ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ НА ОСНОВЕ ОЦЕНКИ ФЕНОТИПА, ЭНДОТИПА И ФУНКЦИИ ОБОНЯНИЯ

Фармонов Алишер Икромович

Аннотация. В данной статье рассматриваются вопросы ведения пациентов с хроническим риносинуситом на основе индивидуализированного подхода. Главная цель исследования – разработка оптимальной диагностической и лечебной стратегии для пациента путем комплексной оценки клинического фенотипа заболевания, эндотипических характеристик воспалительного процесса и показателей обонятельной функции. Выявление фенотипических признаков позволяет охарактеризовать клиническую картину заболевания, а оценка эндотипа – глубже понять механизмы воспаления. Состояние обонятельной функции рассматривается как важный критерий оценки тяжести заболевания и мониторинга эффективности лечения. Такой подход способствует улучшению результатов лечения, снижению рецидивов заболевания и повышению качества жизни пациентов.

Ключевые слова: хронический риносинусит, фенотип, эндотип, обонятельная функция, индивидуализированное лечение, диагностика, воспаление, качество жизни пациента.

Хронический риносинусит — это длительное воспалительное заболевание верхних дыхательных путей, проявляющееся такими симптомами, как заложенность носа, выделения из носа, ощущение давления или боли в области лица, а также снижение обоняния. Длительное течение заболевания может негативно влиять на повседневную деятельность пациента, качество сна, работоспособность и общее качество жизни. Поэтому важно лечить хронический риносинусит не только путем уменьшения симптомов, но и с учетом клинической картины заболевания и лежащих в его основе воспалительных механизмов[1].

В традиционной клинической практике наблюдалась тенденция применять практически один и тот же диагностический и лечебный алгоритм ко всем пациентам. Однако практика показывает, что хронический риносинусит протекает по-разному у разных пациентов. В то время как у одних пациентов преобладают заложенность носа и гнойные выделения, у других основной проблемой могут быть полипы в носу, резкое снижение обоняния или аллергические симптомы. У другой группы пациентов заболевание

неоднократно прогрессирует, что затрудняет достижение длительного контроля даже после стандартного лечения.

С этой точки зрения, в современной медицине все большее значение приобретает индивидуализированный подход, основанный на комплексной оценке фенотипа, эндотипа и обонятельной функции пациента. Фенотип отражает внешние клинические проявления заболевания, а эндотип характеризует биологические и иммунологические механизмы, участвующие в его развитии. Обонятельная функция является одним из важных функциональных показателей при оценке клинической тяжести заболевания.

Основная цель исследования – определить взаимосвязь между клиническим фенотипом, вероятным воспалительным эндотипом и обонятельной функцией при ведении пациентов с хроническим риносинуситом и разработать индивидуальную диагностическую и лечебную стратегию на основе этих показателей.

Для достижения этой цели можно поставить следующие задачи: выявление основных клинических симптомов у пациентов; инструментальное обследование состояния носа и пазух; оценка наличия и распределения полипов; тестирование обонятельной функции с использованием стандартизированных методов; выявление возможных воспалительных механизмов заболевания; обобщение полученных данных и разработка индивидуальной стратегии ведения пациента.

Концепция фенотипа описывает, как заболевание проявляется у пациента. Симптомы, эндоскопическая картина, наличие полипов в носу, сопутствующие заболевания и данные визуализационных исследований играют важную роль в определении фенотипа хронического риносинусита.

Например, у первого пациента основными жалобами могут быть заложенность носа, чувство тяжести в области лица и выделения из носа. Эндоскопическое исследование показывает отек слизистой оболочки, но полипы в носу не обнаружены. В этом случае можно предположить фенотип хронического риносинусита без полипов[1].

У второго пациента наряду с заложенностью носа может наблюдаться резкое снижение обоняния и полиповидные изменения в носовой полости. Фенотипические характеристики этого пациента отличаются от первого. Поэтому, несмотря на общий диагноз хронического риносинусита у обоих пациентов, клиническая картина заболевания и стратегия лечения не обязательно совпадают.

