

На правах рукописи

КОЗАРЕНКО

Евгений Александрович

КЛИНИКО-АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ
И ИСКРИВЛЕНИЕМ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

14.03.09 – клиническая иммунология, аллергология.

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва, 2013

Работа выполнена в ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России и
ФГКУ «Главный клинический военный госпиталь ФСБ России»

Научные руководители: доктор медицинских наук
Польнер Сергей Александрович,
доктор медицинских наук
Рябинин Алексей Германович

Официальные оппоненты: Лусс Людмила Васильевна,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующая научно-консультативным
отделением ФГБУ «ГНЦ Институт
иммунологии» ФМБА России.

Винницкий Леонид Ильич,
доктор медицинских наук, профессор
руководитель лаборатории
ФГБУ «Российский научный центр
хирургии имени академика
Б.В. Петровского» РАМН

Ведущая организация: ГБОУ ВПО «Российский
национальный исследовательский
медицинский университет имени Н.
И. Пирогова» Минздрава России

Защита диссертации состоится 25 сентября 2013 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 208.017.01 в ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России» по адресу: 115478, Москва, Каширское шоссе, 24, корп. 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России

Автореферат разослан «_____» _____ 2013 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор биологических наук

Г.О. Гудима

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Бронхиальная астма (БА) представляет собой глобальную проблему здравоохранения в связи с высокой распространенностью, преобладанием среднетяжелых и тяжелых форм, роста летальности и др. (Masoli M., Fabian D., Beasley R., 2004). В России распространенность БА составляет от 5,6 до 7,3% среди всего населения (Хаитов Р.М., Ильина Н.И., 2012). Аллергический ринит (АР) является фактором риска развития БА (Crus A.A., 2007). АР в нашей стране страдает от 12,7 до 24% населения, при этом уровень заболеваемости неуклонно растет (Хаитов Р.М., Ильина Н.И., 2009). Доказана взаимосвязь верхних и нижних дыхательных путей, которые в структурно-функциональном плане представляют собой единое целое (Bousquet et all, 2001; R. Pawankar, 2002).

Следует отметить, что слизистая оболочка носа выполняет в организме множество функций и играет важную роль в возникновении различного рода рефлексов. Кроме того, она является входными воротами для бактериальных и грибковых агентов, токсических газов и аэроаллергенов. Одной из наиболее частых патологий полости носа является искривление перегородки носа, причем распространенность достигает 58,5–79% (Воробьев А.А., Моренко В.М., 2007). Искривление перегородки носа влечет за собой функциональные и органические изменения не только в полости носа, но и в других органах, а при наличии атопии способствует усилению тяжести течения АР и БА (Асланов З.С., Гаджимаев Р.Г., 1998; ARIA Update, 2008).

О влиянии искривления перегородки носа на клиническое течение АР и БА имеются лишь единичные разрозненные данные (Karatzanis A. D., Fragiadakis G., Moshandre J. et all, 2009, Jang T.Y., Kim Y.H., Kim B.J. et all, 2011). Кроме того, отсутствует единое мнение о показаниях и особенностях проведения септопластики при АР и БА и нет систематизированных исследований по эффективности фармакотерапии и аллерген-специфической терапии у больных с искривлением перегородки носа.

Все вышеизложенное послужило основанием для выполнения настоящего исследования.

Цель исследования: дать клиническую и аллергологическую характеристику АР и БА при искривлении перегородки носа, определить роль и место септопластики в комплексном лечении данной патологии.

Задачи исследования:

1. Изучить распространенность АР и БА у больных с искривлением перегородки носа по результатам анализа диспансерных карт и историям болезни.

2. Представить клиническую и аллергологическую характеристику больных АР и БА при наличии искривления перегородки носа.

3. Определить показания и противопоказания к проведению септопластики, тактику пред- и послеоперационного периода у больных АР и БА.

4. Оценить влияние септопластики на клиническое течение АР и БА, показатели респираторной функции носа и функции внешнего дыхания.

5. Установить оптимальные сроки начала проведения аллерген-специфической иммунотерапии (АСИТ) и оценить ее клиническую эффективность у больных АР и БА после проведения септопластики.

Научная новизна исследования

На основании комплексного клинико-аллергологического и ринологического обследования впервые выявлена высокая распространенность аллергических заболеваний (АЗ) дыхательных путей (22%) среди больных с искривлением перегородки носа. Впервые изучены патогенетические механизмы влияния искривления перегородки носа на течение и прогноз АР и БА. Установлены причины более тяжелого клинического течения АР и БА и торпидности к проводимой терапии у больных с искривлением перегородки носа. Обнаружено, что при хроническом аллергическом воспалении в слизистой оболочке носа нарушение ее целостности за счет ИНП ведет к более свободному проникновению аллергенных частиц в низлежащие ткани, взаимодействию этих частиц с соответствующими рецепторами, запускающими

весь каскад аллергической реакции. Научно обоснована необходимость септопластики при соответствующих показаниях и ее роль в уменьшении тяжести течения АР и БА.

Впервые на основании результатов научного исследования выделена группа больных АР, БА и искривления перегородки носа, требующая особого алгоритма предоперационного обследования и индивидуального подхода к пред- и постоперативному ведению за счет наличия сенсibilизации к различным группам аллергенов, лекарственной непереносимости и особенностей течения периоперационного периода.

