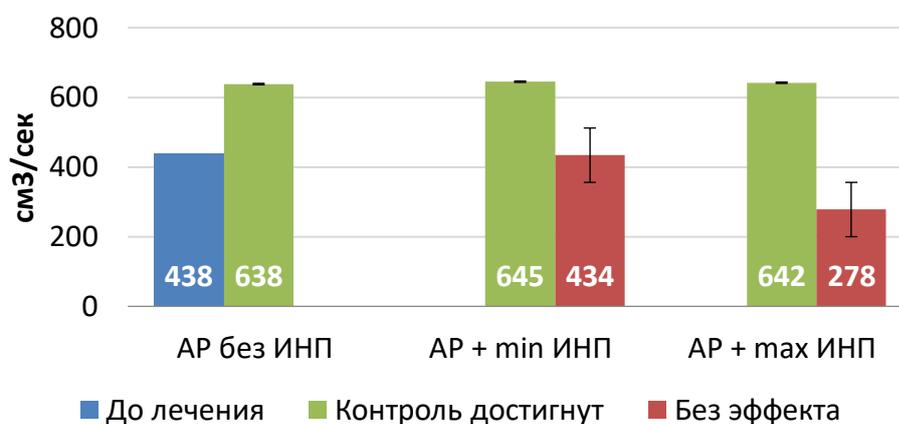


Рисунок 6 Динамика суммарного объемного потока (СОП) на фоне получения второй ступени консервативного лечения (см³/сек.)

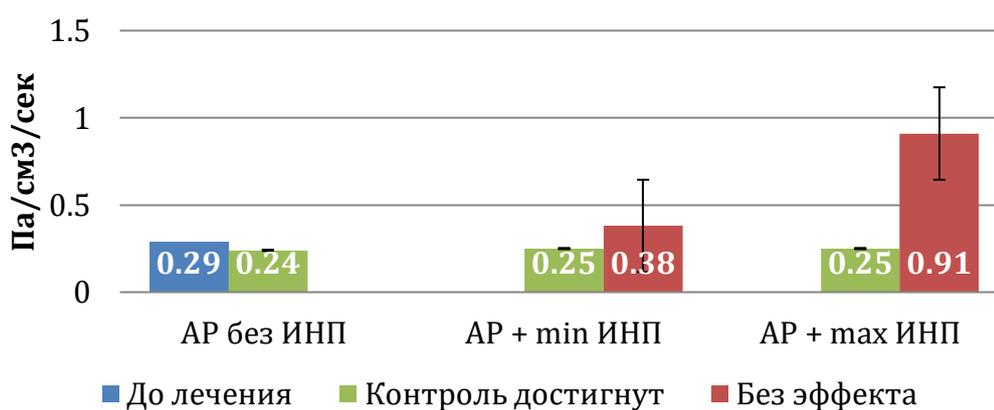


Рисунок 7 Динамика суммарного сопротивления (СС) на фоне получения второй ступени консервативного лечения (Па/ см³/сек.)

После получения второй ступени КЛ 100% пациентов первой группы (АР без ИНП) продемонстрировали объективное восстановление носового дыхания, что было обеспечено повышением СОП на 46% до нормативных $638 \pm 5,3$ см³/сек и снижением СС воздушного потока на 17% до нормы.

У большинства пациентов (67%) с АР и минимальным ИНП (I и III типы ИНП) после второй ступени КЛ наблюдалась положительная динамика повышения СОП и снижения СС. Пороги СОП увеличился до нормативных 645 см³/сек (на 47%), а СС уменьшилось до 0,25 Па/см³/сек (на 14%).

Вторая ступень терапии была низкоэффективной для пациентов с АР и выраженным ИНП (АР+max ИНП) в сравнении с другими группами. Улучшение носового дыхания отмечают у себя лишь 19% группы. Показатели СОП и СС у данной категории пациентов были

восстановлены на 47% и 14% соответственно, что является сопоставимым результатом с пациентами второй группы (АР+min ИНП).

