

УДК 616.211.5-089.172

Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров, Ш.Ш. Туйдиев

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННЫХ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Кафедра оториноларингологии ТТМУ им. Абуали ибни Сино

Муродов Шамсиддин Донабоевич – докторант PhD кафедры оториноларингологии ТТМУ им. Абуали ибни Сино; тел.: (+992) 900-11-85-05; e-mail: murodovsh@inbox.ru

В данной статье проведен обзор литературы, посвященный вопросам диагностики и хирургического лечения деформаций перегородки носа, сочетанных с аллергическим ринитом. Освещены вопросы этиологии, эпидемиологии и клинических проявлений различного рода деформаций перегородки носа, сочетанных с аллергическим ринитом. Обсуждены разные подходы к вопросам консервативной терапии и особенно к хирургическому лечению деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом, в зависимости от тяжести клинических проявлений данной патологии.

Ключевые слова: деформация носовой перегородки, аллергический ринит, септопластика.

Sh.D. Murodov, M.I. Makhmudnazarov, MD Shoev, Z.Kh. Nazarov, Sh.Sh. Tuidiyev

THE CURRENT STATE OF THE DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF NASAL SEPTUM DEFORMATION ASSOCIATED WITH ALLERGIC RHINITIS

Department of Otorhinolaryngology, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Murodov Shamsiddin Donobayevich - Ph.D., Department of Otorhinolaryngology of Avicenna Tajik State Medical University; tel. (+992) 900-11-85-05; e-mail: murodovsh@inbox.ru

The paper presents a literature review on a topic of diagnosis and surgical treatment of nasal septum deformations associated with allergic rhinitis. It discusses issues of etiology, epidemiology and clinical manifestation of various deformations of nasal septum associated with allergic rhinitis. The paper also discusses different approaches to conservative therapy and surgical deformation of nasal septum associated with allergic rhinitis in relation to the severity of the pathology

Keywords: deformation of the nasal septum, allergic rhinitis, septoplasty.

Одним из самых загадочных органов, созданных природой, является нос и окружающие его малые и большие воздушные полости. Каждое анатомическое образование в полости носа несет определенную физиологическую нагрузку. Из всех воздухоносных отделов, наибольшее значение в очищении вдыхаемого воздуха придается полости носа, которая в первую очередь обеспечивается транспортной и бактерицидной функциями. Сложная конфигурация носовых ходов и раковин, турбулентный характер движения воздуха, способствуют осаждению частиц на слизистой оболочке верхних дыхательных путей (ВДП), поэтому их защитная функция формируется, как реакция, направленная на поддержание нормальной деятельности ды-

хательной системы и благодаря бактерицидным свойствам слизи, вырабатываемой бокаловидными клетками, способствует частичному обезвреживанию бактерий [6, 8, 12, 43].

Носовое дыхание – нормальный физиологический акт. Рефлексы, возникающие со слизистой оболочки полости носа, регулируют и поддерживают нормальную жизнедеятельность всего организма в целом. Длительное нарушение носового дыхания приводит к целому ряду проблем, включая развитие различных форм хронического ринита, патологии околоносовых пазух, слуховой трубы и среднего уха, воспалительных заболеваний глотки, гортани, а также нижних отделов дыхательных путей, отрицательно сказывается на функциональном

состоянии сердечнососудистой системы, приводит к целому комплексу неврологических расстройств [14, 16, 28].

Определяющей, в транспортной активности слизистой оболочки полости носа, является функциональная активность мерцательного эпителия за счет полноценного движения ресничек, которая обеспечивается многими факторами, в том числе объемом слизи, уровнем ее pH, температурой полости носа, влажностью поверхности эпителия, отсутствием механических факторов воздействия на эпителий слизистой оболочки [11, 13, 48].

Ключевой структурой, которая определяет нос, как парный орган, является перегородка носа (ПН), обеспечивающая цикличность и симметричность деятельности полости носа и всех его функций. Носовая перегородка – анатомическое образование, занимающее центральное место в полости носа. Разделяя носовую полость на две половины, перегородка носа создает парность органа. Регулируясь носовым циклом, эти «органы» функционируют с полной нагрузкой попеременно. Полноценный цикл возможен только при правильном положении перегородки носа [28, 40, 50].

Деформация перегородки носа — это одна из наиболее часто встречающихся патологий как в современной практике, так и в истории оториноларингологии. За последние 15-20 лет частота возникновения болезней носа и околоносовых пазух выросла более чем в 10 раз, в том числе и за счёт искривления носовой перегородки. Искривление перегородки носа встречается достаточно часто, до 22,4% от общей назальной патологии, выявляемой при передней риноскопии. Деформация носовой перегородки вызывает нарушение носового дыхания, что может приводить к морфологическим изменениям строения слизистой оболочки носовой полости [22, 25, 37].

Изменение архитектоники полости носа, обусловленной деформацией перегородки носа, влияет на характер распределения воздушного потока в полости носа при дыхании. Искривление перегородки носа является одной из самых распространенных эндоназальных патологий. Деформация носовой перегородки прежде всего вызывает нарушение функции носового дыхания, способствует гипертрофии носовых раковин, вазомоторных изменений в носу, а также формированию хронического ринита и риносинусита. Причинами такой частой деформации перегородки носа могут быть аномалии развития лицевого скелета, рахит, травмы и др. В связи с тем, что перегородка носа

состоит из различных хрящевых и костных структур и сочетанное развитие всех этих компонентов встречается исключительно редко, именно несогласованные темпы развития лицевого скелета в детском возрасте и определяют одну из главных причин её искривления [23, 26, 42].