В процессе проведения исследования установлено, что искривление перегородки носа у больных АР является триггерным механизмом обострения БА за счет ринобронхиального рефлекса и причиной отсутствия клинического эффекта стандартной фармакотерапии АЗ.

Установлено, что при искривлении перегородки носа у больных АР и БА отмечается более выраженная тканевая назальная и бронхиальная гиперреактивность на воздействие аллергенов (сезонное или круглогодичное), способствующая более частым обострениям и более тяжелому клиническому течению АЗ.

Впервые научно обоснованы необходимость, показания и сроки проведения септопластики в комплексном лечении АР и БА.

Впервые научно обоснованы и установлены сроки проведения и показана высокая клиничко-иммунологическая эффективность АСИТ у больных АР и БА после проведения септопластики.

Научно-практическая значимость работы

Данные о высокой распространенности АР и БА среди больных с искривлением перегородки носа позволяют оптимизировать раннюю диагностику и назначение адекватной патогенетической терапии.

Впервые установлена очевидная гиподиагностика АЗ у больных с ЛОР-патологией (только у 18,1% больных с искривлением перегородки носа, страдающих АР и БА, в медицинской документации стоял диагноз АЗ), что

может являться причиной более тяжелого течения как АЗ, так и деформации перегородки носа, а также меньшей эффективности оперативного лечения искривления перегородки носа у этих пациентов.

Впервые установлено, что при АР и БА у больных с искривлением перегородки носа отмечается более тяжелое клиническое течение АР и БА: средне-тяжелые и тяжелые формы установлены у 81,3% больных АР и у 84,6% – БА.

Впервые установлено отсутствие достаточного клинического эффекта и контроля за симптомами АЗ у больных АР и БА с искривлением перегородки носа при применении только стандартной фармакотерапии.

Определены особенности предоперационной подготовки у больных с АР и БА, включающей, наряду с обязательным аллергологическим обследованием, выявление лекарственной непереносимости, проведение риноманометрии и ФВД, адекватную фармакотерапию АР и БА, обязательную премедикацию с учетом особенностей аллергопатологии, проведение операции вне сезона пыления причинно-значимых аллергенов.

Методические подходы, разработанные для проведения септопластики у больных АЗ, позволяют оптимизировать лечение больных АР и БА с искривлением перегородки носа, достичь максимального клинического эффекта и контроля за симптомами заболевания.

Определены показания для септопластики у больных АР: искривление перегородки носа, сопровождающееся резким нарушением носового дыхания, снижение скорости суммарного объемного потока ниже 400 мл/с при риноманометрии, отсутствие эффекта стандартной фармакотерапии АР.

На основании анализа особенностей клинико-лабораторных, функциональных и аллергологических показателей у больных АР и БА после проведения септопластики рекомендована превентивная терапия, позволяющая снизить риск послеоперационных осложнений.

Обозначены условия и сроки проведения АСИТ больным с АР после септопластики (30–35 дней), которые определяются особенностями репаративных процессов в тканях полости носа.

Положения, выносимые на защиту:

1. Выявлена высокая распространенность (22%) АР у больных с искривлением перегородки носа и очевидная гиподиагностика АЗ у больных с ЛОР-патологией (только у 18,1% диагноз АР был установлен ранее врачами-оториноларингологами).

2. Отмечено, что у больных с искривлением перегородки носа преобладают тяжелые и средне-тяжелые формы АР (81,3%).

3. Определены методические подходы к проведению септопластики у больных АЗ, позволяющие оптимизировать лечение больных АР и БА с искривлением перегородки носа.

4. Установлены оптимальные сроки проведения АСИТ после септопластики (через 30–35 дней) и повышение ее эффективности (до 80%).

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты обобщены в виде методических рекомендаций по целесообразности и показаниям для проведения риносептопластики в лечении аллергического ринита и бронхиальной астмы, которые утверждены ФМБА России и внедрены в практику.

Полученные данные используются в учебном процессе и практической работе клиники ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, ФГКУ ГКВГ ФСБ России, ФГКУ ЦКВГ ФСБ России, в региональных медико-санитарных частях ФСБ России.

Работа выполнена в отделении «Бронхиальная астма» ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России, отоларингологическом отделении и клинко-диагностической лаборатории ГКВГ ФСБ РФ.

Материал получен, обработан и проанализирован лично автором.

Апробация диссертации

Материалы диссертационной работы апробированы на совместном заседании секции № 3 Ученого совета ФГБУ «ГНЦ Института иммунологии» ФМБА России и научно-методической комиссии ФГКУ ГКВГ ФСБ России (2013 г.).

Материалы диссертационной работы были доложены и обсуждены на XVIII съезде оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 2011 г.), IX конгрессе Российского общества ринологов (Казань, 2011 г.), XI Международном конгрессе «Современные проблемы иммунологии, аллергологии и иммунофармакологии» (Москва, 2011 г.).

