

Аллергический ринит, осложненный гипертрофией слизистой оболочки полости носа: результаты пилотного обсервационного исследования

Член-корр. РАН А.И. Крюков^{1,3}, д.м.н. Г.П. Бондарева², Т.Ф.Т. Нгуен^{3,4}

¹ГБУЗ НИКИО им. Л.И. Свержевского ДЗМ, Москва

²ФГБУ ГНЦ «Институт иммунологии» ФМБА России, Москва

³ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

⁴Национальная больница общего профиля Тхайнгуен, Вьетнам

РЕЗЮМЕ

При длительном течении аллергического ринита (АР) могут развиваться различные осложнения, включая гипертрофию слизистой оболочки полости носа (СОПН). АР зачастую не является тяжелым заболеванием, но он значительно влияет на качество жизни пациентов, которое зависит от выраженности симптомов АР.

Цель исследования: провести сравнительную оценку выраженности симптомов у пациентов, страдающих АР с гипертрофией и без гипертрофии СОПН.

Материал и методы: настоящее пилотное обсервационное исследование проведено на базе ЛОР-отделения Национальной больницы общего профиля Тхайнгуен (Вьетнам) с участием пациентов, проживающих в городской и сельской местности. В исследование были включены 64 пациента с АР, из них 45 — с АР в сочетании с гипертрофией СОПН (группа 1) и 19 — без гипертрофии (группа 2). В работе использованы шкала выраженности симптомов назальной обструкции NOSE и субъективная оценочная шкала.

Результаты исследования: средний возраст пациентов группы 1 составил $46,15 \pm 20,54$ года, средняя длительность заболевания — $5,2 \pm 1,1$ года (оба показателя выше, чем у пациентов группы 2). Отмечены большие частота и выраженность симптомов у пациентов с АР в сочетании с гипертрофией СОПН: заложенность носа и ринорея наблюдались у 45 (100%), нарушение обоняния — у 14 (31,11%) пациентов против 68,42, 63,16 и 0% в группе 2 соответственно. Сумма баллов была достоверно выше в группе 1 по всем 3 симптомам ($p=0,008$). У пациентов с АР и гипертрофией СОПН выявлена большая частота встречаемости сопутствующих заболеваний. Выявлена положительная корреляционная связь между заболеваемостью АР и жизнью в городской местности ($r=0,864$, $p=0,0012$), частота развития осложнения — гипертрофии СОПН — была выше у жителей города ($p=0,0032$).

Выводы: при длительном течении АР развивается гипертрофия СОПН, что ведет к более высокой частоте и степени выраженности жалоб у пациентов, причем более уязвимы городские жители.

Ключевые слова: аллергический ринит, гипертрофия слизистой оболочки полости носа, затруднение носового дыхания, качество жизни, субъективная оценочная шкала, шкала выраженности симптомов назальной обструкции NOSE.

Для цитирования: Крюков А.И., Бондарева Г.П., Нгуен Т.Ф.Т. Аллергический ринит, осложненный гипертрофией слизистой оболочки полости носа: результаты пилотного обсервационного исследования. РМЖ. 2020;5:17–20.

ABSTRACT

Allergic rhinitis complicated by hypertrophy of the nasal mucosa: results of a pilot observational study

A.I. Kryukov^{1,3}, G.P. Bondareva², T.Ph.T. Nguyen^{3,4}

¹L.I. Sverzhovsky Research Clinical Institute of Otorhinolaryngology, Moscow

²State Research Center "Institute of Immunology" of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow

³Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

⁴Thai Nguyen National General Hospital, Vietnam

During a long-term course of allergic rhinitis (AR), various complications can develop, including hypertrophy of the nasal mucosa (HNM). Although AR is commonly considered as a not serious disease, it significantly affects the life quality (LQ) of patients. LQ depends on the severity of AR signs.

Aim: to evaluate the severity of symptoms in patients suffering from AR, with and without HNM.

Patients and Methods: the present pilot observational study was conducted in the ENT Department at the Thai Nguyen National General Hospital (Vietnam) with patients of urban and rural areas. 64 patients with AR were included in the study: 45 of them had AR with HNM (group 1) and 19 — AR without HNM (group 2). The Nasal Obstruction Symptom Evaluation (NOSE) scale and the subjective rating scale were used in this paper.