Варианты деформаций носовой перегородки весьма разнообразны и трудно подвергнуть их научно-аргументированной классификации. По этиологическому признаку принято выделять посттравматические и нетравматические деформации. Причиной нетравматических деформаций чаще всего является несоответствие роста носовой перегородки и окружающих ее костей лицевого скелета. Гребни и шипы формируются в основном в области костно-костных и костно-хрящевых швов, а девиации

хряща образуются при несоответствии скорости его роста и скорости развития костной рамки, в которую заключены его задненосные отделы [24, 27, 49].

М. Cottle (1958) выделяет четыре группы девиаций перегородки носа: подвывих, костный шип, отклонение в заднем отделе, сдавленная перегородка. Такое разделение не позволяет охватить все клинические аспекты деформаций носовой перегородки. В детской практике использовалась классификация L. Gray (1978): А — нет искривления, В — искривление на одной стороне, С — искривление с двух сторон [43, 45].

По степени выраженности Г.С. Протасевич (1979) предлагает разделять деформации следующим образом: 1 степень - незначительное отклонение перегородки от средней линии; 2 степень – наиболее искривленный участок перегородки находится примерно на середине расстояния между средней линией и латеральной стенкой полости носа; 3 степень – деформированная перегородка соприкасается с латеральной стенкой полости носа. Недостатком данной классификации является то, что при гипертрофии носовых раковин латеральная стенка носовой полости практически соприкасается с перегородкой носа, тем самым затрудняет определение степени искривления последней [26].

А.С. Лопатин (1994) с учетом всего многообразия нетравматических деформаций перегородки носа, которые складывается из пяти основных видов или их сочетаний выделяет следующие разновидности: 1) С-образная девиация, 2) S-образное искривление, 3) гребень, 4) вывих четырехугольного хряща, 5) утолщение (бугор) носовой пере-

городки. В эту схему не укладываются сложные посттравматические переломы носовой перегородки, когда отломки находятся под разными углами и накладываются друг на друга. Тем не менее, предлагаемая схема в большинстве случаев удобна для систематизации видов деформаций и правильного выбора хирургической коррекции перегородки носа [17].

По этиологическому признаку принято выделять посттравматические и нетравматические деформации. Причиной нетравматических деформаций чаще всего является несоответствие роста носовой перегородки и окружающих ее костей лицевого скелета. Гребни и шипы формируются в основном в области костно-костных и костно-хрящевых швов, а девиация хряща образуется при несоответствии скорости его роста и скорости развития костной рамки, в которую заключены его задненижние отделы [17, 26, 42, 45, 48].

Gray L.P. (1978 г.) встречал данную патологию в 79% случаев при исследовании 2112 взрослых. По результатам исследований R. Mladina (1997), патологическая деформация перегородки носа встречается у 68% взрослого населения. Воробьев А.А. и Моренко В.М. (2007 г.) при обследовании 2153 взрослых выявили искривление перегородки носа у 58,5% осмотренных (39,2% женщин и 76,3% мужчин) [45, 48].

По данным Махмудназарова М.И. (2014), среди всех госпитализированных больных (2004-2014г) в ЛОР отделении Национального медицинского центра РТ с ринологической патологией 68% составили пациенты с искривлением носовой перегородки, что подтверждает распространенность этого заболевания и в Таджикистане [18].

Как известно, одной из самых частых причин хирургической коррекции внутриносовых структур является затруднение носового дыхания, патогенез которого теснейшим образом связан с состоянием носовой перегородки. От 13 до 31% больных отоларингологических отделений госпитализируются для хирургического лечения искривления перегородки носа. Хирургическая коррекция искривлений перегородки носа является одним из самых частых оперативных вмешательств на ЛОР-органах, составляя до 40% всех операций в отделениях оториноларингологии. Данная операция не только улучшает носовое дыхание, но и облегчает в большинстве случаев лечение заболеваний других ЛОР-органов и систем [8, 18, 46].

Основоположником реконструктивной хирургии носовой перегородки является В.И. Воячек

(1941). Он предложил несколько способов коррекции перегородки: «мобилизация», «циркулярная резекция», «редрессация», «частичная подслизистая резекция». Эти методы позволили в целом ряде случаев эффективно оперировать на перегородке носа, практически полностью сохраняя ее опорные структуры [6].

На основе работ Cottle (1958) было разработано и внедрено в практику множество методик консервативной (щадящей) септопластики, что положительно сказывается на течении послеоперационного периода, уменьшении послеоперационных осложнений [43].

В настоящее время широкое распространение получил способ септопластики, заключающийся в хирургическом устранении деформации с последующим восстановлением скелета перегородки носа с применением ауто- и аллотрансплантатов (удаленные участки хряща и кости перегородки), синтетических материалов, с возможным применением видеоэндоскопической техники [34, 38, 47].

Gandomi B и соавт. (2010 г.), проанализировав исходы собственных операций, проведенных 3 и 6 месяцев назад, пришли к выводу, что значительное улучшение носового дыхания, по данным NOSE, происходит через 3 месяца после септопластики. Некоторое улучшение симптомов продолжалось до 6 месяцев [44].

Для облегчения назальной обструкции у пациентов с искривлением носовой перегородки и компенсаторной гипертрофией носовых раковин септопластика в сочетании с хирургией носовых раковин более эффективна, нежели только септопластика.

Лечение искривления перегородки носа хирургическим путем имеет высокую степень результативности в том, что касается удовлетворенности пациента носовым дыханием, особенно, если деформация локализуется в области нижнего отдела перегородки или носового клапана [10, 27, 34].

Таким образом, анализ специальной литературы свидетельствует, что проблема хирургического лечения больных с искривлением носовой перегородки остаётся остро дискуссионной. Она включает в себя не только выбор оптимального метода септопластики, но и вопросы одномоментного замещения опорных структур, подвергшихся удалению, с последующей профилактикой послеоперационных осложнений. В этой связи перспективна разработка щадящих и функционально обоснованных способов модифицированных оперативных вмешательств, позволяющих восстановить носовую

вое дыхание с одномоментным восстановлением каркаса опорных тканей носовой перегородки и значительно снижающих количество послеоперационных осложнений [18, 23, 49].