Полнота публикаций научных результатов по теме диссертации

Соискатель имеет 15 печатных работ, из них по теме диссертации опубликовано 12 научных работ общим объемом 65 печатных листов, в том числе 5 статей в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий для опубликования основных научных результатов диссертаций, 1 методические рекомендации, 6 работ в материалах всероссийских и международных конференций и симпозиумов.

Объем и структура диссертации

Диссертационная работа изложена на 107 страницах текста и состоит из введения, обзора литературы, двух глав собственных исследований, заключения, выводов. Библиографический указатель включает 156 источников, в том числе 67 отечественных и 90 зарубежных. Работа иллюстрирована 13 таблицами, 13 фотографиями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на базе отоларингологического отделения Главного клинического военного госпиталя ФСБ России (начальник – полковник м/с С.С. Фатеев) и отделения «Бронхиальная астма» клиники ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России (зав. отд. – проф. Н.И. Ильина).

Для выполнения поставленных в работе цели и задач были использованы следующие методы обследования: ретроспективный анализ 600 диспансерных карт и историй болезни пациентов с искривлением перегородки носа, АР и БА, скрининг-анкетирование по специально разработанным тематическим картам, клинико-лабораторные, функциональные, инструментальные, отоларингологические и аллергологические методы, цитологическое исследование мазков со слизистой носа.

Клиническим объектом для комплексного углубленного исследования по программе научно-исследовательской работы являлись больные (61 человек) с искривлением перегородки носа (опытная группа), поступившие для оперативного лечения в отоларингологическое отделение Главного клинического военного госпиталя ФСБ России и поступившие для проведения стандартной терапии АР и БА в отделение «Бронхиальная астма» клиники ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. Группой сравнения служили 10 пациентов с АР и БА, не имевших искривления перегородки носа.

Критерии включения больных в исследование: наличие искривления перегородки носа, грубо нарушающее функцию полости носа и необратимо препятствующее нормальному носовому дыханию; наличие диагноза интермиттирующего или персистирующего АР, подтвержденного результатами аллергологического обследования, или сочетание АР и БА (БА, атопическая форма, легкой и средней тяжести, подтвержденная результатами аллергологического обследования и функциональных показателей, в фазе ремиссии); возраст от 18 до 50 лет; способность пациентов выполнять указания врача.

Критериями исключения являлись: острые респираторные воспалительные заболевания; обострение АР или БА, сезон пыления этиологически-значимых аллергенов; наличие полипов полости носа; прием терапии, влияющей на результаты исследований; тяжелая сопутствующая

соматическая патология в стадии субкомпенсации и декомпенсации; некомплаентность пациента.

Ретроспективный анализ медицинской документации (диспансерных карт пациентов и стационарных историй болезни) проводился с целью выявления распространенности, особенностей формирования и течения АЗ у больных с искривлением перегородки носа. Кроме того, проводился катамнестический анализ историй болезни больных с искривлением перегородки носа при АР и БА с целью оценки эффективности проводимой терапии в группах пациентов, получавших только фармакотерапию АЗ и комплексное лечение с использованием фармакотерапии и септопластики (через 6 месяцев после лечения).

В соответствии с задачами и программой исследования была разработана тематическая карта обследования больного, в которую вносились паспортные данные пациента, жалобы, анамнез жизни и болезни, данные объективного обследования, данные ЛОР-осмотра, данные функциональных, инструментальных и клинических обследований.

Оториноларингологическое обследование включало сбор жалоб и анамнеза заболевания, осмотр ЛОР-органов путем риноскопии и с помощью эндовидеоскопической техники.

Клинико-лабораторные методы исследования проводились по общепринятым методикам и включали: клинический и биохимический анализ крови, цитологическое исследование мазка-отпечатка, взятого со слизистой оболочки полости носа.

Инструментальные и функциональные методы обследования

В работе использованы: исследование ФВД, проба с бронхолитиками; передняя активная риноманометрия; фиброриноскопия, видеоэндоскопия полости носа; бронхоскопия (по показаниям); рентгенография или КТ околоносовых пазух. Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки проводили с помощью видеоскопической стойки «Karl Storz» (Германия) с

эндоскопами диаметром 4 мм 0°, 30° и фиброриноларингоскопа «Olympus» (Япония).

Аллергологическое обследование включало сбор аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза, кожные прик-тесты с atopическими аллергенами, определение общего и специфического IgE, провокационные назальные тесты по показаниям.

23 больным АР и БА с искривлением перегородки носа проводили АСИТ, из них 15 пациентам – через 30–35 суток после риносептопластики. Лечение проводили водно-солевым экстрактом аллергена, ускоренным методом, в условиях стационара. Суммарная доза аллергена составила 5967 PNU. Клиническую эффективность АСИТ оценивали по общепринятым критериям.

Фармакотерапия АР и БА проводилась в соответствии с требованиями методических рекомендаций по лечению АР и БА.

Методика оперативного лечения искривления перегородки носа

Перед проведением септопластики у всех больных с АР и БА были проанализированы результаты следующих исследований:

- аллергологическое обследование (анамнез, выявление спектра аллергенов, выявление специфических IgE-антител по показаниям);
- фармакологический анамнез с особым акцентом на переносимость лекарственных средств, которые предполагалось вводить пациенту в послеоперационном периоде, а при необходимости – проведение дополнительных лабораторных исследований;
- показатели ФВД (при необходимости – с тестом на обратимость обструкции) и функции носа с помощью риноманометрии;
- адекватность проводимой базисной терапии АР и БА.

