



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

UDC 616.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОЛОГИЯМИ ПОЛОСТИ НОСА

Умаров У.Н. <https://orcid.org/0009-0005-5016-135X>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель исследования. Изучение эффективности лечения взрослых пациентов с аллергическим ринитом (АР) и искривлением носовой перегородки (ИНП) с учетом типа ИНП.

Материал и методы. Проведен анализ публикаций (статьи и соответствующие рефераты), представленных в базе данных PubMed, eLibrary за период 2023—2024 гг. Выбор материала осуществляли, по ключевым словам, искривление носовой перегородки, аллергический ринит, коморбидность.

Результаты и Обсуждение. Опубликованные результаты исследований свидетельствуют об отрицательном влиянии ИНП на течение АР, а также о снижении эффективности терапии АР, сочетанного с ИНП.

Ключевые слова: искривление носовой перегородки, аллергический ринит, коморбидность

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN WITH VARIOUS PATHOLOGIES OF THE NASAL CAVITY

Umarov U.N

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Aim of the study. Analyzing the treatment efficacy in adult patients with allergic rhinitis (AR) and nasal septum deviation (NSD) accounting for the NSD type.

Material and methods. Publications (articles and corresponding abstracts) presented in the Pubmed and eLibrary databases (2010- 2022) were analyzed. The material was selected using the following key words: nasal septum deviation, allergic rhinitis, comorbidity.

Results. The published study results confirm the negative NSD effects on the AR course, as well as decreased treatment efficacy in AR and concomitant NSD

Keywords: nasal septum deviation, allergic rhinitis, comorbidity

BOLALARDA ALLERGIK RINITNING KLINIK KO'RINISHLARI VA DAVOLASH XUSUSIYATLARI BURUN BO'SHLIG'INING TURLI PATOLOGIYALARI

Umarov U.N

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh. A. Navoiy kochasi 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Tadqiqotning maqsadi. Allergik rinit (ar) va burun septumining egriligi (InP) bo'lgan kattalar bemorlarini InP turini hisobga olgan holda davolash samaradorligini o'rganish.

Materiallar va usullar. PubMed, eLibrary ma'lumotlar bazasida 2023-2024 yillar davomida taqdim etilgan nashrlar (maqolalar va tegishli referatlar) tahlil qilindi. materialni tanlash, kalit so'zlarga ko'ra, burun septumining egriligi, allergik rinit, komorbidlik bilan amalga oshirildi.

Natijalar va munozaralar. Nashr etilgan tadqiqot natijalari INPNING ar kursiga salbiy ta'sirini, shuningdek, InP bilan birgalikda ar terapiyasining samaradorligini pasayishini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: burun septumining egriligi, allergik rinit, komorbidlik

Актуальность

Аллергический ринит (АР) — это широко распространенное в общей популяции хроническое мультиморбидное заболевание, характеризующееся IgE- опосредованным воспалением слизистой оболочки полости носа, этиологическим фактором которого является действие причинно-значимых аллергенов, и проявляющееся заложенностью носа, ринореей, чиханием, зудом в полости носа [1]. Несмотря на большое количество исследований, касающихся различных аспектов АР, это заболевание представляет собой глобальную медико-экономическую и социальную проблему, которая продолжает оставаться актуальной [2—4]. Основной целью лечения АР является достижение полного контроля симптомов заболевания. Однако результаты анализа литературы показывают, что, несмотря на доказанную эффективность современных лекарственных препаратов, почти 1/5 (18%) часть пациентов на лечение удовлетворительно не реагируют [5].

Цель исследования: основой консервативной терапии АР в настоящее время является использование интраназальных глюкокортикостероидов (ИнГКС) [1, 6], результативность приема которых обеспечивается не только действующим веществом, но и правильной техникой применения назального спрея, а также состоянием внутриносовых структур пациента [7].

Наиболее распространенным видом нарушения анатомических структур является искривление носовой перегородки (ИНП) [8]. Нарушение архитектоники носовой полости оказывает отрицательный эффект на доставку и распределение лекарственного вещества на слизистой оболочке полости носа, что определяет эффективность терапии [9].

Анализ литературных источников, посвященных роли распределения назального спрея на слизистой оболочке полости носа, показывает, что выбор техники использования ИнГКС, а также необходимость хирургической коррекции внутриносовых структур по-прежнему остается предметом дискуссий [10,14]. Мнение исследователей в отношении целесообразности хирургического лечения пациентов с сочетанием АР и ИНП весьма противоречиво [1, 13,15].