Results: the average age of group 1 patients was 46.15 ± 20.54 years, and the average disease duration was 5.2 ± 1.1 years (both indicators were higher than in group 2 patients). High incidence and severity of symptoms were revealed in patients having AR with HNM: nasal congestion and rhinorrhea were observed in 45 (100%), olfactory impairment was in 14 (31.11%) patients versus 68.42%, 63.16%, and 0% in group 2, respectively. The total score was significantly higher in group 1 for all 3 symptoms ($p=0.008$). There was a high incidence of comorbidities revealed in patients with AR and HNM. Also, there was a positive correlation between the incidence of AR and life in urban areas ($r=0.864$, $p=0.0012$), the incidence of the HNM complication was higher in patients with AR in urban areas ($p=0.0032$).

Conclusion: HNM develops during a long-term course of AR, leading to a higher frequency and degree of complaints in patients, whereas, the more vulnerable group are those living in urban areas.

Keywords: *allergic rhinitis, hypertrophy of the nasal mucosa, nasal difficulty breathing, life quality, subjective rating scale, Nasal Obstruction Symptom Evaluation scale.*

For citation: *Kryukov A.I., Bondareva G.P., Nguyen T.Ph.T. Allergic rhinitis complicated by hypertrophy of the nasal mucosa: results of a pilot observational study. RMJ. 2020;5:18–20.*

ВВЕДЕНИЕ

Аллергический ринит (АР), как правило, является длительным заболеванием, которое часто остается незамеченным в условиях первичной медицинской помощи. Выраженность клинических проявлений АР в течение года неодинакова в связи с сезонными обострениями [1]. Пациенты не сразу могут распознать симптомы болезни и оценить их влияние на качество жизни (КЖ) и социальную активность, поэтому зачастую обращаются за специализированной медицинской помощью спустя некоторое время после начала заболевания. В свою очередь, врачи во время рутинных визитов не всегда расспрашивают пациентов о наличии жалоб со стороны верхних дыхательных путей [2].

В России лишь 18% пациентов обращаются к специалисту в течение первого года после появления симптомов АР. В 30% наблюдений интервал между появлением симптомов и установлением диагноза составляет 2 года, в 43% — 3 года, а у 10% пациентов от первых симптомов заболевания до постановки диагноза проходит 4 года и более [2].

Здоровая слизистая оболочка хорошо справляется с внешними воздействиями, и структурных изменений в ней не происходит. При хроническом воспалении слизистой оболочки, а также при усилении аэродинамической нагрузки (искривление носовой перегородки и другие нарушения анатомии полости носа) происходит компенсаторное разрастание участков слизистой в соответствующих зонах. По данным некоторых исследований, при деформации носовой перегородки возможна гипертрофия слизистой оболочки медиальной поверхности нижней носовой раковины на 82%, что впоследствии ухудшает носовое дыхание, вызывает заложенность носа, приводит к дыханию через рот, задержке секрета, храпу, апноэ во сне [3, 4].

Длительное течение АР может привести к развитию гипертрофического ринита, острых и хронических гнойных синуситов, отитов, фарингитов, полипоза носа и околоносовых пазух [5]. Проблема АР актуальна и в детской популяции: у 70% детей, страдающих АР, обнаружены воспалительные изменения слизистой оболочки околоносовых пазух, у 30–40% — аденоиды, у 30% — рецидивирующий экссудативный средний отит, у 10% — поражение гортани [6].

Пациенты с АР страдают от хронической усталости, депрессии, раздражительности, нарушений когнитивной

функции, сна. Выраженность симптомов АР значительно влияет на КЖ, приводит к нетрудоспособности или непродуктивной учебе и работе [7, 8].