С целью оптимизации оперативного лечения и профилактики осложнений у пациентов с АР и искривлением перегородки носа, септопластику проводили только вне сезона пыления соответствующих

растений при пыльцевой сенсibilизации и в условиях бытовой элиминации при бытовой сенсibilизации, и только в состоянии ремиссии АР и БА.

Пациенткам операцию выполняли на 3–14 день после окончания менструации. Оперативное вмешательство проводили под эндотрахеальным наркозом или местной анестезией с предварительной премедикацией (глюкокортикостероиды, антигистаминные средства и др.).

В случаях, если имеются С- и S-образные девиации, смещение каудального края четырехугольного хряща, сложные посттравматические деформации, септопластику выполняли по стандартной методике.

При наличии одного или двух-трех гребней или шипов перегородки, локального деформированного участка, выраженного утолщения передне-верхних отделов перегородки проводилась эндоскопическая коррекция перегородки носа.

Статистический анализ результатов проводился по критерию Стьюдента (Гланц С., 1999) и при помощи встроенного в Microsoft Excel пакета анализа данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика обследованных групп

При ретроспективном анализе диспансерных карт и историй болезней 600 пациентов с искривлением перегородки носа, обследуемых в амбулаторно-поликлиническом отделе и отоларингологическом отделении ФГКУ ГКВГ ФСБ России, у 132 (22%) больных выявлены АЗ дыхательных путей. При этом только у 24 (18,1% из них или 4% от 600 обследованных), диагноз АЗ был установлен до госпитализации. Среди них у 20 стоял диагноз АР и у 4 – БА и АР. Эти данные свидетельствуют об очевидной гиподиагностике врачами-оториноларингологами АЗ у больных с ЛОР-патологией. Анализ адекватности проводимой фармакотерапии у обследованных пациентов показал, что только 25% больных получали какую-либо терапию по поводу АР и БА. Из них всего 8,3% больных получали адекватную терапию. Такой низкий процент назначения патогенетически-

обоснованного лечения АР можно объяснить тем, что пациенты с искривлением перегородки носа в первую очередь обращались за помощью к отоларингологу, которые считали первостепенным проведение хирургического лечения, не направляли на консультацию к аллергологу и не назначали базисной терапии АЗ. Кроме того, треть пациентов, которым назначалась терапия по поводу АР, не выполняли назначенное врачом базисное лечение аллергии, считая, что все их проблемы связаны только с искривлением перегородки носа.

При ЛОР-обследовании (передняя риноскопия и видеоэндоскопия) у 43 (70,5%) человек слизистая оболочка полости носа была отечная, серого или цианотичного цвета, с пятнами Воячека, у 18 (29,5%) – слизистая ярко-красная, резко отечная. У обследованных пациентов имелись различные виды и степень искривления перегородки носа. Искривление в хрящевом отделе наблюдалось у 23 человек (37,7%), в костном отделе – у 12 (19,7%), в костно-хрящевом отделе – у 26 пациентов (42,6%). По характеру искривления преобладало комбинированное искривление – у 26 больных (42,6%), гребень перегородки носа – у 6 (9,8%), углообразное смещение – у 6 (9,8%).

Выявлена прямая зависимость между степенью тяжести АР и БА и степенью искривления перегородки носа.

Для изучения влияния искривления перегородки на клиничко-аллергологические и отоларингологические особенности течения АЗ по программе исследования методом случайной выборки выделено 4 группы.

1 группу составили 16 пациентов АР, которым, наряду со стандартной терапией АР, проводили септопластику искривления перегородки носа.

2 группу составили 13 пациентов с сочетанием АР и БА, которым, наряду со стандартной терапией АР и БА, проводили септопластику по поводу искривления перегородки носа.

3 группу составили 18 пациентов АР и искривлением перегородки носа, которым проводилась только стандартная фармакотерапия (от септопластики отказались).

4 группу составили 14 пациентов с сочетанием АР и БА и искривлением перегородки носа, которым проводилась только стандартная фармакотерапия (от септопластики отказались).

Группу сравнения составили 10 больных АР и БА без искривления перегородки носа, которые получали стандартную фармакотерапию по поводу АЗ.

Таким образом, 29 больным АР и сочетанием АР и БА (1 и 2 группы), имевшим показания для оперативного лечения, проведена септопластика.

Показанием для септопластики у больных АР и БА служили следующие признаки: резкое нарушение или полное отсутствие носового дыхания; гипертрофия, костный дефект и другие необратимые изменения перегородки носа; снижение скорости суммарного объемного потока ниже 400 мл/с по данным передней активной риноманометрии; отсутствие клинического эффекта стандартной фармакотерапии АР.

32 больных АР и сочетанием АР и БА, имевших искривление перегородки носа и показания для оперативного лечения, по различным причинам от операции отказались и получали только стандартную фармакотерапию.