Материал и метод исследования

В качестве источника данных использовали материалы научных публикаций, вошедших в Республиканскую библиотеку, информационные базы MEDLINE, EMBAS, PubMed. Выбор материала осуществляли, по ключевым словам, аллергический ринит, коморбидность, искривление носовой перегородки, с последующей систематизацией по степени соответствия информационному запросу.

Результат и обсуждение

Важным аспектом АР является тот факт, что эта патология оказывает значительное отрицательное влияние на качество жизни пациентов. При АР имеется тенденция к нарастанию тяжести симптомов, у части пациентов развивается бронхиальная астма (БА), снижается эффективность стандартной терапии [16]. Как было сказано выше, важную роль в патогенезе хронического воспаления слизистой оболочки полости носа играет нарушение внутриносовой архитектоники [9], а одним из наиболее часто встречающихся изменений анатомических структур полости носа является ИНП [17], распространенность которого в общей популяции варьирует от 44,8 до 95% [8, 18].

По этиологическому признаку принято выделять посттравматические и нетравматические деформации перегородки носа. Причиной нетравматических деформаций чаще всего является нарушение развития хрящевых и костных структур лицевого скелета.

М. Cottle и соавт. (2018) [19] выделили четыре группы девиаций перегородки носа: подвывих, костный шип, отклонение в заднем отделе, сдавленная перегородка. А.С. Лопатин (2014) [20] описал следующие разновидности деформаций носовой перегородки: С-образная девиация; S-образное искривление; гребень; вывих четырехугольного хряща; утолщение (бугор) перегородки. В детской практике часто используется классификация L. Gray (2018) [21]: А - нет искривления перегородки; В - искривление на одной стороне; С -искривление с двух сторон.

Г.С. Протасевич (2019) [22] предложил разделять деформации носовой перегородки по степени выраженности следующим образом: 1-я степень -незначительное отклонение перегородки от средней линии; 2-я степень — наиболее искривленный участок перегородки

находится примерно на середине расстояния между средней линией и латеральной стенкой полости носа; 3-я степень - деформированная перегородка соприкасается с латеральной стенкой полости носа.

R. Mladina и L. Bastaic (2017) [18] представили классификацию деформаций перегородки носа, включающую 7 типов:

1. Небольшой односторонний вертикальный гребень в передних отделах перегородки носа, не нарушающий функцию носового дыхания.
2. Значительно выраженный вертикальный гребень в том же отделе перегородки носа со смещением передненижнего края четырехугольного хряща в противоположную сторону. Функция носового дыхания нарушена.
3. Односторонний вертикальный гребень в более глубоких отделах полости носа.
4. Два вертикальных, расположенных один за другим гребня на противоположных поверхностях перегородки носа (S-образный изгиб на горизонтальном срезе).
5. Односторонний, почти горизонтальный восходящий гребень в задних отделах перегородки, напоминающий по форме турецкую саблю.
6. Два почти горизонтальных гребня в переднем и среднем отделах перегородки носа на противоположных поверхностях с характерным желобком на одной стороне.
7. «Смятая» перегородка со множественными линиями изломов, представляющая различные комбинации перечисленных выше типов.

Базовой терапией АР являются антигистаминные препараты, интраназальные стероиды, антагонисты лейкотриеновых рецепторов [1, 23, 25]. Лекарственные препараты, используемые для лечения АР, часто предоставлены в форме назального спрея (интраназальные формы антигистаминных препаратов, ИнГКС, топические назальные деконгестанты). При этом доставка и эффективность действия лекарственного препарата во многом зависят от состояния внутриносовых анатомических структур, в частности, носовой перегородки.

Многообразие видов ИМП определяет актуальность изучения влияния конкретных типов ИМП на доставку интраназальных лекарственных препаратов в полость носа.

J. Kesavan и соавт. (2010) [11], изучая здоровых добровольцев, получили данные о взаимосвязи формы ноздрей и распределения интраназального спрея в передних отделах носовых ходов. Были измерены такие характеристики носового хода, как длина, ширина, степень выраженности овальной формы ноздри (по отношению длины к ширине ноздри) и минимальная площадь поперечного сечения носа. Множественный регрессионный анализ показал, что выраженность овальной формы ноздрей была в значительной степени связана с распределением частиц в переднем отделе носовой полости.