В последние годы проблема аллергического ринита приобретает все большее клиническое и социальное значение в связи с общим ростом числа аллергических заболеваний. Так, по данным ВОЗ, более 40% населения развитых стран имеют признаки аллергической готовности. В настоящее время частота аллергического ринита в общей популяции составляет 10–20%. При этом научные прогнозы свидетельствуют о дальнейшем росте уровня аллергических заболеваний [1, 5, 9].

Аллергический ринит (АР) характеризуется наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном и клинически проявляющегося обильной ринореей, затруднением носового дыхания, зудом в полости носа, повторяющимся чиханием и нередко гипо- и аносмией. АР представляет серьезную медицинскую проблему в связи с широким распространением, ежегодным повсеместным ростом заболеваемости, частыми осложнениями, а также резким снижением трудоспособности и качества жизни пациентов [4, 19]. Заболевание представляет собой совокупность симптомов, среди которых особое место занимают чихание, заложенность носа, ринорея, кашель и затекание патологического содержимого в полость глотки. Кроме того, больные предъявляют жалобы на головную боль, утомляемость, нарушение сна, потерю обоняния, а также когнитивные расстройства, которые значительно ограничивают физические, психологические и социальные аспекты жизни пациентов [3, 20, 33].

Хроническая назальная обструкция и персистирующая ринорея при аллергическом рините могут приводить к стойким нарушениям сна, в том числе и к синдрому апноэ, который в сочетании с утомляемостью сопровождается системными проявлениями такими, как раздражительность, слабость, недомогание, снижение аппетита, аномалии развития в пубертатном периоде, сексуальные нарушения, что в конечном итоге приводит к значительному ухудшению качества жизни больного [35, 44].

В настоящее время этиологические факторы аллергического ринита (АР) хорошо изучены. Выделяют две основные формы заболевания: сезонный аллергический ринит (САР) и круглогодичный

аллергический ринит (КАР). Этиология САР связана с климатогеографическими условиями, видовым составом растений, календарем их цветения, аллергенностью пыльцы. В развитии КАР определяющее значение придается внутрижилищным аллергенам: клещам домашней пыли, эпидермису животных, тараканам, плесневым грибам и др [7, 15, 41].

Одной из важных причин роста АР является ухудшение экологии. Срезовые факторы, в частности воздействие продуктов сгорания топлива автотранспорта, табачный дым, промышленные, химические и другие выбросы содержат соединения, которые обладают сенсibilизирующим действием, оказывают иммуносупрессивное и иммуноотоксическое действие [21, 39].

Известно, что пыльца растений является важной причиной сезонного аллергического ринита (САР). Растительная пыльца может действовать как загрязняющее воздух вещество, которым мы дышим. Пыльца может взаимодействовать с компонентами, загрязняющими атмосферу, вызывая развитие симптомов АР [29, 32].

Трудно не согласиться с высказываниями крупных ученых о том, что аллергия — это рукотворная болезнь, которая развивается параллельно с ростом цивилизации» [31, 36].

Анализ данных литературы свидетельствует о неуклонном росте АР среди всех возрастных групп, причем ее распространенность существенно превышает данные официальной медицинской статистики [6, 19, 30].

Эпидемиологические исследования, проведенные в различных регионах России [5] говорят о том, что atopические заболевания, как сенная лихорадка, наиболее типичны для богатых, а не для бедных и скорее для городских жителей, чем сельских и распространены больше на Западе, чем на Востоке [15].

Симптомы АР, оказывая влияние на сон, учебу и работу, негативно отражаются на качестве жизни пациентов (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): 2010). У взрослых пациентов снижение качества жизни обусловлено быстрой утомляемостью, снижением жизненного тонуса, ухудшением самочувствия и проблемами социального характера; у детей — нарушением способности к обучению, беспокойством, трудностями при общении со сверстниками и ухудшением отношений внутри семьи. С другой стороны, заболевание ложится тяжелым экономическим бременем как на самого пациента, так и на систему здравоохране-

ния в целом. К примеру, распространенность АР в США составляет 31% и приводит к значительному финансово-экономическому ущербу, куда входят финансовые затраты на посещения врача, стоимость курса лечения, а также 3,5 млн дней нетрудоспособности и 2 млн пропущенных дней в школе [5, 14, 29, 41, 47].

Все это свидетельствует о важности проблемы АР для практического здравоохранения и объясняет пристальное внимание к ней педиатров, аллергологов, оториноларингологов и врачей других специальностей. Известно, что больные с АР и другими аллергическими заболеваниями в первую очередь обращаются за медицинской помощью к врачам первичного звена здравоохранения — участковым терапевтам, семейным врачам, врачам скорой помощи. Даже если часть из них обращается за консультацией к оториноларингологам, аллергологам, постоянным наблюдением этих больных все равно занимаются врачи общего профиля [32, 39, 50].

Таким образом, доступность, качество и эффективность оказания медицинской помощи этой категории пациентов напрямую зависит от знаний и умений врачей первичного звена [27, 34]. Одновременно имеют место и неправильные, далекие от современных рекомендаций, подходы к терапии АР. К сожалению, повсеместно встречается и другой факт: игнорирование врачом симптомов АР у пациента, что в итоге приводит к неумному использованию больными деконгестантов, развитию тяжелых форм АР. Не будем забывать, что важным является вопрос о связи АР и бронхиальной астмы (БА). Установлены факты, указывающие на взаимосвязь этих заболеваний: высокая частота встречаемости (в 60% случаев) сочетанной патологии — БА и АР; пациенты, страдающие АР и БА, в 3,5 раза чаще обращаются за неотложной помощью в связи с обострением БА, чем пациенты с изолированным течением БА [4, 10, 21].

