



5. Обследование и лечение пациентов при сенсоневральной тугоухости сосудистого генеза обязательно проводить в коллегиальном контакте сурдолога-отоневролога, терапевта.
6. Считать обязательным проведение пролонгированного комплекса третичной профилактики при сенсоневральной тугоухости для предупреждения отрицательной динамики слуха.
7. С целью повышения качества жизни больного проводить современное слухопротезирование с выбором оптимальной модели слухового аппарата.
8. Периодически проводить оценку эффективности лечебно-реабилитационного комплекса при активном диспансерном наблюдении пациента с сенсоневральной тугоухостью.

Таким образом, использование алгоритма пролонгированного реабилитационного комплекса пациентам сурдологического профиля, проведение на качественно современном уровне третичной профилактики позволяет сохранить в стабильном состоянии функцию слуха и своевременно оказать помощь слухопротезированным больным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алгоритм индивидуального слухопротезирования / Г. А. Таварткиладзе, Н. В. Альпидовская, В. Б. Василенко и др. Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. Всерос. конф. – Самара. – 2003. – С. 180–181.
2. Анятин Р. Г. Реальная оценка результатов лечения больных с хронической кохлеарной недостаточностью / Р. Г. Анятин. Современные проблемы физиологии и патологии слуха. Международный симпозиум: Тез. докл. – М., 1993. – С. 101.
3. Загорянская М. Е. Значение систематического изучения эпидемиологии нарушений слуха для создания стандартов профилактики и лечения тугоухости и глухоты / М. Е. Загорянская, М. Г. Румянцев. // Рос. оториолар. Приложение. 2007. – СПб. – С. 134–139.
4. Кржечковская Г. К. Современные возможности реабилитации больных с нарушением слуха / Г. К. Кржечковская, Е. А. Приходько, А. В. Шереметова. Проблема реабилитации в оториноларингологии. Тр. Всерос. конф. Самара 2003. – С. 130.
5. Линьков В. И. Острая нейросенсорная тугоухость – вопросы этиологии, патогенеза и роль антигипоксанта в ее ранней терапии: Автореферат дис...докт. мед. наук. / В. И. Линьков. – Л., 1991. – 49 с.
6. Лопотко А. И. Фармакотерапия при сенсоневральной тугоухости / А. И. Лопотко, М. Ю. Бобошко. Пособие для врачей – СПб., 1999. – 22 с.

УДК: 616. 211–002. 193: 616. 248

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИМПТОМОВ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА, СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭНДОНАЗАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ И БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Ю. Ю. Самуйлов, Г. М. Портенко

*ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Росздрава
(Зав. каф. оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии –
проф. Г. М. Портенко)*

По данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки, так называемой, аллергической готовности, и научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний в популяции [2]. По степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни пациентов проблема аллергического ринита (АР) может считаться одной из самых актуальных. За последние два десятилетия заболеваемость АР выросла во всех странах в 3–4 раза, в том числе и в России [5, 7, 10].

Наличие сопутствующей эндонозальной патологии оказывает неблагоприятное влияние на течение АР в связи с прогрессированием нарушения носового дыхания. При длительном неконтролируемом течении АР и недостаточном эффекте проводимой терапии, постоянно протекающее при этом ремоделирование слизистой оболочки полости носа с возникновением необратимых изменений возможно является одним из основных, если не ведущим, фактором патогенеза полипозного риносинусита (ПРС) [12].



В настоящее время установлена прогностически неблагоприятная тесная взаимосвязь АР с бронхиальной астмой (БА), что предполагает существование единого заболевания верхних и нижних дыхательных путей «one airway, one disease» [1, 3, 4]. Этой актуальной проблеме посвящен опубликованный в 2001 году документ ВОЗ «Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA)» [11]. Сочетаемость АР с БА очень велика, так у 60–80% больных БА наблюдаются симптомы АР [8]. С другой стороны, доля больных АР, страдающих сопутствующей БА, значительно превышает частоту встречаемости БА в общей популяции [1]. АР многими авторами расценивается как предастматическое состояние [9,13]. Эти аспекты позволяют выделить новую нозологию – «Аллергический ринобронхит» или «Объединенная болезнь дыхательных путей» [14].