Y.S. Cheng и соавт. (2021) [12] сравнивали распределение лекарственного препарата в виде интраназального спрея и аппликатора, производящего брызги, относительно обонятельной щели. Результат использования интраназального спрея был определен как неудачный, поскольку больший объем лекарственного средства распределялся в области средней носовой раковины и не достигал обонятельной щели. При применении системы аппликатора у большинства участников исследовательской группы препарат достигал обонятельной щели. В 2018 г. аналогичные результаты были получены M. Scheibe и соавт. [14].

M.-Y. Foo и соавт. (2017) [13] предприняли попытку определить, какие факторы использования интраназального спрея играют наиболее важную роль для достижения лечебного эффекта. Авторы выявили, что угол введения (30°) и направления струи ($<30^\circ$) являются критичными для распределения лекарственного препарата.

При применении назальных спреев у пациентов с нормальной анатомией полости носа рекомендовано применять стандартную 7-ступенчатую технику [26]. Она состоит из следующих шагов:

1. Голову держать в вертикальном положении.
2. Очистить нос от слизи, если она присутствует, осторожно высморкавшись.
3. Вставить распылительную насадку в ноздрю.
4. Направить спрей в сторону от середины носа (перегородки) к внешней части глаза или

верхней части уха с этой стороны. (Если возможно, использовать правую руку для распыления в левую половину носа, а левую руку - для распыления в правую для достижения правильного направления распыления).

5. Активировать устройство в соответствии с рекомендациями производителя и количеством распылений, рекомендованным врачом.
6. Осторожно вдохнуть во время распыления.
7. Выдыхать через нос.

Таким образом, влияние положения головы на эффективность интраназальных препаратов окончательно не было определено. Однако все вышеуказанные исследования проводили с участием пациентов с нормальной анатомией полости носа.

D.O. Frank и соавт. (2012) [20] в клиническом исследовании сравнивали распределение интраназального спрея у пациентов с ИНП.

Последующее изучение влияния положения головы на эффективность местных назальных препаратов привело к неоднозначным выводам.

Так, N. Bateman и соавт. (2022) [7] оценивали распределение азеластина гидрохлорида, помеченного флуоксетином, в двух положениях головы (нейтральном и с наклоном на 60—90°). Авторы сообщили, что в обоих случаях распределение препарата было преимущественно сконцентрировано в передних отделах носа с плохим попаданием в задние отделы. По данным P. Merkus и соавт. [10], положение головы оказывает существенное влияние на распределение местных назальных препаратов в среднем носовом проходе. Однако другие авторы не выявили существенного влияния положения головы на эффективность распределения лекарств [11, 12].

Таким образом, влияние положения головы на эффективность интраназальных препаратов окончательно не было определено. Однако все вышеуказанные исследования проводили с участием пациентов с нормальной анатомией полости носа.

D.O. Frank и соавт. (2012) [21] в клиническом исследовании сравнивали распределение интраназального спрея у пациентов с ИНП. Осаждение частиц анализировали с использованием вычислительной гидродинамической модели человеческого носа с ИНП влево и гипертрофией правой нижней носовой раковины. Моделирование показало, что коррекция искривления перегородки может значительно улучшить доставку лекарств. Также часто встречался клинический сценарий с фоновым воспалительным процессом слизистой оболочки (например, ринит, синусит) в сочетании с анатомической деформацией носа. Авторы сделали вывод, что хирургическая коррекция может значительно повысить эффективность медикаментозного лечения в этих случаях.

В ряде исследований было выявлено отрицательное влияние ИНП на течение АР (среднетяжелые и тяжелые формы встречаются у 81,9% больных АР в сочетании с ИНП) [23]. Своевременная хирургическая коррекция ИПН и внутриносовых структур приводила к снижению тяжести клинического течения АР и БА (с 18,8 до 6,2%; в сочетании с БА с 15,4 до 0%) [22].

При АР все виды ИНП оказывают значимое влияние на течение заболевания и его консервативную терапию, однако в разной степени. Результаты проспективного клинического исследования показали, что у большинства пациентов с АР (87%) встречался 1 из 7 типов ИНП по Mladina [9].