В зависимости от диагноза, стадии и степени тяжести АЗ, больные получали базисную терапию: топические глюкокортикостероиды (бекламетазона дипропионат, флютиказона пропионат, мометазона фураат, будесонид) в дозе, соответствующей степени тяжести АР и БА, в течение не менее 2 недель до операции, и/или антигистаминные препараты.

Среди обследованных больных АР и БА с искривлением перегородки носа преобладали мужчины (78,6%), женщины составляли 21,4%.

Аллергологическая характеристика АР и сочетания АР с БА у больных при искривлении перегородки носа

Аллергологический анамнез был отягощен у 54 (88,5%) пациентов, родители или ближайшие родственники которых страдали различными аллергическими заболеваниями (АР, БА, атопический дерматит и др.),

фармакологический анамнез был отягощен у 8 (13,1%) пациентов, пищевой анамнез – у 13 (21,3 %).

Положительные кожные тесты с различными группами аллергенов выявлены у всех исследуемых пациентов. В спектре аллергенов преобладала сенсibilизация к бытовым аллергенам (табл. 1).

Таблица 1. Спектр аллергенов у обследованных групп

Выявленные аллергены	1 группа n = 16	2 группа n = 13	3 группа n = 18	4 группа n = 14	Группа сравнения n = 10
	число лиц %	число лиц %	число лиц %	число лиц %	число лиц %
Клещи домашней пыли	10 62,5	9 69,2	10 55,6	8 57,1	7 70
Перо подушек	2 12,5	3 23,1	2 11,1	2 14,3	1 10
Библиотечная пыль	4 25	4 30,8	3 16,7	3 21,4	3 30
Шерсть кошки	7 43,8	6 46,1	4 22,2	4 28,6	4 40
Шерсть собаки	4 25	2 15,4	2 11,1	3 21,4	2 20
Шерсть овцы	0 0	1 7,7	1 5,6	1 7,1	0 0
Перхоть лошади	0 0	1 7,7	0 0	1 7,1	0 0
Семейство деревьев	3 18,8	3 23,1	3 16,7	3 21,4	3 30
Семейство злаковых трав	2 12,5	2 15,4	1 5,6	4 28,6	3 30
Семейство сорных трав	4 25	5 38,5	4 22,2	5 35,7	4 40

Сенсibilизация к клещам дом пыли выявлена у 44 (62%) из 71 обследованных больных, к библиотечной пыли – у 17 (23,9%), к перу подушек – у 10 (14,1%), к шерсти животных – у 41 (57,7%), к пыльце растений – у 27 (38%) обследованных больных. У 10 больных отмечались положительные пробы одновременно на несколько видов пыльцевых аллергенов.

Эффективность комплексной фармакотерапии и септопластики у больных АР и сочетанием АР с БА при искривлении перегородки носа

Клиническую эффективность лечения оценивали у всех обследованных больных, имевших и не имевших искривление перегородки носа, по

изменению клинико-функциональных показателей (степень тяжести клинического течения, ФВД, ПАРМ и др.).

Оценку степени тяжести АР и БА при искривлении перегородки носа проводили до и через шесть месяцев после септопластики или медикаментозного лечения.

По результатам клинического обследования во всех группах пациентов с искривлением перегородки носа, в отличие от лиц группы сравнения, преобладали средне-тяжелые и тяжелые формы АР и БА (табл. 2).

Таблица 2. Степень тяжести АР у больных с искривлением перегородки носа до и через 6 месяцев после септопластики

Степень тяжести АР	1-я группа n = 16		2-я группа n = 13		3-я группа n = 18		4-я группа n = 14		Группа сравнения n = 10	
	число лиц, %		число лиц, %		число лиц, %		число лиц, %		число лиц, %	
	до	после	до	после	до	после	до	после	до	после
Легкая	3 (18,7%)	4 (25%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	3 (16,7%)	3 (16,7%)	3 (21,4%)	3 (21,4%)	3 (30%)	4 (40%)
Средней степени	10 (62,5%)	11 (68,8%)	9 (69,2%)	10 (76,9%)	10 (55,5%)	11 (61,1%)	8 (57,2%)	9 (64,3%)	6 (60%)	6 (60%)
Тяжелая	3 (18,8%)	1 (6,2%)*	2 (15,4%)	0*	5 (27,8%)	4 (22,2%)	3 (21,4%)	2 (14,3%)	1 (10%)	0

Примечание: (*) различия в 1 и 2 группе до и после лечения статистически достоверны ($p < 0,001$).

В 1 группе средне-тяжелые и тяжелые формы АР до проведения риносептопластики составляли 81,3%, после операции – 75%, а во 2 группе – 84,6%, и 76,9% соответственно. Следует заметить, что в обеих группах после проведения риносептопластики отмечалось увеличение процента легких форм АР и достоверное ($p < 0,001$) снижение тяжелых форм АР.

Проведение только адекватной фармакотерапии и контроля за клиническим течением АЗ у больных с искривлением перегородки носа также способствовало снижению тяжести заболевания, но при этом процент легких форм АР не увеличивался. Среди больных АР с искривлением перегородки носа, получавших только фармакотерапию, средне-тяжелые и тяжелые формы АР, как до, так и через шесть месяцев после лечения составляли 83,3% (в 3 группе) и 78,6% (в 4 группе).