По прогнозу ВОЗ, в течение XXI века аллергические заболевания займут второе место в мире, удельный вес сезонных аллергических ринитов (САР) среди них достигает 29% [30, 43].

Большое клиническое значение имеет сочетание АР с другими заболеваниями дыхательной системы. Причем наиболее важными являются те заболевания, которые резко утяжеляют характер течения ринита, усугубляют уровень опосредованной астмой гипоксии, снижают эффективность стандартных терапевтических подходов. В 87,7% случаев отмечается сочетание нескольких

форм аллергических заболеваний [2], развитие полисенситизации, присоединение различных инфекционных осложнений, иммунологических расстройств. У детей, страдающих АР, в 70% случаев поражаются околоносовые пазухи, в 30—40% диагностируют аденоидиты, в 30% — рецидивирующие и экссудативные средние отиты, в 10% — заболевания гортани (в том числе рецидивирующие стенозы) [9, 19, 41].

Особую тревогу вызывает увеличение заболеваемости АР, т.к. он при несвоевременном выявлении и лечении может трансформироваться в более тяжелое заболевание — бронхиальную астму (БА). Существует несомненная связь между аллергическими заболеваниями верхних и нижних дыхательных путей (синусит—астма—ринит) [2, 24].

Одним из таких заболеваний, которое сочетается с АР, является искривление перегородки носа. Перед врачом часто возникают терапевтические дилеммы при работе с пациентом, у которого АР сочетается с искривлением перегородки носа. Если искривленная перегородка полностью перекрывает носовую полость, ответ очевиден. Если деформация менее выражена, выбор метода лечения представляется более сложным. К сожалению, данные истории болезни и медицинского осмотра обычно оказываются недостаточными для того, чтобы дать окончательный ответ [14, 74].

Острые гребни и шипы на перегородке носа, контактирующие с латеральной стенкой полости носа, часто могут быть причиной хронического реактивного отека слизистой оболочки. Искривление перегородки носа не только затрудняет носовое дыхание, но и препятствует как элиминации аллергена, так и адекватной доставке топических препаратов во все отделы полости носа [35, 48].

Chung (2007 г.) и соавт. при ретроспективном анализе медицинской документации больных, которым была произведена эндоскопическая септопластика по поводу искривления перегородки носа, выявили аллергический ринит у 55,2% пациентов [41].

По данным A.D. Karatzanis и соавт. (2009 г.), за период исследования ими проведена септопластика 149 пациентам, из которых 62 человека были с аллергическим ринитом и у 87 аллергии не было. Все участники прошли переднюю активную риноманометрию (ПАРМ) и оценили тяжесть своих симптомов по шкале оценки симптомов закупорки носовых ходов NOSE (*англ.* NOSE – Obstruction Symptom Evaluation Scale) до и после проведения септопластики. Пациенты были разделены на две

группы в зависимости от статуса АР. Между симптомами и риноманометрическими данными были сделаны сравнения. После септопластики субъективное улучшение дыхания (снижение баллов по шкале NOSE) наблюдалось в обеих группах, причем уменьшение симптоматики было более существенным в группе искривления перегородки носа. Воздушный поток по измерениям, осуществленным во время передней активной риноманометрии, увеличился на стороне искривления после септопластики в обеих группах. В группе пациентов с искривлением перегородки носа увеличение было значительно более высоким, чем в группе больных, у которых искривление перегородки носа сочеталось с АР. Исследователи пришли к выводу, что хирург должен соблюдать осторожность при лечении пациентов с аллергическим ринитом и искривлением носовой перегородки. Они со значительной долей вероятности будут проявлять меньшую удовлетворенность результатами септопластики по сравнению с пациентами, не страдающими аллергией. В таких случаях приоритетной задачей должно стать адекватное решение вопросов, связанных с лечением аллергического ринита [46].

Исходя из выводов Влайкова А. и соавт. (2016) можно констатировать, что симптомы аллергического риносинусита могут значительно влиять на субъективную оценку благополучия пациента, страдающего данной патологией. Во время сна пациенты с поллинозом отмечали значительное ухудшение состояния в результате беспокоящей их назальной обструкции и затруднения носового дыхания, что в свою очередь приводило к постоянному ощущению физической усталости. Пациенты с аллергическим ринитом нуждаются в объективной оценке степени их нетрудоспособности. В исследовании, проведенном нами, установлено значительное ухудшение качества жизни пациентов с аллергическим ринитом в сравнении с клинически здоровыми людьми. Пациенты с интермиттирующим поллинозом показали несколько более выраженное ухудшение качества жизни на фоне клинической манифестации заболевания по сравнению с обследованными, страдающими персистирующим аллергическим ринитом [5].

Однако все еще существует много мнений, касающихся случаев искривления носовой перегородки и гипертрофии носовых раковин вследствие аллергического ринита. В одном исследовании пациенты с искривлением носовой перегородки и сопутствующим аллергическим ринитом сообщали о меньшем облегчении симптомов после септопластики [34, 36].

Все предшествующие исследования были нацелены на оценку влияния аллергического ринита на септопластику. Kim S.W. и соавт. (2011 г.) в своем исследовании оценили влияние септопластики на клиническое течение аллергического ринита. Они сравнили изменение симптоматики посредством VAS (*англ.* Visual Analogue Scale – визуальная аналоговая шкала), изменение количественных показателей, применяемых лекарственных средств, степень улучшения качества жизни методом анкетирования пациентов, которым были выполнены септопластика и радиочастотная турбинопластика (62 человека), и тем, которым была проведена только турбинопластика по поводу аллергического ринита (26 человек) [47].