У 87% группы (АР+max ИНП) понижение СОП и повышение СС было недостаточным для достижения свободного носового дыхания.

Эффективность второй ступени терапии в достижении контроля симптомов АР и повышении качества жизни пациентов отображена на рисунке 8.

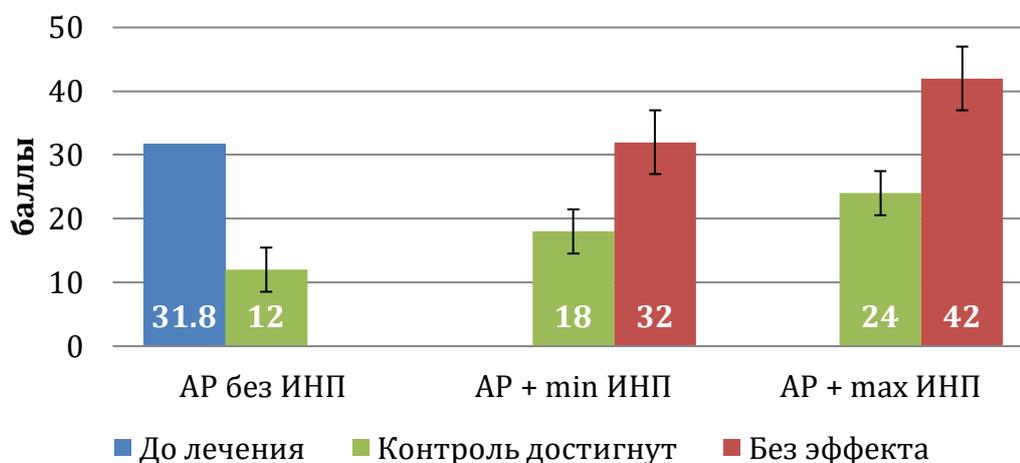


Рисунок 8. Динамика суммарной выраженности субъективных симптомов по ВАШ на фоне получения второй ступени консервативного лечения (баллы)

Из данных рисунка 8 следует, что у всех пациентов (n=14/100%) из первой группы с АР без ИНП отмечалось достижение контроля симптомов АР после получения второй ступени консервативного лечения в течение 8 недель. У пациентов первой группы (АР без ИНП) количество жалоб на симптомы АР сократилось практически в 3 раза (p<0,01).

У большинства пациентов второй группы с АР и минимальным ИНП (АР+min ИНП) также отмечается положительный эффект от терапии, но у меньшего количества пациентов в сравнении с первой группой (p<0,01). У 67% пациентов второй группы практически в 6 раз уменьшились жалобы на симптомы АР, их выраженность с сильной уменьшилась до слабовыраженной. У 33% не был достигнут контроль симптомов АР.

У пациентов третьей группы (АР+max ИНП) терапия второй ступени лечения АР была эффективна лишь для 19% группы. Подавляющее большинство пациентов третьей группы получили неудовлетворительные результаты от второй ступени консервативного лечения АР.

Пациентам, демонстрировавшим отсутствие эффекта от консервативной терапии (n=58), было проведено хирургическое вмешательство через 4 месяца от начала второй ступени КЛ.

Результаты динамики эффективности терапии первой ступени и достижения контроля симптомов АР у пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Результаты оценки эффективности хирургического лечения у пациентов с АР

Исследуемые параметры	Распределение пациентов по достижению контроля над симптомами АР в исследуемых группах (n/%)	
	АР + min ИНП (n = 19)	АР + max ИНП (n = 39)
Достигнут контроль	17/90	35/90
Не достигнут контроль	2/10	4/10

У подавляющего большинства (90% в обеих группах) прооперированных пациентов был достигнут полный контроль симптомов АР.