Таким образом, своевременное проведение риносептопластики способствовало переходу тяжелых форм АЗ в среднюю степень тяжести, а средне-тяжелых – в легкую степень тяжести.

Следует отметить, что ни у кого из пациентов АР и БА с искривлением перегородки носа не отмечалось каких-либо осложнений и/или обострений аллергопатологии при проведении септопластики или в послеоперационном периоде.

Особенности функциональных показателей у больных АР и сочетанием АР с БА при искривлении перегородки носа

Оценку функциональных показателей дыхательных путей у больных АР и сочетанием АР с БА при искривлении перегородки носа проводили до и через шесть месяцев после проведенного оперативного (септопластика) или медикаментозного лечения (табл. 3).

При оценке результатов ФВД наиболее выраженные изменения отмечались в группе больных БА с искривлением перегородки носа. У больных БА без искривления перегородки носа показатели ФВД были выше, но эти различия были статистически недостоверными.

Таблица 3. Основные показатели ФВД (процент от должного) у исследуемых больных до лечения (n = 71)

Показатели ФВД	1-я группа n = 16	2-я группа n = 13	3-я группа n = 18	4-я группа n = 14	Группа сравнения n = 10
ФЖЕЛ	110,3 ± 7,8	101,2 ± 6,7	109,3 ± 8,2	102,5 ± 7,3	109,9 ± 9,2
ОФВ 1	97,3 ± 8,3	82,3 ± 5,4	95,3 ± 7,5	80,7 ± 6,2	86,2 ± 7,4
ПОС	81,3 ± 7,2	62,1 ± 4,2	79,3 ± 8,1	79,8 ± 5,3	74,1 ± 4,5
Индекс Тиффно	71,2 ± 5,4	61,5 ± 3,8	70,4 ± 6,6	62,1 ± 4,1	63,4 ± 6,4
ОС 75	69,4 ± 6,4	48,1 ± 4,8	68,1 ± 6,7	49,3 ± 5,2	52,0 ± 4,9
ОС 50	48,2 ± 5,7	31,2 ± 6,6	46,7 ± 5,5	30,2 ± 5,9	36,1 ± 6,9
ОС 25	32,9 ± 4,9	29,2 ± 4,0	31,4 ± 5,1	47,2 ± 4,5	28,3 ± 6,8

После проведения септопластики у больных 1-й и 2-й групп через 6 месяцев отмечена тенденция к повышению сниженных показателей ФВД. У больных 3-й и 4-й групп показатели ФВД остались без изменений (табл. 4).

Таблица 4. Основные показатели ФВД (процент от должного) у исследуемых больных после лечения (n = 71)

Показатель ФВД	1-я группа n = 16	2-я группа n = 13	3-я группа n = 18	4-я группа n = 14	Группа сравнения n = 10
ФЖЕЛ	112,1 ± 8,3	102,7 ± 7,1	108,5 ± 7,8	101,9 ± 8,1	107,5 ± 8,7
ОФВ 1	96,7 ± 7,4	91,2 ± 6,3	96,7 ± 7,1	81,3 ± 6,8	87,4 ± 7,9
ПОС	83,1 ± 6,6	77,2 ± 5,6	78,7 ± 7,7	79,1 ± 5,8	73,8 ± 5,1
Индекс Тиффно	70,1 ± 6,5	68 ± 4,2	71,1 ± 5,9	62,8 ± 4,7	64,1 ± 5,8
ОС 75	65,6 ± 6,8	57,3 ± 5,2	68,9 ± 6,2	48,6 ± 4,8	51,5 ± 4,4
ОС 50	46,9 ± 5,3	39,1 ± 5,8	45,9 ± 5,9	31,3 ± 6,5	37,3 ± 6,1
ОС 25	33,4 ± 4,3	33,2 ± 4,0	32,1 ± 5,7	46,7 ± 4,7	27,7 ± 6,2

Примечание: различия во всех группах статистически не достоверны (p < 0,5)

При сопоставлении показателей ПАРМ во всех обследованных группах больных АР и сочетанием АР и БА при искривлении перегородки носа выявлено снижение суммарного объемного потока, в отличие от контрольной группы, где отсутствовала деформация перегородки носа (табл. 5).

Таблица 5. Показатели суммарного объемного потока у обследованных групп больных по данным ПАРМ

Суммарный объем, см ³ /сек	1 группа n = 16	2 группа n = 13	3 группа n = 18	4 группа n = 14	Группа сравнения n = 10
До лечения	311,33 ± 89,12	282,3 ± 54,5	305,5 ± 82,4	291,7 ± 64,6	687,5 ± 74,5
После лечения	702,4 ± 76,3*	682,7 ± 67,2*	316,5 ± 72,8	298,3 ± 69,7	675,5 ± 82,5

Примечание: (*) различия в 1 и 2 группе до и после лечения статистически достоверны (p < 0,001).

Также были выявлены изменения показателей суммарного сопротивления во всех группах пациентов с искривлением перегородки (табл. 6).