Количественные показатели, характеризующие объем применяемых лекарственных препаратов в течение предшествующих 6 месяцев до проведения операции, были проверены путем использования системы ARMS (*англ.* Average Rescue Medication Score – определение среднего количества препаратов, требующихся для купирования симптомов). Сравнение данных ARMS до и после операции показало, что все субъекты исследования в обеих группах продемонстрировали улучшение показателей по приему лекарственных средств после проведения операции, но существенных отличий между группами выявлено не было [35, 49].

Основные оценки по VAS в каждой из групп в принципе не отличались. В обеих группах было выявлено значительное улучшение оценочных баллов по VAS для всех симптомов назальной обструкции, ринореи, зуда и чихания до и после операции. Изменения по VAS показали, что в группе, где проведена септопластика, значительно улучшилось носовое дыхание. Изучение данных риноастматического анкетирования (*англ.* Rhinasthma Questionnaire) определило, что качество жизни в группе, где проведена септопластика, улучшилось в значительно большей мере по сравнению с другой группой [28, 39]. Полученные результаты авторы объясняют улучшением мукоцилиарного транспорта, которое могло способствовать своевременному выведению аллергенных материалов из носовой полости и восстановлению нормального воздушного потока, что способствовало снижению инфильтрации воспалительных клеток с вогнутой стороны искривленной носовой перегородки [2, 30].

Еще один важный момент состоит в том, что

топические противоаллергические аэрозольные препараты могут достигать слизистую носа лучше, чем раньше, благодаря устранению механического препятствия. В этом исследовании было продемонстрировано, что по нескольким компонентам, относящимся к медицинским препаратам, оценка по рино-астматической шкале значительно улучшилась. По этой причине возросшая эффективность топических стероидов могла уменьшить до минимума необходимость приема других препаратов, и что способствовало бы улучшению качества жизни. В результате возросшего противоаллергического эффекта качество жизни, связанное с аллергическими симптомами, такими как слизисто-водянистые выделения из носа, чихание, першение, также могло быть улучшено. Подобная тенденция была обнаружена в количественных показателях применяемых лекарственных средств [4, 10, 19].

Лечение АР представляет большую трудность в связи с многообразием общих и местных причин, вызывающих его развитие. Поэтому трудно создать условия одновременного воздействия на все звенья сложной цепи патогенеза заболевания, и поэтому необходимо глубокое аллергологическое обследование больных, страдающих ринитами, перед операцией на перегородке носа или носовых раковинах [14, 21, 29].

Рассматривая показания к хирургическому вмешательству на деформированной носовой перегородке при наличии сопутствующего аллергического ринита, следует помнить, что операция в этом случае способна значительно улучшить носовое дыхание, устранить факторы, травмирующие слизистую оболочку носа, но не всегда оказывает воздействия на аллергическое воспаление [9, 31].

Литературные сведения, затрагивающие вопросы взаимосвязи между аллергическим ринитом и деформацией перегородки носа, а также о функциональном состоянии носа и морфологических изменениях слизистой носа при сочетании деформации перегородки носа с аллергическим ринитом освещены пока недостаточно. Мы обнаружили только 3 исследования, посвященных этой проблеме [46, 47, 50].

Обобщая литературные данные о распространенности искривления перегородки носа, сочетанного с аллергическим ринитом, следует отметить, что наблюдается тенденция к их постоянному росту, и это представляет не только серьезную медицинскую проблему, но и создает экономические трудности для больных, влияет на качество жизни пациентов [6, 17, 39].

Из вышеизложенного следует, что вопросы комплексного лечения (хирургического и терапевтического) при деформациях носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом на сегодня еще недостаточно изучены и решение этого вопроса до настоящего времени, остается дискуссионным. Поэтому продолжение научной работы, направленной на повышение эффективности диагностики, хирургического лечения и послеоперационной терапии больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, является весьма актуальной для отечественной оториноларингологии и требует своего решения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА (пп. 26-35 см. в REFERENCES)

1. Белых Н.А. Аллергический ринит у детей: современные подходы к диагностике, лечению и профилактике // Современная педиатрия. - 2015. - Т. 72, №8 (72). - С. 22.
2. Бодня О.С., Ненашева Н.М. В помощь практикующему врачу: ведение пациентов с аллергическим ринитом на амбулаторном этапе // Астма и аллергия. - 2015. - №4. - С. 34-40.
3. Буйнова С.Н., Дампилова О.В. Сравнительная оценка распространенности бронхиальной астмы и аллергического ринита у детей в городах Иркутске и Улан-Удэ // Сибирский медицинский журнал. - 2013. - №6. - С. 135-137.
4. Влайков А., Вичева Д., Димов П., Стоянов В. Оценка качества жизни пациентов с аллергическим ринитом // Рос. Ринология. - 2016. - №1. - С. 38 – 42.
5. Гаджимирзаев Г.А., Гаджимирзаева Р.Г. О причинах поздней диагностики, трудностях и ошибках при курации больных аллергическим ринитом и риносинуситом. Аналитический обзор и собственные исследования // Рос. оториноларингология. - 2016. - №1. - С. 19-20.;
6. Гюсан А.О. Ошибки и осложнения хирургической коррекции перегородки. Рос. ринология. - 2009. - №3. - С. 40-45.
7. Дробик О.С. Ведение пациентов с atopическими заболеваниями врачами первичного звена // Consilium medicum. - 2013. - №15. - С. 41-44.
8. Дробик О.С., Фомина Д.С., Горякина Л.А., Насунова А.Ю. Круглогодичный аллергический ринит — «простой» насморк? Эффективная фармакотерапия // Аллергология и иммунология. - 2012. - №1. - С. 38-45.
9. Кастыро И.В. Метод определения цикадианного индекса у пациентов, перенесших септопластику // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2013. - №2. - С. 35-38.
10. Кастыро И.В., Демина Е.Н., Гулинов К.А. Боловой синдром и вегетативный ответ после септопластики

костного отдела перегородки носа // Российский журнал боли. - 2014. - №1. - С. 36.