Правильное определение фенотипа позволяет врачу систематизировать диагностические данные, оценить тяжесть заболевания и целенаправленно спланировать дальнейшие обследования.

Если фенотип показывает, «как выглядит заболевание», то эндотип помогает понять, «почему и по какому биологическому механизму развивается заболевание». Поэтому подход, основанный на эндотипе, является одним из важных направлений современных исследований риносинусита[4].

Воспалительные процессы при хроническом риносинусите могут развиваться по различным биологическим механизмам. У некоторых пациентов могут преобладать признаки, связанные с аллергическим или эозинофильным воспалением, в то время как у других более важными могут быть другие иммунологические механизмы. Поэтому не всегда достаточно определить все биологические особенности заболевания, основываясь только на клинических признаках.

При оценке эндотипа можно учитывать анамнез, лабораторные показатели, некоторые воспалительные биомаркеры, аллергологические данные и, при необходимости, гистологические исследования. Такая комплексная оценка помогает лучше понять индивидуальные особенности заболевания.

Например, если у пациента имеются полипы в носу, симптомы, похожие на астму, значительное снижение обоняния и лабораторные показатели, указывающие на эозинофильное воспаление, можно предположить, что механизм заболевания сложнее, чем простое местное воспаление. В таких случаях целесообразно наблюдать за пациентом не только на основании симптомов, но и с учетом характеристик системного воспаления.

При хроническом риносинусите обонятельная дисфункция является одним из наиболее часто недооцениваемых, но очень важных показателей для пациента. Снижение или потеря обоняния могут повлиять на полноценную вкусовую чувствительность пищи, аппетит, социальное взаимодействие и общее психологическое состояние.

Обонятельная дисфункция может быть связана с двумя основными механизмами. Во-первых, отечные и полипозные изменения в носовой полости механически затрудняют проникновение молекул запаха в обонятельную зону. Во-вторых, длительное воспаление может повлиять на функциональное состояние обонятельного эпителия.

Поэтому важно по возможности использовать стандартизированные методы оценки, а не ограничиваться общим вопросом «хорошо ли у вас обоняние?» во время первичного осмотра. Повторная оценка изменений обоняния во время лечения помогает определить функциональный результат терапии.

Например, если у пациента до лечения наблюдалось резкое снижение обоняния, то улучшение обоняния наряду с уменьшением заложенности носа при следующем осмотре может указывать на положительный функциональный ответ на лечение. И наоборот, если симптомы со стороны носа уменьшились, но

обоняние не восстанавливается в течение длительного времени, может потребоваться дополнительная диагностическая оценка[2].

При хроническом риносинусите индивидуализированный подход может быть реализован в несколько этапов.

На первом этапе подробно изучаются жалобы пациента и анамнез. Определяется длительность симптомов, периоды обострений, результаты предыдущего лечения, признаки аллергии, наличие бронхиальной астмы или других сопутствующих заболеваний.

На втором этапе проводится клиническое и эндоскопическое обследование. Оценивается состояние слизистой оболочки носа, выделений, отеков, полипов и других изменений.

На третьем этапе при необходимости используются методы визуализации. Их результаты следует интерпретировать в сочетании с клиническими и эндоскопическими данными. На четвертом этапе оценивается обонятельная функция. Это включает в себя рассмотрение возможности использования объективных или стандартизированных тестов в дополнение к субъективным жалобам пациента[3].

На пятом этапе обобщаются данные эндотипа. В результате проводится взаимосвязанный анализ клинического фенотипа пациента, воспалительных проявлений и функциональных нарушений.

Пример 1. 42-летний пациент в течение нескольких лет жалуется на заложенность носа и снижение обоняния. Эндоскопическое исследование выявляет двусторонние полипозные изменения. Обоняние пациента значительно снижено. В анамнезе аллергические заболевания. В данном случае фенотипически преобладает хронический риносинусит с полипами, и целесообразно оценить дополнительные воспалительные показатели для определения эндотипа. Обоняние отмечается как важный показатель, определяющий начальную функциональную тяжесть заболевания.

