

For citation: Portenko E. G., Burdo G. B., Kuznetsova V. S., Vashnevskaya N. A. Diagnostics of chlamydia infection in perennial allergic rhinitis using medical expert systems. *Russian Otorhinology*. 2023;22(4):57-67. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-4-57-67>

Введение

В настоящее время аллергический ринит (АР), представляющий собой IgE – опосредованное воспалительное заболевание слизистой полости носа [1], является серьезной проблемой в области лечения ЛОР-заболеваний [2].

По статистическим данным, приведенным Всемирной аллергологической организацией (ВАО), более 400 млн человек в мире страдает АР [3]. На территории Российской Федерации распространенность данной аллергической патологии в среднем составляет 16,5%. Поэтому в настоящее время пристальное внимание врачей-клиницистов обращено на изучение проблемы круглогодичного аллергического ринита (КАР). Опираясь на современные исследования, можно сделать вывод о том, что значительное количество случаев АР у пациентов средней полосы Российской Федерации отмечается при сенсибилизации аллергенами клещей домашней пыли, эпидермальными аллергенами кошек и собак, аллергенами насекомых и плесневых грибов родов *Alternaria*, *Cladosporium*, *Penicillium* и *Aspergillus* [4–6].

Стоит отметить, что проявления КАР менее выражены, чем при сезонном АР, но присутствуют в течение всего календарного года, снижая качество жизни пациентов и их способность к трудовой деятельности [4, 6, 7].

Для современного течения КАР характерны недлительная ремиссия, частые рецидивы заболевания, а также устойчивость к противоаллергическому лечению, утвержденному современными клиническими рекомендациями [8]. Следовательно, необходима более углубленная диагностика данной патологии, направленная на выявление иных факторов, не позволяющих достичь стойкой положительной динамики.

В связи с тенденцией к увеличению роли хламидийной (*Chlamydia pneumoniae*) инфекции в развитии и хронизации заболеваний верхних дыхательных путей [9] мы установили, что, длительно персистируя в организме в связи с особенностями форм существования, хламидийная инфекция может оказывать значительное влияние на течение КАР у пациентов с короткой ремиссией и частыми рецидивами заболевания.

Известные данные литературы в основном отражают частоту выявления указанной инфекции при различных ЛОР-патологиях, которая составляет от 22 до 74,4% [9]. По мнению авторов [10], широкий диапазон показателей распространенности данной респираторной внутриклеточной

инфекции объясняется отсутствием единого утвержденного метода забора клинического материала и использованием различных методов диагностики хламидийной инфекции.

Рядом авторов отмечено, что для ринитов и риносинуситов в сочетании с респираторным хламидиозом характерна более яркая клиническая картина по сравнению с таковой без ассоциации с внутриклеточной респираторной инфекцией. Доказано, что гипертрофический ринит с ассоциированной хламидийной респираторной инфекцией в 83,3% приобретает непрерывно-рецидивирующее течение [11]. Кроме того, как отмечается в [12], у пациентов с респираторным хламидиозом чаще наблюдаются обострения хронического гайморита по сравнению с теми, у кого данная инфекция не обнаружена (67,9 против 4,3%).

Поэтому, учитывая актуальность вопроса и специфичность выявления наличия хламидийной инфекции при заболеваниях верхних дыхательных путей, целью работы явилось совершенствование методики прогнозирования наличия данной инфекции при круглогодичном аллергическом рините.

Исходя из понимания того факта, что диагностика может вызвать затруднения у практикующих врачей, в работе показаны результаты решения следующих научных задач:

- разработка методики, позволяющей предположить наличие хламидийной инфекции при КАР;
- разработка базы знаний для экспертной системы поддержки принятия решений при диагностике хламидийной инфекции при КАР.

1. Методика диагностики хламидийной инфекции

Процедура выполнения диагностики состоит из нескольких этапов.

1.1. Выявление клинически значимых признаков для диагностики

Клинически значимые признаки выявлялись на основании обследования пациентов с ранее подтвержденным КАР, у которых по результатам базисного лечения заболевания согласно клиническим рекомендациям, отмечались нестойкие ремиссии (возвращение симптоматики через 3–4 недели после завершения курса лечения).

На первом этапе все клинически значимые для диагностики признаки были разбиты на 4 группы: 1) жалобы и изучение истории болезни пациента; 2) инструментальные обследования