11. Козаренко Е.А., Рябинин А.Г., Юнусов А.С., Рябинин В.А. Эффективность лечения аллергического ринита у больных с искривлением перегородки носа // Российская ринология. - 2014. - Т. 22, №2. - С. 7-8.

12. Кузнецова Л.В. Выбор антигистаминной терапии при лечении больных сезонным аллергическим ринитом // Семейная медицина. - 2015. - №2. - С. 162.

13. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Аржиев Х.Ш., Поляева М.Ю. Хирургическая тактика при интраоперационных разрывах слизистой оболочки перегородки носа (часть I) // Вестник оториноларингологии. - 2012. - №5. - С. 38-41.

14. Махмудназаров М.И. Хирургическая коррекция деформаций носа и носовой перегородки // Душанбе.: Ирфон. 2016. С. 143-154.

15. Насунова А.Ю., Дробик О.С. Аллергический ринит. Возможности превентивной терапии // Фарматека (специальный выпуск: аллергология и иммунология). - 2013. - С. 75-77.

16. Нестерова А.В., Нестеров А.С. Иммунопатогенетич. особенности аллерг. ринита при сочетании с атопич. бронхиал. астмой у детей // Соврем. проблемы науки и образования. - 2012. - №5. - С. 42-45.

17. Нестерова К.И., Нестерова А.А. Место топических антигистаминных препаратов при сезонном аллергическом рините // Дневник казанской медицинской школы. - 2015. - №1. - С. 88-92.

18. Пальчун В.Т. Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Руководство Оториноларингология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 289-357.

19. Панкова В.Б., Федина И.Н., Серебряков П.В., Преображенская Е.А., Гришин О.Н. Методические подходы к оценке риска формирования патологии верхних дыхательных путей у работников пылеопасных производств // Вестник оториноларингологии. 2015. С. 28-31.

20. Соболев А.В., Аак О.В. Диагностика и лечение аллергического ринита, осложненного инфекцией дыхательных путей // Вестник оториноларингологии. - 2014. - №4. - С. 59-62.

21. Тихонова Р.З., Файзуллина Р.М. Гиперреактивность бронхиального дерева у детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом // Доктор.Ру. - 2015. - №7. - С. 15-18.

22. Токмачев Е.В., Бурлачук В.Т., Будневский А.В. Исследование эффективности комплексной терапии бронхиальной астмы в сочетании с аллергическим ринитом // Врача-спирит. - 2014. - Т. 63, №2.3. - С. 444-450.

23. Трущенко Н.В. Аллергический ринит: простой «просто насморк» // Астма и аллергия. - 2014. - №1. - С. 19-20.

24. Трущенко Н.В. Аллергический ринит: современный взгляд на патогенез, диагностику и лечение // Астма и аллергия. - 2014. - №1. - С. 3-9.

25. Шуляк М.А. Молекулярная диагностика боль-

ных полипозным риносинуситом, который развивается на фоне круглогодичного аллергического ринита // Медицина и образование в Сибири. - 2014. - №5. - С. 39.

REFERENCES

1. Belykh N.A. Allergicheskii rinit u detei: sovremennye podkhody k diagnostike, lecheniyu i profilaktike [Allergic rhinitis in children: modern approaches to diagnosis, treatment and prevention]. Sovremennaya pediatriya - Modern Pediatrics, 2015, Vol. 72, No. 8 (72). pp. 22.

2. Bodnya O.S., Nenasheva N.M. V pomoshch' praktikuyushchemu vrachu: vedenie patsientov s allergicheskim rinitom na ambulatornom etape [To help the practitioner: management of patients with allergic rhinitis in the outpatient stage]. Astma i allergiya - Asthma and Allergies, 2015, No. 4. pp. 34-40.

3. Buinova S.N., Dampilova O.V. Sravnitel'naya otsenka rasprostranennosti bronkhial'noi astmy i allergicheskogo rinita u detei v gorodakh Irkutske i Ulan-Ude [Comparative assessment of the prevalence of asthma and allergic rhinitis in children in the cities of Irkutsk and Ulan-Ude]. Sibirskii meditsinskii zhurnal - Siberian Medical Journal, 2013, No.6. pp. 135-137.

4. Vlaikov A., Vicheva D., Dimov P., Stoyanov V. Otsenka kachestva zhizni patsientov s allergicheskim rinitom [Evaluation of the quality of life of patients with allergic rhinitis]. Ros. Rinologiya - Russian Rhinology, 2016, No.1. pp. 38 - 42.

5. Gadzhimirzaev G.A., Gadzhimirzaeva R.G. O prichinakh pozdnei diagnostiki, trudnostyakh i oshibkakh pri kuratsii bol'nykh allergicheskim rinitom i rinosinusitom. Analiticheskii obzor i sobstvennye issledovaniya [On the causes of late diagnosis, difficulties, and errors in the management of patients with allergic rhinitis and rhinosinusitis. Analytical review and own research]. Ros. Otorinolaringologiya - Russian Otorhinolaryngology, 2016, No.1. pp. 19-20.;

6. Gyusan A.O. Oshibki i oslozhneniya khirurgicheskoi korrektsii peregorodki [Errors and complications of surgical correction of the nasal septum]. Ros. Rinologiya - Ros. Rhinology, 2009, No. 3. pp. 40-45.