Цель исследования: провести сравнительную оценку выраженности симптомов у пациентов, страдающих АР с гипертрофией слизистой оболочки полости носа и без таковой.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее пилотное обсервационное исследование проводилось с июня по сентябрь 2018 г. на базе ЛОР-отделения Национальной больницы общего профиля Тхайнгвен (Вьетнам) после получения одобрения этическим комитетом больницы. В ЛОР-отделение обращались пациенты, проживающие как в городской, так и в сельской местности. Городская среда характеризуется плотностью населения 400–3000 человек на 1 км² (данные на 2018 г.), сельская — плотностью 200–400 человек на 1 км², а также развивающимися современными сельскохозяйственными производствами и промышленными предприятиями.

МАТЕРИАЛ ИССЛЕДОВАНИЯ

Всего обследовано 556 пациентов с патологией ЛОР-органов в возрасте от 18 до 70 лет. Выявлено 158 случаев хронического ринита. У 64 пациентов диагностирован АР, из них у 45 человек — в сочетании с гипертрофией слизистой оболочки полости носа (СОПН), которые составили основную группу (группа 1), и у 19 — АР без гипертрофии СОПН (контроль, группа 2). Все участники подписали информированное согласие на участие в клиническом исследовании.

Критерии невключения в исследование: возраст до 18 лет, наличие острого воспаления ЛОР-органов, психические заболевания, беременность, период лактации, применение антигистаминных препаратов и топических стероидов в течение последних 14 дней.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проводился тщательный сбор анамнеза заболевания и жизни. Для оценки симптомов назальной обструкции использовалась шкала NOSE (Nasal obstruction symptom evaluation) [9–11], включающая 5 пунктов (табл. 1),

Таблица 1. Шкала выраженности симптомов назальной обструкции NOSE

Параметр	Нет дискомфорта	Незначительный дискомфорт	Умеренный дискомфорт	Достаточно сильный дискомфорт	Значительный дискомфорт
1. Заложенность носа	0	1	2	3	4
2. Назальная обструкция	0	1	2	3	4
3. Затруднение носового дыхания	0	1	2	3	4
4. Проблемы со сном	0	1	2	3	4
5. Нехватка воздуха при носовом дыхании во время физической нагрузки	0	1	2	3	4

с оценкой каждого пункта по 5-балльной шкале Ликерта. Пациентов просили заполнить анкету, обведя кружком ответ, наиболее близкий к описанию их текущих симптомов. Баллы были суммированы и умножены на 5 (чтобы проводить анализ на основе 100 баллов). Возможные результаты по оценке степени удовлетворенности носовым дыханием: «носовое дыхание удовлетворительное» (диапазон 5–25 баллов, NOSE-1), «умеренная степень неудовлетворенности» (диапазон 30–50 баллов, NOSE-2), «средняя степень неудовлетворенности» (диапазон 50–75 баллов, NOSE-3) и «высокая степень неудовлетворенности» (диапазон 80–100 баллов, NOSE-4) [11]. Данные ринологического, аллергологического, неврологического анамнеза также учитывались в ходе заполнения дополнительного опросника с элементами визуально-аналоговой шкалы [11].

Также в исследовании применялась субъективная оценочная шкала (СОШ) [12]. Пациенты самостоятельно оценивали степень заложенности носа, ринореи, нарушения обоняния. Тест СОШ (табл. 2) состоит из 3 пунктов, оценивающих типичные симптомы АР с гипертрофией СОПН по 4-балльной шкале, характеризующей выраженность проявления симптомов: 0 баллов соответствует минимальной, 3 балла — максимальной выраженности [12].

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Для статистической обработки полученных данных использовалось программное обеспечение Microsoft Excel ver. 12.0.4518.1014, SPSS Statistics 20. Для оценки результатов применяли методы описательной статистики. При сравнительном анализе групп по количественным признакам использовали непараметрический U-критерий Манна — Уитни. Для оценки связи признаков применен корреляционный анализ с расчетом корреляции по методу Спирмена. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Таблица 2. Субъективная оценочная шкала

Показатель	Баллы
Степень заложенности носа	
Постоянная заложенность носа	3
Периодическая заложенность носа	2
Незначительное затруднение носового дыхания	1
Свободное носовое дыхание	0
Степень выраженности ринореи	
Постоянные выделения из полости носа	3
Периодические выделения из полости носа	2
Эпизодические выделения из полости носа	1
Отсутствие выделений из полости носа	0
Степень нарушения обоняния	
Аносмия	3
Гипосмия	2
Периодическая гипосмия	1
Отсутствие нарушений	0
Всего	18

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика пациентов двух групп представлена в таблице 3.