У 10% пациентов из каждой группы после полугода от момента операции наблюдался рецидив жалоб, что требует наблюдения аллерголога.

Результаты динамики симптомов пациентов через 6 мес. после ХЛ представлены на рисунке 9.

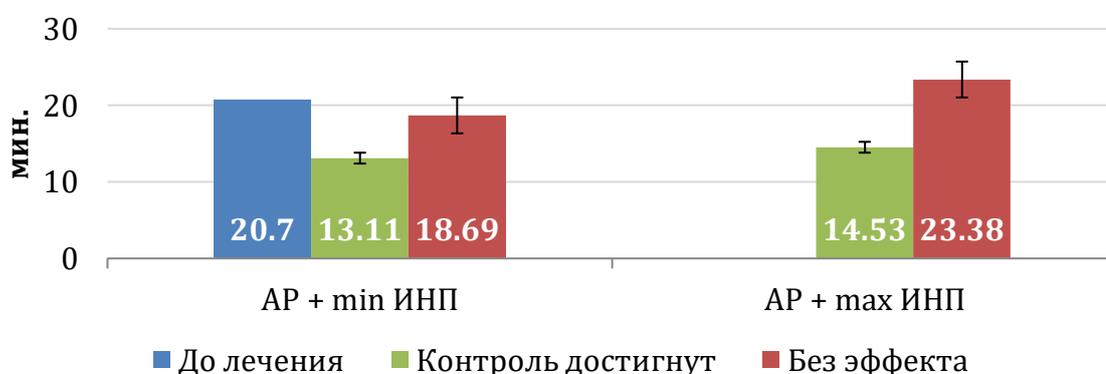


Рисунок 9. Динамика МЦТ на фоне получения хирургического лечения (сек.)

У пациентов второй группы с АР и минимальным ИНП (АР + min ИНП) в 90% на фоне хирургического лечения (ХЛ) мукоцилиарный транспорт ускорился на 39%, достигнув референсных значений в $11,44 \pm 0,7$ мин.

У пациентов с АР и выраженным ИНП (АР + max ИНП) в подавляющем (90%) большинстве случаев показатель МЦТ был ускорен на 35% до $14,27 \pm 0,6$ мин.

Эффективность хирургического лечения в восстановление носового дыхания отображена на рисунке 10-11.

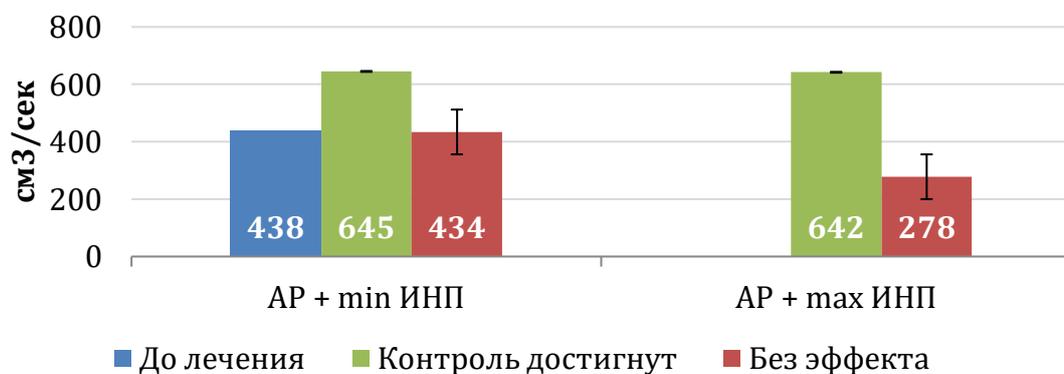


Рисунок 10. Динамика суммарного объемного потока (СОП) после хирургического лечения (см³/сек.)