7. Drobik O.S. Vedenie patsientov s atopicheskimi zabolevaniyami vrachami pervichnogo звена [Management of patients with atopic diseases by primary care physicians]. Consilium medicum, 2013, No.15. pp. 41-44.

8. Drobik O.S., Fomina D.S., Goryachkina L.A., Nasunova A.Yu. Kruglogodichnyi allergicheskii rinit — «prostoi» nasmark? Effektivnaya farmakoterapiya [Круглогодичный аллергический ринит - «простой» насморк? Эффективная фармакотерапия]. Allergologiya i immunologiya - Allergy and Immunology, 2012, No.1. pp. 38-45.

9. Kastyro I.V. Metod opredeleniya tsikadiannogo indeksa u patsientov, perenesshikh septoplastiku [Method for determining cicadian index in patients undergoing septoplasty]. Byulleten' VSNTs SO RAMN - Bulletin of VSNC SO RAMS, 2013, No.2. pp. 35-38.

10. Kastyro I.V., Demina E.N., Gulinov K.A. Bolevoi sindrom i vegetativnyi otvet posle septoplastiki kostnogo otdela peregorodki nosa [Pain syndrome and vegetative response after septoplasty of the bone section of the nasal septum]. Rossiiskii zhurnal boli - Russian magazine of pain, 2014, No.1. pp. 36.
11. Kozarenko E.A., Ryabinin A.G., Yunusov A.S., Ryabinin V.A. Effektivnost' lecheniya allergicheskogo rinita u bol'nykh s iskrivleniem peregorodki nosa [The effectiveness of the treatment of allergic rhinitis in patients with curvature of the nasal septum]. Rossiiskaya rinologiya - Russian rhinology, 2014, Vol. 22, No. 2. pp. 7-8.
12. Kuznetsova L.V. Vybora antigistaminnoi terapii pri lechenii bol'nykh sezonnykh allergicheskimi rinitom [The choice of antihistamine therapy in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis]. Semeinaya meditsina - Family medicine, 2015, No.2. pp. 162.
13. Kryukov A.I., Tsarapkin G.Yu., Arzhiev Kh.Sh., Polyayeva M.Yu. Khirurgicheskaya taktika pri intraoperatsionnykh razryvakh slizistoi obolochki peregorodki nosa (chast' I) [Surgical tactics for intraoperative ruptures of the mucous membrane of the nasal septum (part I)]. Vestnik otorinolaringologii - Bulletin of Otorhinolaryngology, 2012, No.5. pp. 38-41.
14. Makhmudnazarov M.I. Khirurgicheskaya korektsiya deformatsii nosa i nosovoi peregorodki [Surgical correction of deformities of the nose and nasal septum]. Dushanbe, Irfon publ., 2016. pp. 143-154.
15. Nasunova A.Yu., Drobik O.S. Allergicheskii rinit. Vozmozhnosti preventivnoi terapii [Allergic rhinitis. Opportunities for preventive therapy]. Farmateka (spetsial'nyi vypusk: allergologiya i immunologiya) - Pharmateka (special issue: allergology and immunology), 2013. pp. 75-77.
16. Nesterova A.V., Nesterov A.S. Immunopatogenetich. osobennosti allerg. rinita pri sochetanii s atopich. bronkhial. astmoi u detei [Immunopathogenetic features of allergic rhinitis when combined with atopic bronchial asthma in children]. Sovrem. problemy nauki i obrazovaniya - Modern problems of science and education, 2012, No. 5. pp. 42-45.
17. Nesterova K.I., Nesterova A.A. Mesto topicheskikh antigistaminnykh preparatov pri sezonnom allergicheskom rinite [Place of topical antihistamines for seasonal allergic rhinitis]. Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly - Diary of Kazan Medical School, 2015, No. 1. pp. 88-92.
18. Pal'chun V.T. Magomedov M.M., Luchikhin L.A. Rukovodstvo Otorinolaringologiya [Otorhinology Studies Guide]. Moscow, GEOTAR-Media publ., 2014. pp. 289-357.
19. Pankova V.B., Fedina I.N., Serebryakov P.V., Preobrazhenskaya E.A., Grishin O.N. Metodicheskie podkhody k otsenke riska formirovaniya patologii verkhnikh dykhatel'nykh putei u rabotnikov pyleopasnykh proizvodstv [Methodical approaches to assessing the risk of the formation of pathology of the upper respiratory tract among workers of "hazardous" production]. Vestnik otorinolaringologii - Bulletin of Otorhinolaryngology, 2015, pp. 28-31.
20. Sobolev A.V., Aak O.V. Diagnostika i lechenie allergicheskogo rinita, oslozhnennogo infektsiei dykhatel'nykh putei [Diagnosis and treatment of allergic rhinitis complicated by respiratory tract infection]. Vestnik otorinolaringologii - Bulletin of Otorhinolaryngology, 2014, No. 4. pp. 59-62.
21. Tikhonova R.Z., Faizullina R.M. Giperreaktivnost' bronkhial'nogo dereva u detei s bronkhial'noi astmoi i allergicheskimi rinitom [Hyperreactivity of the bronchial tree in children with bronchial asthma and allergic rhinitis]. Doktor.Ru - Dr. Ru, 2015, No. 7. pp. 15-18.
22. Tokmachev E.V., Burlachuk V.T., Budnevskii A.V. Issledovanie effektivnosti kompleksnoi terapii bronkhial'noi astmy v sochetanii s allergicheskimi rinitom [The study of the effectiveness of complex therapy of asthma in combination with allergic rhinitis]. Vrach-aspirant PhD student, 2014, Vol. 63. No. 2.3. pp. 444-450.
23. Trushenko N.V. Allergicheskii rinit: neprostoi «prosto nasmork» [Allergic rhinitis: a difficult "just a runny nose"]. Astma i allergiya - Asthma and Allergies, 2014, No. 1. pp. 19-20.
24. Trushenko N.V. Allergicheskii rinit: sovremennyy vzglyad na patogeneza, diagnostiku i lechenie [Allergic rhinitis: a modern look at the pathogenesis, diagnosis and treatment]. Astma i allergiya - Asthma and Allergies, 2014, No. 3. pp. 3-9.
25. Shulyak M.A. Molekulyarnaya diagnostika bol'nykh polipoznym rinosinusitom, kotoryi razvivaetsya na fone kruglogodichnogo allergicheskogo rinita [Molecular diagnosis of patients with polypous rhinosinusitis, which develops on the background of year-round allergic rhinitis]. Meditsina i obrazovanie v Sibiri - Medicine and education in Siberia, 2014, No. 5. pp. 39.
26. Demoly P., Calderon M., Casale T., Scadding G., Annesi-Maesano I. Assessment of disease control in allergic rhinitis // Clin. Transl. Allergy. 2013. No. 18. p. 7.
27. Jang A.S., Park J.S., Lee J.H., et al. Asthmatics without rhinitis have more fixed airway obstruction than those with concurrent rhinitis // Allergy Asthma Immunol Res. 2010. No. 2. pp. 108-113.
28. Baumann I. Quality of life before and after septoplasty and rhinoplasty // Laryngorhinootologie. 2010. No. 89. Vol. 1. pp. 35-45.
29. Diamant Z., Boot J.D., Mantzouranis E., et al. Biomarkers in asthma and allergic rhinitis // Pulm. Pharmacol. Ther. 2010. No. 23. pp. 468-481.
30. Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E., Bonini S. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision. J Allergy Clin Immunol 2010. No. 3. pp. 466-476.
31. Colás C, Galera H, Añibarro B, Soler R, Navarro A, Jáuregui I, Peláez A. Disease severity impairs sleep quality in allergic rhinitis // Clin Exp Allergy. 2012. 42 p.
32. Gandomi B., Bayat A., Kazemei T. Outcomes of septoplasty in young adults: the Nasal Obstruction Septoplasty Effectiveness study // Am. J. Otolaryngol. 2010. No. 31. 189 p.
33. Kim Y.H., Kim B.J., Bang K.H., et al. Septoplasty