Цель работы. Оценить влияние на выраженность симптомов и характер течения аллергического ринита сопутствующей эндоназальной патологии и бронхиальной астмы.

Материалы и методы

Нами обследовано 183 пациента с АР, стационарно – 72 и амбулаторно – 111 человек. Констатировалась патология структур остеомеатального комплекса, полипозные изменения слизистой оболочки полости носа и наличие деформации носовой перегородки. Выраженность симптомов АР – затруднение носового дыхания, ринорея, чихание, зуд в носу – определяли по стандартной 4-х балльной шкале: 0 баллов – отсутствуют, 1 балл – слабые (присутствуют, но не причиняют неудобств), 2 балла – средней тяжести (причиняют неудобства, но не мешают нормальной дневной активности или сну), 3 балла – тяжёлые (причиняют значительные неудобства, мешающие нормальной дневной активности или сну) [6, 15]. Далее суммировали баллы для всех четырёх симптомов (общий счёт 4 симптомов – Total 4 Symptom Score – T4SS). В ходе работы использовалась специально разработанная карта обследования больного АР.

Результаты и их обсуждение

У обследованных больных АР была выявлена следующая сопутствующая патология: ПРС – 27 чел. (14,8%), БА – 33 чел. (18%), хронический синусит – 30 чел. (16,4%), персистенция аденоидов – 6 чел. (3,3%), искривление носовой перегородки – 59 чел. (32,2%). Видно, что частота внутриносовой патологии и БА у пациентов с АР достаточно высока.

Нами изучена зависимость выраженности симптомов АР от наличия сопутствующей внутриносовой патологии и/или БА (табл. 1). Описание данных, учитывая качественный их характер, проводилось посредством расчёта медианы (*Me*), нижнего (*LQ*) и верхнего (*UQ*) квартилей, с последующим представлением данных в формате *Me (LQ;UQ)*.

Таблица 1

Выраженность симптомов аллергического ринита в зависимости от наличия сопутствующей внутриносовой патологии и/или бронхиальной астмы

Аллергический ринит и сопут. патология	Число пациентов	Выраженность симптомов аллергического ринита в баллах				Общий счёт симптомов (T4SS)
		затруднение носового дыхания	ринорея	зуд в носу	чихание	
АР	88(48,1%)	2(1;2)	2(2;2)	1(1;2)	1(0;1)	6(5;6)
АР+Пат.ПН и ОНП	62(33,9%)	2(2;3)	2(2;3)	2(1;2)	1(0;1)	7(6;8)
АР+Пат.ПН и ОНП+БА	33(18%)	2(2;3)	2(2;3)	2(2;2)	1(1;1)	8(7;8)
Итого	183	2(1;2)	2(2;2)	2(1;2)	1(0;1)	6(6;7)
Метод Краскела-Уоллиса		p<0,001	p<0,001	p=0,196	p=0,050	p<0,001

Примечание: АР – аллергический ринит; Пат. ПН и ОНП – патология полости носа и околоносовых пазух; БА – бронхиальная астма; T4SS – общий счёт 4 симптомов.

Как видно из таблицы 1, суммарный балл всех симптомов (T4SS) превалирует при сочетании АР с какой-либо патологией полости носа и БА. При изолированном АР выраженность *затруднения носового дыхания* и *ринореи*, а также T4SS меньше, чем при сочетании АР с патологией полости носа и околоносовых пазух, а также БА. По таким симптомам, как зуд в носу и чихание различия между группами оказались статистически незначимыми.

На рисунке 1 представлено распределение T4SS у пациентов с АР в зависимости от наличия сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух и БА. Наглядно подтверждаются более высокие значения T4SS у больных АР, сочетающиеся с патологией полости носа и околоносовых пазух и БА. Так медиана, нижний и верхний квартили имели следующие значения: 1 группа – 6 (5;6), 2 группа – 7(6;8) и 3 группа – 8 (7;8) (рис. 1).