Таблица 6. Показатели суммарного сопротивления у обследованных групп больных по данным ПАРМ

Суммарное сопротивление, Р/ см ³ /сек	1 группа n = 16	2 группа n = 13	3 группа n = 18	4 группа n = 14	Группа сравнения n = 10
До лечения	0,63 ± 0,12	0,71 ± 0,08	0,65 ± 0,14	0,69 ± 0,06	0,26 ± 0,03
После лечения	0,25 ± 0,04*	0,29 ± 0,08*	0,67 ± 0,18	0,66 ± 0,012	0,27 ± 0,04

Примечание: (*) различия в 1-й и 2-й группе до и после лечения статистически достоверны ($p < 0,001$).

Таким образом, после проведения септопластики у больных 1-й и 2-й групп отмечалось достоверное ($p < 0,001$) повышение сниженных показателей носового дыхания, в отличие от пациентов 3-й и 4-й групп, в которых показатели ПАРМ остались без изменений.

Эффективность АСИТ при АР и сочетанием АР с БА у больных с искривлением перегородки носа

Основанием для выбора сроков проведения АСИТ после септопластики послужили данные о механизмах и сроках заживления ран в слизистой полости носа после хирургических вмешательств. На основании изучения данных по особенностям репаративных процессов после операций в полости носа было установлено, что наиболее обоснованным является проведение АСИТ через 30–35 дней после септопластики, поскольку эти сроки позволяют с достаточной вероятностью исключить развитие как хирургических, так и аллергических осложнений при проведении АСИТ.

АСИТ проведена 15 больным с АР и сочетанием АР и БА после септопластики и 8 больным с АР, получавшим только фармакотерапию. Возраст обследованных больных АР и сочетанием АР и БА колебался от 22 до 35 лет. У всех больных были показания и отсутствовали противопоказания для проведения АСИТ. Отягощенный аллергологический анамнез отмечался у 11 из 23 больных, страдавших АЗ. Длительность АЗ колебалась от пяти до пятнадцати лет. У 18 больных выявлен АР. У 5 больных установлен диагноз БА и АР. До операции у всех больных отмечалось течение заболевания

средней степени тяжести. У всех обследованных больных АСИТ проводили впервые. При аллергологическом обследовании у всех больных выявлены положительные кожные тесты и специфические IgE к бытовым аллергенам, уровень которых коррелировал с интенсивностью результатов кожных тестов.

Всем больным АСИТ проводили водно-солевым экстрактом аллергенов клещей *Dermatophagoides Pteronissinus*, отечественного производства (Биомед им. И.И. Мечникова), подкожно, ускоренным методом, в условиях стационара.

Все больные хорошо переносили АСИТ, ни у одного из них побочных нежелательных явлений (головная боль, слабость, лихорадка и др.) не отмечалось. Местные реакции в виде гиперемии, зуда и отечности (волдыря) в месте введения аллергена отмечены у всех больных только при введении больших доз аллергена (в разведении 1:10).

Клиническая эффективность АСИТ оценивалась по общепринятым критериям (табл. 7).

Таблица 7. Эффективность АСИТ у оперированных и неоперированных пациентов

Результат	Пациенты	
	оперированные, <i>n</i> = 15	неоперированные, <i>n</i> = 8
Отличный результат	4	1
Хороший результат	8	3
Удовлетворительный результат	3	3
Лечение без эффекта	0	1

Хорошие и отличные результаты получены у 80% прооперированных больных уже после 1-го курса АСИТ. Эти данные соответствуют результатам эффективности АСИТ у больных без искривления перегородки носа. У больных с искривлением перегородки носа, отказавшихся от оперативного лечения, эффективность АСИТ составила 50%. Таким образом, лишь сочетание риносептопластики и АСИТ у больных с АР и искривлением перегородки носа давало максимальный клинический эффект и способствовало наилучшему восстановлению проходимости назальных дыхательных путей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящем исследовании показано, что терапия АР, БА и их сочетаний при искривлении перегородки носа является сложной проблемой, требующей индивидуального подхода к фармакотерапии, применению элиминационных мероприятий, АСИТ и использованию хирургических методик, которые главным образом направлены на восстановление нормального носового дыхания. Показано, что адекватный выбор стратегии лечения пациентов при сочетании АР и БА с искривлением перегородки носа, включающий применение септопластики со стандартной фармакотерапией и АСИТ, позволяет добиться максимального клинического эффекта.

ВЫВОДЫ

1. Выявленная высокая распространенность АР и БА (22%) у больных с искривлением перегородки носа, гиподиагностика (только у 18,1% больных диагноз АР и БА был установлен ранее) и отсутствие адекватной фармакотерапии указывают на недооценку факторов хронического аллергического воспаления в формировании патологии верхних дыхательных путей.

2. Данные о преобладании средне-тяжелых и тяжелых форм заболевания (81,3%) и торпидности к стандартной терапии открывают новые клинические закономерности течения АР при нарушении гистоархитектоники полости носа.

3. Научно и практически доказанным показанием для септопластики у больных АР является грубое искривление перегородки носа с выраженным нарушением носового дыхания при снижении скорости суммарного объемного потока ниже 400 мл/с и отсутствии эффекта от стандартной фармакотерапии.