Выявлено, что среди страдающих АР с гипертрофией СОПН женщин больше, чем мужчин. Это объясняется тем, что факторами риска развития данного осложнения являются не только вредные привычки (курение, употребле-

Таблица 3. Основные характеристики групп больных АР с гипертрофией СОПН и без гипертрофии СОПН

Параметр	Группа 1 (пациенты с АР и гипертрофией СОПН), n=45	Группа 2 (пациенты с АР без гипертрофии СОПН), n=19	p
Пол, М/Ж (%)	46,7/53,3	63,2/36,8	0,006
Средний возраст, лет	46,15±20,54	31,12±10,35	0,0012
Длительность заболевания, лет	5,2±1,1	4,4±0,9	0,0015
Сопутствующие заболевания			
Хронический тонзиллит, простая форма, n (%)	5 (11,11)	2	<0,001
Хронический тонзиллит, токсико-аллергическая форма после тонзиллэктомии, n (%)	4 (8,89)	0	
Хронический ларингит, n (%)	4 (8,89)	1 (5,26)	
Хронический синусит, n (%)	3 (6,67)	0	
Хронический фарингит, n (%)	9 (20)	0	
Наружный отит, n (%)	1 (2,22)	0	
Аллергический конъюнктивит, n (%)	5 (11,11)	3 (15,79)	
Хронический гастрит, n (%)	6 (13,33)	2 (10,53)	
Мочекаменная болезнь, n (%)	4 (8,89)	0	

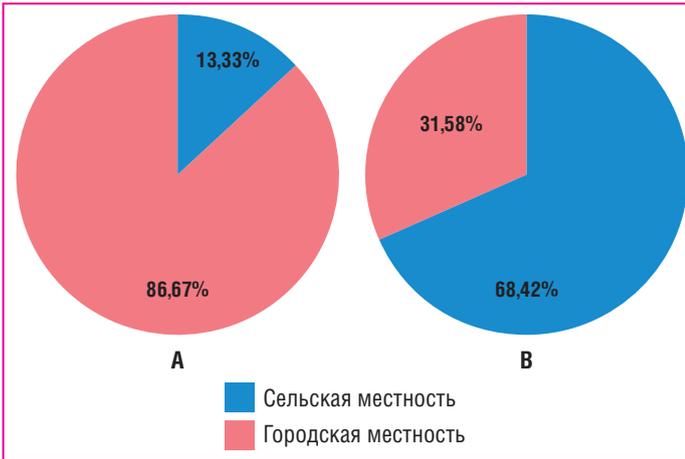


Рис. 1. Распределение пациентов с АР по месту жительства: А – группа 1; В – группа 2

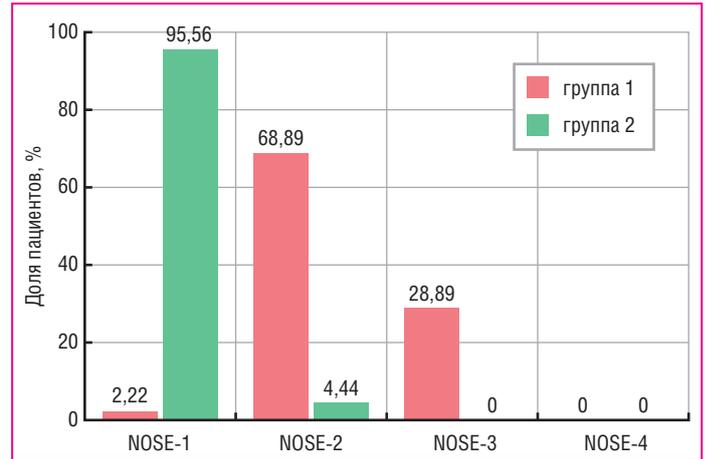


Рис. 2. Распределение пациентов двух групп по степени неудовлетворенности функцией носового дыхания