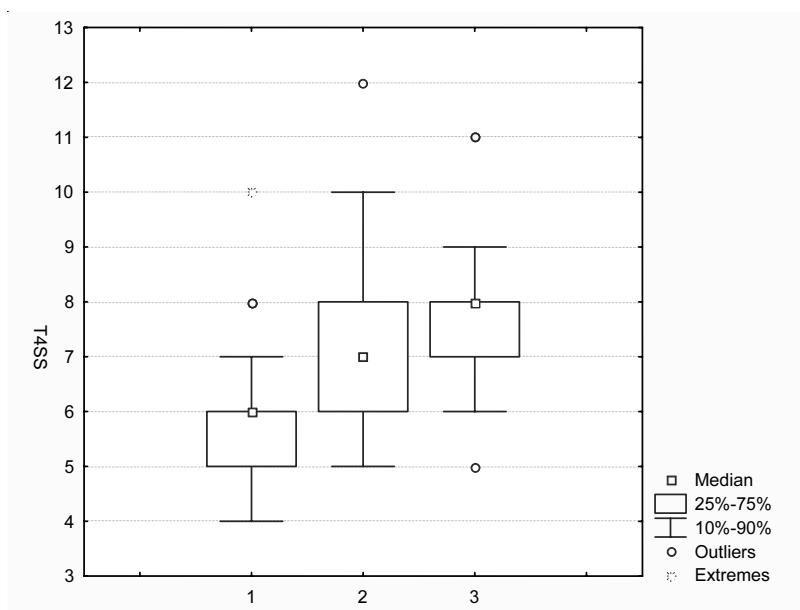


Рис. 1. Диаграммы диапазонов распределения T4SS у пациентов с аллергическим ринитом, сопутствующей патологией полости носа и околоносовых пазух и бронхиальной астмы.

Примечание: 1 – аллергический ринит; 2 – аллергический ринит + патология полости носа и околоносовых пазух; 3 – аллергический ринит+патология полости носа и околоносовых пазух и/или бронхиальная астма; Median – медиана; 25–75% – нижний и верхний квартили; 10– 90% Percentile – 10 и 90 процентиля; Outliers – выпадающие значения; Extremes – крайние значения.

Нами установлена также связь выраженности симптомов АР с длительностью заболевания (табл. 2).

Описание данных, учитывая качественный их характер, проводилось посредством расчёта медианы (Me), нижнего (LQ) и верхнего (UQ) квартилей с последующим представлением данных в формате Me (LQ;UQ) для характеристики рассеяния в выборке. Сравнение независимых групп проводилось методом Краскела-Уоллиса (для 3^х и более групп независимо от вида распределения по одному количественному или качественному порядковому признаку). Анализ корреляции T4SS и длительности заболевания проводился непараметрическим методом Спирмена, при этом коэффициент корреляции (r) был равен 0,49, что характеризуется как умеренная корреляционная связь при $p < 0,05$.

Из таблицы 2 видно, что различия между представленными группами, которые характеризовались как статистически максимально значимые, были выявлены по общей сумме симптомов (T4SS), а также по выраженности затруднения носового дыхания и ринореи. Соответственно максимальные показатели выраженности затруднения носового дыхания, ринореи и T4SS превалировали в группе пациентов с длительностью заболевания АР более 10 лет. Это вполне поддаётся логическому объяснению, так как при длительном неконтролируемом течении АР



постепенно происходит ремоделирование слизистой оболочки полости носа с увеличением количества бокаловидных клеток и развитием гипертрофии нижних носовых раковин. Выраженность же зуда в носу и чихания, наоборот, статистически значимо не увеличивается и даже несколько снижается, что связано, по-видимому, с развитием в результате хронического персистирующего иммунного воспаления слизистой оболочки полости носа дегенеративных изменений иннервирующих её нервных волокон.