4. На основании клинико-патогенетических закономерностей течения аллергических заболеваний определены особенности предоперационной подготовки больных с АР и БА: предварительное аллергологическое

обследование с особым акцентом на выявление лекарственной непереносимости, превентивная фармакотерапия, обеспечивающая полный контроль над симптомами АР и БА, премедикация с учетом аллергического характера заболевания, проведение операции вне сезона пыления и условиях элиминации причинно-значимых аллергенов.

5. Установлено, что своевременное проведение септопластики способствует снижению интенсивности аллергического воспаления, что выражается в уменьшении тяжести клинических проявлений АР (с 18,1% до 6,2% тяжелых форм АЗ) и улучшении показателей проходимости дыхательных путей (по данным риноманометрии и ФВД).

6. На основании морфологических данных о протекании постоперационных репаративных процессов в тканях полости носа определены оптимальные сроки начала проведения АСИТ больным с АР после септопластики (30–35 дней).

7. Показано, что применение только фармакотерапии без оперативного вмешательства не позволяет достичь желаемого клинического эффекта в связи с необратимым характером изменений, обусловленных влиянием персистирующего аллергического воспаления и нарушением анатомических структур полости носа.

8. Доказана более высокая клиническая эффективность АСИТ у больных АР и БА после проведения септопластики (положительные результаты составили 80%) по сравнению с больными, которым операция не проводилась (положительные результаты – 50%).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Козаренко Е.А., Шевцов Е.А., Юнусов А.С., Рябинин А.Г. Возможности реабилитации больных, страдающих аллергическим ринитом, сопряженным с искривлением перегородки носа // Российская ринология. – 2009. – № 2. – С. 76–77.

2. Козаренко Е.А., Шевцов Е.А., Польшер С.А., Рябинин А.Г. Комплексное обследование и лечение больных, страдающих аллергическим ринитом, сопряженным с искривлением носовой перегородки // Сборник материалов научно-практических работ военно-медицинских учреждений органов ФСБ России /. Под ред. В.В. Добржанского М.: Военно-медицинское управление федеральной службы безопасности Российской Федерации, 2010. – С. 106–111.

3. Козаренко Е.А., Шевцов Е.А., Польшер С.А., Рябинин А.Г., Рябинин В.А. Клиническая реабилитация больных, страдающих аллергическим ринитом, сопряженным с искривлением носовой перегородки // Российская оториноларингология. – 2010. – Приложение № 2. – С. 311–314.

4. Козаренко Е.А., Шевцов Е.А., Польшер С.А., Рябинин А.Г., Рябинин В.А. Особенности обследования больных с аллергическим ринитом, бронхиальной астмой при наличии искривления перегородки носа // Российская ринология. – 2011. – № 2. – С. 31.

5. Козаренко Е.А., Шевцов Е.А., Польшер С.А., Рябинин А.Г., Рябинин В.А. Роль комплексного обследования больных с аллергическим ринитом, бронхиальной астмой при наличии искривления перегородки носа // Материалы XVIII Съезда оториноларингологов России. – 2011.– Т. 3. – С. 150-153.

6. Польшер С.А., Червинская Т.А., Рябинин А.Г., Шевцов Е.А., Козаренко Е.А., Рябинин В.А. Методические рекомендации по целесообразности и показаниям для проведения риносептопластики в лечении аллергического ринита и бронхиальной астмы. М.: ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, 2011.– 15 с.

7. Польшер С.А., Козаренко Е.А. Необходимость комплексного клинико-аллергологического обследования больных с искривлением носовой перегородки, аллергическим ринитом и бронхиальной астмой в предоперационном периоде // **Российский аллергологический журнал.** – 2011. – № 4. – Вып. 1. – С. 293–295.

8. Козаренко Е.А., Польшнер С.А. Влияние риносептопластики на клинико-функциональные показатели больных аллергическим ринитом, бронхиальной астмой и искривлением перегородки носа // **Врач-аспирант.** – 2012. – №4.3(53). – С. 391–397.

9. Козаренко Е.А., Польшнер С.А. Особенности проведения аллерген-специфической иммунотерапии у больных с аллергическим ринитом и искривлением перегородки носа // **Российский аллергологический журнал.** – 2012. – № 5. – Вып. 1. – С. 118–119.

10. Польшнер С.А., Козаренко Е.А., Шевцов Е.А. Влияние риносептопластики на клинико-аллергологические показатели больных аллергическим ринитом и бронхиальной астмой при искривлении перегородки носа // **Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова.** – 2012. – № 3. – С. 135–139.

11. Польшнер С.А., Козаренко Е.А., Шевцов Е.А. Целесообразность и место риносептопластики в комплексном лечении аллергического ринита и бронхиальной астмы // **Цитокины и воспаление.** – 2012. – Т. 12. – № 3. – С. 130–132.

12. Польшнер С.А., Козаренко Е.А., Шевцов Е.А. Эффективность риносептопластики в комплексном лечении больных с искривлением носовой перегородки, аллергическим ринитом и бронхиальной астмой // **Российский аллергологический журнал.** – 2012. – № 1. – Вып. 1. – С. 251–253.

Используемые сокращения: АЗ – аллергические заболевания, АР – аллергический ринит, АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия, БА – бронхиальная астма, ПАРМ – передняя активная риноманометрия, ФВД – функция внешнего дыхания.