Таблица 4. Оценка симптомов у пациентов с АР с помощью СОШ

Симптом	Количество пациентов с АР с гипертрофией СОПН с оценкой в баллах (n=45)					Количество пациентов с АР без гипертрофии СОПН с оценкой в баллах (n=19)				
	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	Средний балл	0 баллов	1 балл	2 балла	3 балла	Средний балл
Заложенность носа	0	23	12	10	1,71±1,23*	6	3	10	0	1,15±0,61
Ринорея	0	6	22	17	2,34±0,46*	10	5	4	0	0,69±0,41
Нарушение обоняния	31	9	5	0	1,11±0,54*	19	0	0	0	0

* p<0,05 в сравнении со средним баллом группы 2.

ние алкоголя и др.), но и длительный контакт с домашней пылью и газом при выполнении домашних работ [13]. По данным анамнеза выявлена положительная корреляционная связь между заболеваемостью АР и жизнью в городской местности ($r=0,864$, $p=0,0012$). Это можно объяснить тем, что в городе выше загрязненность воздуха сложной смесью соединений, таких как SO_2 , NO_2 и $PM_{2,5}$. Эти раздражающие вещества повышают восприимчивость слизистой оболочки дыхательных путей к аллергенам и риск развития аллергических реакций [14, 15]. Кроме того, частота развития осложнения АР — гипертрофии СОПН — была выше у жителей городской местности ($p=0,0032$). Распределение пациентов обеих групп по месту жительства представлено на рисунке 1.

Среди пациентов с АР в сочетании с гипертрофией СОПН заложенность носа и ринорея наблюдались у 45 (100%) пациентов, нарушение обоняния — у 14 (31,11%). Отмечается, что у пациентов группы 2 реже наблюдались указанные симптомы — в 68,42, 63,16 и 0% случаев соответственно, и суммарный балл был ниже по всем 3 симптомам. Распределение пациентов обеих групп по СОШ представлено в таблице 4.

Результаты оценки степени неудовлетворенности функцией носового дыхания у пациентов двух групп представлены на рисунке 2.

Таким образом, симптомы АР, осложненного гипертрофией СОПН, проявляются у большего числа пациентов и в более тяжелой форме, чем при неосложненном АР, что влияет на субъективную оценку пациентами симптомов заболевания.

В нашем исследовании выявлено, что у пациентов с АР, осложненным гипертрофией СОПН, наблюдается большая длительность заболевания, значительно большая выражен-

ность симптомов в результате нарушения носового дыхания, большая частота встречаемости сопутствующей патологии.

Относительно КЖ во многих исследованиях показано, что взрослых пациентов беспокоят нарушения сна, необходимость сморкаться и носить носовые платки, а также ограничение их повседневной деятельности. Исследование, проведенное в Индии, подтверждает, что КЖ пациентов с АР ниже, чем у лиц без данной патологии [15]. Поэтому задачей будущего исследования будет изучение КЖ пациентов с АР в сочетании с гипертрофией СОПН и без гипертрофии СОПН.

Выводы

Таким образом, при длительном течении АР развивается дегенерация и гипертрофия СОПН, что ведет к повышенной частоте и степени выраженности жалоб у пациентов. Учитывая влияние места жительства и длительности заболевания на течение АР, важна его ранняя диагностика [16–20]. Пациенты с АР нуждаются в объективной оценке выраженности симптомов, степени гипертрофии СОПН и степени неудовлетворенности носовым дыханием. Своевременная профилактика и коррекция сопутствующей патологии, более частой у пациентов с АР, осложненным гипертрофией СОПН, позволит добиться большей эффективности лечения.

Литература

- Datta R.K., Ramya B., Vinay S.R. Comparative study between partial inferior turbinectomy and submucosal diathermy for treatment of inferior turbinate hypertrophy due to allergic rhinitis. International J of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery. 2018;4(2):362–367.
- Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. М.: Медицина; 1991. [Pytskiy V.I., Adrianova N.V., Artomasova A.V. Allergicheskiye zabolevaniya. M.: Meditsina; 1991 (in Russ.).]

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmj.ru>