Таблица 2

Связь длительности заболевания и выраженности симптомов аллергического ринита

Длительность заболевания	Число пациентов	Выраженность симптомов аллергического ринита в баллах				
		затруднение носового дыхания	ринорея	зуд в носу	чихание	T4SS
менее 5 лет	79	2 (1;2)	2 (2;2)	1 (1;2)	1 (0;1)	6 (5;6)
5–10 лет	80	2 (2;2)	2 (2;2)	2 (1;2)	1 (1;1)	7 (6;8)
более 10 лет	24	3 (2;3)	2 (2;3)	2 (1;2,5)	1 (0;1)	8 (7;8,5)
Всего	183	2 (1;2)	2 (2;2)	2 (1;2)	1 (0;1)	6 (6;7)
Метод Краскела-Уоллиса		$p < 0,001$	$p = 0,002$	$p = 0,149$	$p = 0,068$	$p < 0,001$

Примечание: – T4SS – общий счёт 4 симптомов.

Ниже представлены диаграммы диапазонов распределения длительности заболевания АР при сочетании с ПРС и/или БА (рис. 2).

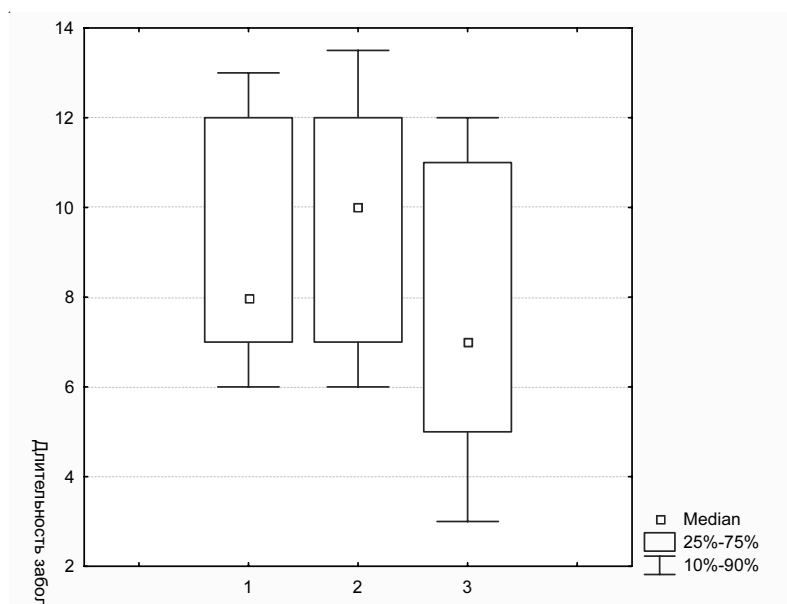


Рис. 2. Диаграммы диапазонов распределения длительности заболевания аллергическим ринитом при сочетании с полипозным риносинуситом и/или бронхиальной астмой.

Примечание: 1 – аллергический ринит+полипозный риносинусит($n=17$); 2 – аллергический ринит+полипозный риносинусит+бронхиальная астма($n=10$); 3 – аллергический ринит+бронхиальная астма($n=23$); median – медиана; 25–75% – нижний и верхний квартили; 10–90% – 10 и 90 процентиля.

Из рисунка 2 видно, что в группе 1 (АР+ПРС) длительность АР была 8(7;12) лет (медиана, нижний и верхний квартили), в группе 2 (АР+ПРС+БА) – 10(7;12) лет, в группе 3 (АР+БА) – 7(5;11) лет. Таким образом, наибольшая длительность АР отмечена при сочетании АР с ПРС и



БА – 10 (7;12) лет. Однако, при сравнение данных групп методом Краскела-Уоллиса статистически значимых различий между ними не найдено, что возможно связано с недостаточным количеством пациентов. В целом же, можно сказать, что отмечается тенденция более раннего возникновения у больных АР бронхиальной астмы по сравнению с присоединением ПРС.