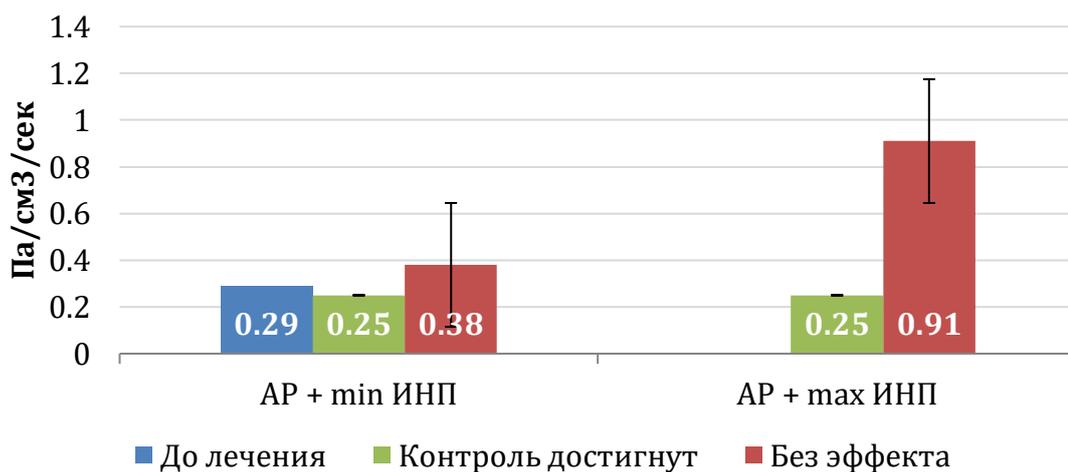


Рисунок 11 Динамика суммарного сопротивления (СС) после хирургического лечения (Па/см³сек.)

У большинства пациентов (90%) с АР и минимальным ИМП (I и III типы ИМП) после второй ступени КЛ наблюдалась положительная динамика повышения СОП и снижения СС. Пороги СОП увеличился до нормативных 621 см³/сек (на 43%), а СС уменьшилось до 0,25 Па/см³/сек (на 364%).

ХЛ было высоко эффективным для пациентов с АР и выраженным ИМП (АР+max ИМП) в сравнении с другими группами. Показатели СОП и СС у данной категории пациентов были восстановлены на 107% и 65% соответственно, что является сопоставимым результатом с пациентами второй группы (АР+min ИМП). Это наиболее успешный результат среди двух групп, получивших ХЛ (p<0,01).

Эффективность второй ступени терапии в достижении контроля симптомов АР и повышении качества жизни пациентов отображена на рисунке 12.

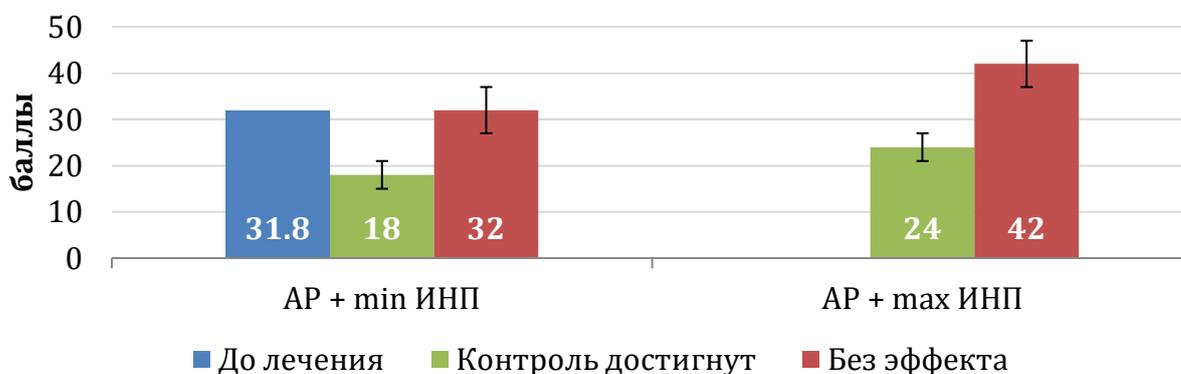


Рисунок 12. Динамика суммарной выраженности субъективных симптомов по ВАШ после хирургического лечения (баллы)