У пациентов, у которых не удавалось достичь контроля над симптомами АР, чаще имелись двусторонний (типы IV и VI; 46%) и передний односторонний (типы I и II; 25%) виды ИНП. Наличие ИНП IV и VI типов увеличивало риск отсутствия улучшения при лечении интраназальными препаратами. Сочетание ИНП с гипертрофией носовых раковин более чем в 20 раз уменьшало эффективность лечения [9].

Вместе с тем ряд авторов придерживаются противоположного мнения, отмечая, что хирургическое вмешательство при АР нецелесообразно, а наличие АР можно рассматривать как относительное противопоказание к септопластике [15]. A. Karatzanis и соавт. [24] сообщили о возможном усилении обструкции дыхательных путей после хирургического вмешательства в полости носа и его отрицательном влиянии на проявление БА. Авторы пришли к выводу, что пациенты с АР могут подвергнуться операции на перегородке, но сам по себе АР не должен быть показанием к септопластике. Позднее было проведено еще одно исследование с аналогичными

выводами [25]. Результаты продемонстрировали, что слизистая оболочка полости носа в области перегородки играет меньшую роль в мукоциллиарном клиренсе и депонировании аллергенов, что также, по мнению авторов, подтверждает нецелесообразность хирургического вмешательства.

По сообщениям ряда авторов [26], результаты септопластики могут в меньшей степени удовлетворять пациентов с АР, чем пациентов с ИНП без АР. Эти данные представляют особую важность для хирурга, принимающего решение о необходимости операции, и свидетельствуют о целесообразности медикаментозной терапии в послеоперационном периоде.

Заключение

Аллергический ринит — это распространенное мультиморбидное заболевание. Достижение контроля над симптомами АР является приоритетной задачей. Целый ряд факторов оказывает отрицательное влияние на течение заболевания, одним из них является ИНП.

В единичных исследованиях показано, что наиболее выраженное влияние на течение АР оказывает ИНП, однако в целом вопрос о степени влияния конкретных типов ИНП и показаниях к хирургическому лечению остается нерешенным. На данный момент отсутствуют унифицированные алгоритмы и рекомендации по хирургической коррекции ИНП у пациентов с АР, что подчеркивает актуальность исследований этого направления.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Хаитов Р.М., Ильина Н.И. Аллергология и иммунология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2019.
2. Ильина Н.И., Курбачева О.М., Павлова К.С., Ильина Е.В. Скрининговое эпидемиологическое исследование (GA2LEN) по выявлению аллергических заболеваний и заболеваний органов дыхания в России. РАЖ. 2019;3.-С.100.
3. Ильина Н.И., Лусс Л.В., Курбачева О.М., Назарова Е.В., Павлова К.С. Влияние климатических факторов на спектр и структуру аллергических заболеваний на примере Московского региона. РАЖ. 2014;2.-С.25-31.
4. 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. Российская оториноларингология. 2016;1.-С.19-20.
5. Bousquet PJ, Bachert C, Canonica GW, Casale TB, Mullol J, Klossek JM, Zuberbier T, Bousquet J. Uncontrolled allergic rhinitis during treatment and its impact on quality of life: a cluster randomized trial. J Allergy Clin Immunol. 2010;126(3).P.666-668.
6. Benninger M, Farrar JR, Blaiss M, Chipps B, Ferguson B, Krouse J, Marple B, Storms W, Kaliner M. Evaluating approved medications to treat allergic rhinitis in the United States: an evidence-based review of efficacy for nasal symptoms by class. Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;104.-P.13-29.
7. Bateman ND, Whymark AD, Clifton NJ, Woolford TJ. A study of intranasal distribution of azelastine hydrochloride aqueous nasal spray with different spray techniques. Clin Otolaryngol. 2022;27.-P.327-330.
8. Guyuron B, Uzzo CD, Scull H. A practical classification of septonasal deviation and an effective guide to septal surgery. Plast Reconstr Surg. 2019;104(7).-P.2202-2209.
9. Mariño-Sánchez F, Valls-Mateus M, Cardenas-Escalante P, Haag O, Ruiz-Echevarría K, Jiménez-Feijoo R, Lozano-Blasco J, Giner-Muñoz MT, Plaza-Martin AM, Mullol J. Influence of nasal septum deformity on nasal obstruction, disease severity, and medical treatment response among children and adolescents with persistent allergic rhinitis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017;95.-P.145-154.
10. Merkus P, Ebbens FA, Muller B, Fokkens WJ. Influence of anatomy and head position on intranasal drug deposition. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2016;263.-P.827-832.

Поступила 20.03.2025