Пример 2. 35-летний пациент имеет заложенность носа и выделения из носа, полипы не обнаружены. Обоняние слегка снижено. Рентгенологические исследования показывают изменения в пазухах, соответствующие признакам воспаления. Основная проблема пациента – затрудненное дыхание через нос. У этого пациента улучшение состояния при заложенности носа сопровождается изменением обоняния.

Пример 3. 50-летний пациент несколько раз проходил лечение в прошлом, но его симптомы неоднократно ухудшались. У него полипы в носу, потеря обоняния и сопутствующие проблемы с дыханием. Возможно, недостаточно ограничить такого пациента простым симптоматическим лечением. Фенотип и

возможный эндотип заболевания следует дополнительно оценить и разработать план долгосрочного наблюдения.

Эти примеры показывают, что клинические и биологические характеристики заболевания могут значительно различаться у пациентов с одним и тем же диагнозом.

Важным аспектом индивидуального подхода является послелечебный мониторинг. Однократная клиническая оценка сама по себе не полностью отражает состояние пациента. Поэтому целесообразно регистрировать исходные параметры до начала лечения и сравнивать их при последующих визитах.

В ходе мониторинга можно повторно оценить такие параметры, как заложенность носа, выделения, давление в области лица, обоняние и качество жизни пациента. Изменение эндоскопического состояния также предоставляет важную информацию. Например, если у пациента значительно уменьшилась заложенность носа, улучшилось эндоскопическое зрение и восстановилось обоняние, отмечается комплексная положительная динамика. Если уменьшилась только заложенность носа, а обоняние не изменилось, результат можно оценить только как симптоматическое улучшение, и следует рассмотреть необходимость дополнительных обследований[5].

Комбинированная оценка фенотипа, эндотипа и обонятельной функции имеет ряд преимуществ. Во-первых, она позволяет лучше идентифицировать индивидуальные клинические характеристики пациента. Во-вторых, она помогает целенаправленно планировать диагностические обследования. В-третьих, она повышает возможность более объективной оценки результатов лечения.

Кроме того, такой подход может помочь выявить пациентов с высоким риском рецидива заболевания на ранней стадии. Регулярный мониторинг особенно важен для пациентов с полипами носа, значительным нарушением обоняния, рецидивирующими симптомами и сопутствующими заболеваниями.

Также важным компонентом эффективности лечения является повышение понимания пациентом своего заболевания. Пациент становится активным участником процесса лечения, отслеживая симптомы, своевременно посещая контрольные осмотры и следуя рекомендациям врача.

Таким образом, в современном лечении хронического риносинусита переход от «универсального подхода» к стратегии, основанной на индивидуальном клинико-биологическом профиле, является одним из перспективных направлений повышения качества лечения. В этом случае симптомы пациента, объективные результаты обследования, воспалительные характеристики и обонятельная функция должны оцениваться как единая клиническая система.

Использованная литература

1. Абдуллаев А.А. Оториноларингология: дарслик. — Тошкент: Янги аср авлоди, 2019. — 368 б.

2. Юлдашев А.А., Мадаминов А.М. Оториноларингология: клиник лекциялар. — Тошкент: Тиббиёт, 2020. — 256 б.

3. Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. — Rhinology, 2020. — Vol. 58, Suppl. 29. — P. 1–464.

4. Bachert C., Zhang N., Hellings P.W., Bousquet J. Endotype-driven care pathways in patients with chronic rhinosinusitis. — Journal of Allergy and Clinical Immunology, 2018. — Vol. 141, No. 3. — P. 1275–1282.

5. DeConde A.S., Soler Z.M. Chronic rhinosinusitis: epidemiology and burden of disease. — American Journal of Rhinology & Allergy, 2016. — Vol. 30, No. 3. — P. 134–139.