Из данных рисунка 12 следует, что хирургическое лечение (ХЛ) купировало сильно и максимально выраженные симптомы АР у 90% пациентов с АР и минимальным ИНП (АР+min ИНП). В данной группе удалось достичь уменьшения субъективных жалоб в два раза. Их выраженность с сильной уменьшилась до слабовыраженной (уменьшение на 51%). Однако около 10% пациентов продолжали предъявлять жалобы легкой и умеренной степени интенсивности даже после операции, что требует продолжения наблюдения у аллерголога. У 90% пациентов с АР и выраженным ИНП (АР + max ИНП) отмечено субъективное улучшение проявлений симптомов АР, сумма баллов ВАШ уменьшилось на 63%.

Таким образом, на основании результатов проведенного исследования можно сделать вывод о целесообразности хирургической коррекции деформаций перегородки носа на более ранних ступенях лечения АР для оптимизации доставки и распределения интраназальных препаратов, включая инГКС. Имеющийся алгоритм лечения АР предполагает рассмотреть хирургическое лечение лишь на последней ступени лечения при неэффективности длительно (более 8 недель) применяемой медикаментозной терапии.

Предложенный алгоритм лечения (рисунок 18) пациентов с АР позволяет определить показания и сроки к проведению операции по коррекции носовой перегородки у пациентов с аллергическим ринитом с сопутствующим ИНП.

Следует подчеркнуть, что хирургическое лечение может быть проведено только на фоне адекватной предоперационной подготовки, позволяющей минимизировать проявление симптомов, и вне периода палинации причинно-значимых аллергенов.