improves life quality related to allergy in patients with septal deviation and allergic rhinitis // Otolaryngol. Head. Neck. Surg. 2011. No. 145. pp. 910–914.

34. Mladina R, Skitarelic N, Roje G, Subaric M. Clinical implications of nasal septal deformities // Balkan Med J. 2015. No. 32. pp. 137–146.

35. Topal O., Celik S.B., S. Erbek, et al. Risk of nasal septal perforation following septoplasty in patients with allergic rhinitis // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2011. No 268. pp. 231–233.

Хулоса

**Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров,
М.Д. Шоев, З.Х. Назаров, Ш.Ш. Туйдиев**

ҲОЛАТИ МУОСИРИ ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ КОМПЛЕКСИИ

ДЕФОРМАТСИЯИ ТАВОРАИ БИНӢ ДАР ЯҚЗОЯГӢ БО РИНИТИ АЛЛЕРГӢ

Дар мақолаи мазкур таҳлили адабиётҳо бахшида ба масъалаҳои таъхис ва табобати ҷарроҳии деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музминӣ аллергикӣ оварда шудааст. Ҳамчунин, масъалаҳои сабаб (этиология), паҳншавии беморӣ (эпидемиология) ва аломатҳои клиникӣ намудҳои гуногуни қачшавии миёндевори бинӣ, бо ринити музминӣ аллергикӣ инъикос шудааст. Оид ба муносибатҳои гуногун нисбати табобати маводӣ, ба хусус, табобати ҷарроҳии деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музминӣ аллергикӣ, вобаста ба вазнинии аломатҳои клиникӣ этиологияи мазкур баҳсу муҳокимаҳо дарҷ гардидааст.

Калимаҳои калидӣ: деформатсияи миёндевори бинӣ, ринити аллергикӣ, септопластика.

УДК 616.211-007.24-089

Ш.Ш. Туйдиев, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров А.Ш.Юсупов

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛАССИФИКАЦИИ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ НОСОВЫХ РАКОВИН

Кафедра оториноларингологии имени Ю.Б. Исхаки ТГМУ имени Абуали ибн Сино

Туйдиев Шухрат Шодиевич – соискатель кафедры оториноларингологии ТГМУ им. Абуали ибн Сино, 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 918-26-77-50, E-mail: shuhrat@inbox.ru

В статье приводится анализ отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросам патогенеза, классификации и хирургического лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин. По данным литературы, методы хирургического лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с патологией носовых раковин, а также вопросы послеоперационной реабилитации больных после симультанных ринопластических вмешательств нуждаются в совершенствовании и оптимизации.

Ключевые слова. Искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин, септопластика, УЗД носовых раковин.

Sh.Sh. Tuidiev, M.I. Makhmudnazarov, MD Shoev, Z.Kh. Nazarov A.Sh.Yusupov

MODERN REPRESENTATIONS OF PATHOGENESIS, CLASSIFICATION AND SURGICAL TREATMENT OF THE NASAL SEPTUM DEFORMATIONS COMBINED WITH THE SINONASAL PATHOLOGIES

Department of Otorhinolaryngology named after Ishaqi, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Tuidiev Shukhrat Shodieovich - applicant for the Department of Otorhinolaryngology at the TSMU named after Abuali Ibni Sino, 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave., Tel.: (+992) 918-26-77-50, E-mail: shuhrat@inbox.ru

Current work presents the analysis of the domestic and foreign literature, on issues of pathogenesis, classification