Заключение

Наиболее частой сопутствующей патологией у пациентов с аллергическим ринитом является: искривление носовой перегородки (32,2%), бронхиальная астма (18%), хронический синусит (16,4%) и полипозный риносинусит (14,8%). Выраженность симптомов аллергического ринита зависит от наличия сопутствующей внутриносовой патологии и бронхиальной астмы. Показатели выраженности затруднения носового дыхания, ринореи и суммарный балл всех симптомов (T4SS) статистически значимо ($p < 0,05$) преобладают у пациентов с длительностью заболевания аллергическим ринитом более 10 лет, выявлена умеренная корреляционная связь – $r = 0,48$ ($p < 0,05$).

Таким образом, при лечении пациентов с аллергическим ринитом необходимо учитывать существенное влияние на течение заболевания сопутствующей патологии полости носа и околоносовых пазух, а также бронхиальной астмы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение сочетанной аллергической патологии верхних и нижних дыхательных путей / В. А. Белоглазов, А. Г. Балабанцев, М. А. Завалий и др. // Рос. ринология. – 2004. – №1. – С. 44–47.
2. Дробик О. С. Антигистаминные препараты в лечении сезонного аллергического ринита / О. С. Дробик // Рос. медицин. журн.. – Том 14. – №7. – 2006. – С. 562–566.
3. Елизарова Т. Е. Влияние аллергического ринита на течение бронхиальной астмы / Т. Е. Елизарова, А. В. Емельянов. Национальный конгресс по болезням органов дыхания (СПб., 2003) // Пульмонология. – 2003. – Приложение. – С. 6.
4. Зайков С. В. Аллергический ринит и бронхиальная астма – нерешённая проблема оториноларингологии и аллергологии / С. В. Зайков, Б. М. Пухлик // Рос. ринология. – 2002. – №4. – С. 21–24.
5. Ильина Н. И. Эпидемия аллергии – в чём причины / Н. И. Ильина. Наука и практика в оториноларингологии: Мат. V Всерос. науч.-практ. конф. // Вестн. оторинолар. – 2006. – №5. – Приложение. – С. 24–29.
6. Нестерова К. И. Клинико – экономическая оценка некоторых назальных глюкокортикостероидов, применяемых для коротких курсов лечения сезонного аллергического ринита / К. И. Нестерова, Н. В. Багишева // Рос. оторинолар. – 2006. – №5. – С. 16–23.
7. Польшнер С. А. Новое о сенной лихорадке / С. А. Польшнер // Энергия. – 2006. – №6. – С. 68–73.
8. Пухлик Б. М. Аллергический ринит и бронхиальная астма – взаимосвязанные заболевания / Б. М. Пухлик, В. Б. Русанова // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1999. – №3. – С. 186–189.
9. Распространенность брон-хиальной астмы и аллергического ринита среди взрослого населения Санкт-Петербурга / А. В. Емельянов, Г. Б. Федосеев, Г. Р. Сергеева и др. // Аллергология. – 2002. – №2. – С. 10–15.
10. Сидоренко И. В. Аллергический ринит / И. В. Сидоренко // Медицинский совет. – 2007. – №1. – С. 10–15.
11. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) / J. Bousquet, P. Van Cauwenberge, N. Khaltaev et al. // Allergy. – 2003. – Vol. 58. – P. 192–197.
12. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – 2007 / W. Fokkens, V. Lund, J. Mullol et al. // Rhinology. – 2007. – suppl. 20. – 136 p.
13. Lundblad L. Allergic rhinitis and allergic asthma: a uniform airway disease? / L. Lundblad // Allergy. – 2002. – V. 57. – №8. – P. 969–971.
14. Passalacqua G. United airways disease: therapeutic implications / G. Passalacqua, G. Ciprandi, G. W. Canonica // Thorax. – 2000. – Vol. 55. – P. 26–27.
15. Severe nasal polyposis and its impact on quality of life. The effect of a short course of oral steroids followed by long-term intranasal steroid treatment / I. Alobid, P. Benitez, L. Pujols et al. // Rhinology. – 2006. – Vol. 44. – №1. – P. 8–13.