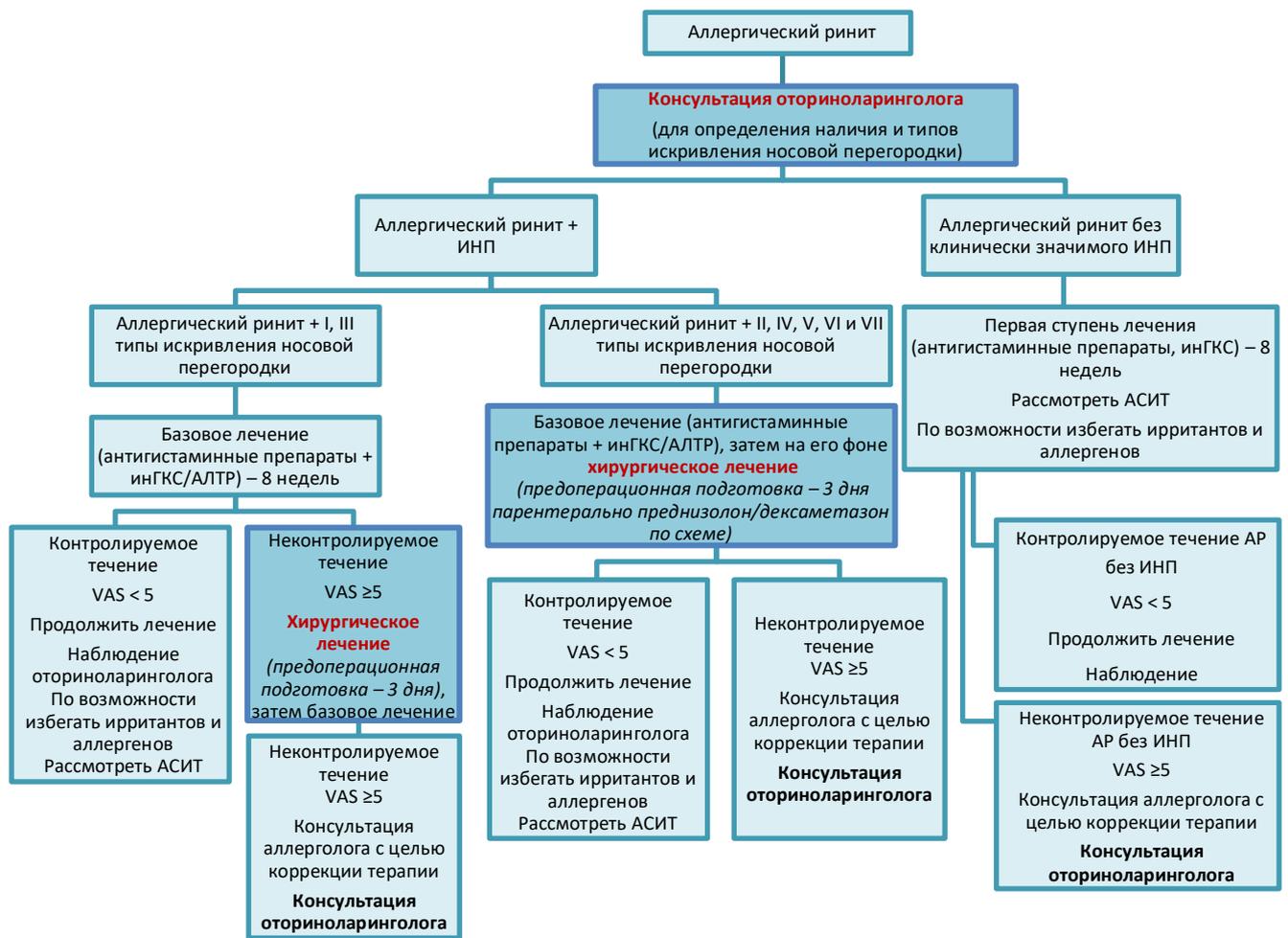


Рисунок 2. Алгоритм лечения пациентов с аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки

Ключевым моментом данного алгоритма является оценка внутриносовых структур носа на консультации оториноларингологом перед началом или на более ранних ступенях базисного лечения. При определении наличия сопутствующего искривления носовой перегородки следует определить его тип. При сочетании аллергического ринита и минимально выраженной деформации перегородки (представленного I, III типами по Младина), следует начать базисную фармакотерапию аллергического ринита, в соответствии с индивидуальными характеристиками пациента, этиологии и тяжести течения аллергического ринита

При неэффективности консервативной терапии, т.е. при не достижении контроля симптомов АР необходимо рассмотреть септопластику как способ восстановления внутриносовых структур и носового дыхания.

Хирургическое вмешательство позволяет купировать выраженные жалобы на заложенность носа, наличие выделений из полости носа, в том числе постназального характера, нарушение обоняния различной степени выраженности, а также нарушение работоспособности и быструю утомляемость. У 68% пациентов достигнуто полное купирование жалоб, у 30%

остались легкие и умеренные жалобы. У части пациентов не достигнут выраженный положительный эффект, требуется наблюдение аллерголога.

Деформация носовой перегородки любого типа негативно влияет на мукоцилиарную систему. Если аллергический ринит сочетается с грубой деформацией перегородки (II, IV, V, VI и VII типы ИНП по Младина), то хирургическое лечение следует рассматривать как первую ступень лечения, параллельно с назначением базисной терапии аллергического ринита, понимая, что консервативное лечение будет с высокой вероятностью неэффективным. По данным литературы и данным полученным нами, ответ слизистой оболочки на терапию инГКС недостаточно эффективен у пациентов с искривлениями носовой перегородки [15]. При умеренных искривлениях у части пациентов не удастся восстановить носовое дыхание и повысить качество жизни, несмотря на интенсивную терапию с повышением ступеней терапии АР; у пациентов со значительным искривлением носовой перегородки эффективность терапии еще ниже. Поэтому именно пациентам этой группы с необходимо предлагать хирургическое лечение в максимально ранние сроки от начала терапии АР.

Медико-экономическая эффективность предложенного подхода обусловлена рядом факторов: сокращением расходов на неэффективные лекарственные средства, снижением частоты амбулаторных обращений, уменьшением количества назначаемых препаратов, сокращением сроков временной нетрудоспособности и, как следствие, снижением нагрузки на амбулаторное звено здравоохранения.

Таким образом, своевременная септопластика у пациентов с АР и ИНП представляется не только клинически обоснованным, но и экономически целесообразным методом лечения. Оптимизация диагностического алгоритма, разработка четких показаний и противопоказаний к хирургическому вмешательству, а также стандартизация подготовки пациентов к операции позволят повысить эффективность лечения и снизить медико-экономическую нагрузку на систему здравоохранения.

Ключевые аспекты реализации данного подхода включают раннее выявление коморбидных состояний, своевременное направление пациентов на хирургическое лечение, оптимизацию предоперационной подготовки и мониторинг эффективности проведенного лечения.

ВЫВОДЫ

1. Выявлено, что наиболее распространенными типами искривлением носовой перегородки у пациентов с аллергическим ринитом являются I и IV (44,09% и 14,17% соответственно), II, III встречаются реже (распространенность 11,81% и 12,59% соответственно) и наименее распространенные - это V, VI и VII типы искривления носовой перегородки (8,66%, 3,14% и 5,51 % соответственно).

2. Установлено, что у пациентов с аллергическим ринитом и минимальными структурными деформациями носовой перегородки (I и III типы искривления носовой перегородки) преимущественно преобладает легкое (30%) и средне-тяжелое течение аллергического ринита (61%), преимущественно интермиттирующего характера течения (55%). Среди пациентов с II, IV, V, VI и VII типами искривления носовой перегородки по Младина встречаются пациенты с легким (27%) со средне-тяжелым (57%) и тяжелым (22%) течением аллергического ринита, чаще встречается персистирующий характер течения (61%).
3. Выявлено, что у пациентов с аллергическим ринитом без искривления носовой перегородки контроль симптомов достигается на первой ступени консервативного лечения аллергического ринита в 30% случаев ($p < 0,01$), на второй ступени – у 100% ($p < 0,05$); у пациентов с аллергическим ринитом и минимальным искривлением носовой перегородки 87% обследуемых переходят на вторую ступень лечения и 26% на третью; 75% пациентов с аллергическим ринитом и выраженным искривлением носовой перегородки перешли на третью ступень лечения и достигли контроля симптомов аллергического ринита только после получения хирургического лечения.
4. У пациентов с аллергическим ринитом и II, IV, V, VI и VII типами искривления носовой перегородки по Младина и неэффективности первой ступени консервативного лечения, и у пациентов с I и III типами искривления носовой перегородки после неэффективности двух ступеней консервативного лечения необходимо рассмотреть септопластику на более ранней ступени лечения.
5. Установлено, что после 6-месячного срока послеоперационного периода у пациентов с аллергическим ринитом и минимальным искривлением носовой перегородки в 89% отмечено достижение контроля над симптомами аллергического ринита и восстановление носового дыхания; у 90% пациента с аллергическим ринитом и выраженным искривлением носовой перегородки отмечается достижение объективного улучшения носового дыхания и повышение качества жизни. Предложенный алгоритм ведения пациентов с аллергическим ринитом в зависимости от типа искривления носовой перегородки, позволяет повысить эффективность лечения данной группы пациентов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На этапах планирования применения инГКС всем пациентам с аллергическим ринитом требуется консультация оториноларинголога с целью выявления типа искривления носовой перегородки

2. Необходимо обратить внимание на II, IV, V, VI и VII типы искривления носовой перегородки, при которых медикаментозное лечение не будет эффективным, рекомендовано рассмотреть необходимость хирургического лечения данных пациентов на первой ступени терапии; для пациентов с I и III типами искривления носовой перегородки при неэффективности медикаментозного лечения рекомендовано рассмотреть необходимость хирургического лечения при неэффективности консервативного лечения после второй ступени терапии
3. При наличии противопоказаний и/или отказе от хирургического лечения у всех пациентов с II, IV, V, VI и VII нужно совместно с аллергологом обсудить необходимость перехода на более высокую ступень лечения аллергического ринита

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации

1. Распространенность различных типов искривления перегородки носа у взрослых пациентов с аллергическим ринитом / Г. А. Абушаева, И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Ф. М. Ханова // Актуальные вопросы оториноларингологии на современном этапе : Материалы научной конференции, IV Всероссийский конгресс Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России, Казань, 01–03 ноября 2022 года / IV Всероссийский конгресс Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России. – Казань: Полифорум групп, 2022. – С. 68-69. – EDN LQGCPX.
2. Анализ влияния различных типов искривления перегородки носа по R. Mladina на мукоцилиарный транспорт у пациентов с аллергическим ринитом / Г. А. Абушаева, И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Ф. М. Ханова // Оториноларингология: традиции и современность : ТЕЗИСЫ XX Московской научно-практической конференции, посвященной 130-летию со дня рождения академика Бориса Сергеевича Преображенского
3. Влияние различных типов искривления перегородки носа на носовое дыхание и функцию мукоцилиарного транспорта у взрослых пациентов с аллергическим ринитом / Г. А. Абушаева, И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Ф. М. Ханова // Междисциплинарный подход к лечению заболеваний головы и шеи : Тезисы VI Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием, Москва, 13–14 октября 2022 года. – Москва: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства", 2022. – С. 13-14. – EDN QNCCXL.
4. Результаты лечения аллергического ринита у пациентов с различными типами искривления носовой перегородки / И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Г. А. Абушаева //

Оториноларингология. Восточная Европа. – 2023. – Т. 13, № 4. – С. 433-443. – DOI 10.34883/PI.2023.13.4.013. – EDN TNAGVB.

5. Алгоритм лечения аллергического ринита у пациентов с различными типами искривления носовой перегородки / И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Г. А. Абушаева // Российская ринология. – 2023. – Т. 31, № 4. – С. 238-244. – DOI 10.17116/rosrino202331041238. – EDN ULWRDM.
6. Особенности клинических проявлений и лечения аллергического ринита у пациентов с различными типами искривления носовой перегородки / И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Г. А. Абушаева // Российская ринология. – 2023. – Т. 31, № 1. – С. 44-48. – DOI 10.17116/rosrino20233101144. – EDN WZJWVM.
7. Дифференциальный подход к лечению пациентов с аллергическим ринитом и искривлением перегородки носа на основании их клинико-аллергологической характеристики / Г. А. Абушаева, И. А. Ким, Н. М. Ненашева, Ф. М. Ханова // Междисциплинарный подход в оториноларингологии, хирургии головы и шеи : Тезисы VII Всероссийского форума оториноларингологов с международным участием, Москва, 12–13 октября 2023 года. – Москва: Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный медицинский исследовательский центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства", 2023. – С. 13-14. – EDN MSGGEM.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АР – аллергический ринит;

ВАШ — визуально-аналоговая шкала;

ИнГКС — интраназальные глюкокортикостероиды;

ИНП — искривление носовой перегородки;

МСКТ — компьютерная томография носа и около носовых пазух;

МЦТ — мукоцилиарный транспорт;

ОНП — околоносовые пазухи;

ПАРМ — передняя активная риноманометрия;

КЛ — консервативное лечение;

СОП — суммарный объемный поток;

СС — суммарное сопротивление;

ХЛ — хирургическое лечение;

SNOT-22 — опросник SinoNasal Outcome Test-22.