

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ



Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Шадиев Анвар Эркинович, Хайитов Алишер Адхамович
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТАШХИСОТИНИ МАҚБУЛЛАШТИРИШ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Шадиев Анвар Эркинович, Хайитов Алишер Адхамович
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC RINITIS

Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna, Shadiev Anvar Erkinovich, Khayitov Alisher Adhamovich
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: luna1088@mail.ru

Резюме. Сурункали атрофик ринит билан оғриган беморларнинг ўз вақтида ташхисини танлаш муаммоси замонавий оториноларингологияда долзарб бўлиб қолмоқда ва турли хил этиологияларнинг сурункали ринитлари орасида атрофик ринитнинг частотаси ўртача 26-40% ни ташиқил қилади. Сурункали атрофик ринитнинг ерта олдини олиш, диагностика қилиш, даволаш усулларини такомиллаштириш оториноларингологиянинг долзарб муаммоларидан биридир. Тадқиқотнинг мақсади сурункали атрофик ринит билан оғриган беморларга ташхис қўйиш самарадорлигини оширишга қаратилган таклиф ва тавсияларни ишлаб чиқишдир. Тадқиқот атрофик ринитнинг бирламчи ва иккиламчи шакллари бўлган 125 нафар беморни қамраб олди. Тадқиқот мавзуси сифатида умумий клиник ва иммунологик тадқиқотлар учун веноз қон ва беморларнинг қон зардобини, морфологияни ўрганиш учун бурун суюқлиги олинди. Оддий қўйматларни аниқлаш учун барча ўрганилаётган беморларга қўйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: буруннинг транспорт, сўрилиш функцияси, бурун секрециясининг иммунологик параметрларини ўрганиш, шунингдек, тиротропик гормон, морфотипни аниқлаш. бурун секрециясининг қаттиқ фазаси ва қондаги ферритинни аниқлаш. Бурун ишлиқ қаватининг маҳаллий иммунитетидеги бузилишлар IgA ишлаб чиқаришининг 97% га ошиши билан бир вақтнинг ўзида sIgA ишлаб чиқаришининг 5,2 барабар камайиши билан намоён бўлади. Бурун ишлиқ қаватининг ўзига хос бўлмаган қаршилигини инхибе қилиш лизозим концентрациясининг 42% га камайиши ва иммунокомплекслар таркибининг 82% га ошиши билан ифодаланади. Сурункали атрофик ринит билан оғриган беморларда қалқонсимон безнинг гипофункцияси фониде TT4 ва TT3 ишлаб чиқариш камайдди, бунинг натижасида TТГ ишлаб чиқариш компенсацион равишда ошади, қонда ферритиннинг паст концентрацияси еса латент шаклини кўрсатади. TТA, ишлиқ қават тўқималарининг гипоксияси туфайли, бурун бўшлигида атрофик жараёнга олиб келади.

Калим сўзлар. Сурункали ринит, тиротропик гормон, ферритин, иммуноглобулинлар, бурун секретини.

Abstract. The problem of choosing the timely diagnosis of patients with chronic atrophic rhinitis remains relevant in modern otorhinolaryngology, and among chronic rhinitis of various etiologies, the frequency of atrophic rhinitis averages 26-40%. Improving the methods of early prevention, diagnosis, treatment of chronic atrophic rhinitis is one of the urgent problems in otorhinolaryngology. The aim of the study is to develop proposals and recommendations aimed at improving the efficiency of diagnosing patients with chronic atrophic rhinitis. The study included 125 patients with primary and secondary forms of atrophic rhinitis. As the subject of the study, venous blood and blood serum of patients were taken for general clinical and immunological studies; nasal fluid was taken to study the morphology. In order to identify normal values, the following research methods were applied to all the studied patients: the study of the transport, absorption function of the nose, the immunological parameters of the nasal secretion, as well as the identification of thyrotropic hormone, the morphotype of the solid phase of the nasal secretion and the determination of ferritin in the blood. Disorders in the local immunity of the nasal mucosa are manifested in an increase in the production of IgA by 97% with a simultaneous decrease in the production of sIgA by 5.2 times. Inhibition of nonspecific resistance of the nasal mucosa is expressed in a decrease in the concentration of lysozyme by 42% and an increase in the content of the CEC by 82%. In patients with chronic atrophic rhinitis, against the background of hypofunction of the thyroid gland, the production of TT4 and TT3

decreases, due to this, the production of TSH increases compensatorily, while the low concentration of ferritin in the blood indicates a latent form of IDA, due to hypoxia of the mucosal tissues, which leads to an atrophic process in nasal cavity.

Keywords. *Chronic rhinitis, thyrotropic hormone, ferritin, immunoglobulins, nasal secretion.*

Актуальность исследования. По статистическим данным зарубежных исследователей, «...среди хронических ринитов различных этиологий частота атрофического ринита в среднем составляет 26 - 40%. Данное заболевание поражает в основном лиц трудоспособного возраста и занимает существенное место в практике оториноларинголога». Согласно вышеупомянутым утверждениям, «...адекватное лечение хронического атрофического ринита получает обычно не более 40% пациентов.»¹. Совершенствование методов ранней профилактики, диагностики, лечения хронического атрофического ринита является одной из актуальной проблемой в оториноларингологии.

Во всем мире в области медицины проводится обширные научно-практические исследования с целью улучшения профилактики, диагностики и лечения, которые в свою очередь направлены на решение проблем и правильного объяснения различных особенностей данного заболевания. Уже одно то, что существует большое число теорий происхождения атрофического процесса, говорит о том, что ни одна из них не может дать правильного объяснения различных особенностей заболевания и происхождения дистрофически-атрофических изменений слизистой оболочки полости носа учитывая риск развития осложненного течения ХАР, вероятность хронизации процесса, важно не только профилактически устранять предрасполагающие факторы, но и на основании изучения патогенеза конструктивно влиять на течение атрофического процесса в слизистой оболочке полости носа при лечении больных с данной патологией, что считается на сегодняшний день актуальной проблемой.

Раннее выявление заболевания связанные с атрофическими процессами верхних дыхательных путей и влияние этого состояния на микробиотический статус носовой полости пациентов, его патогенетическое значение до конца не изучены, несмотря на это предмет исследования исключительно важен, ибо до сего времени не удавалось окончательно выяснить патогенез заболевания, а следовательно, не существовало и эффективной терапии этого заболевания.

Целью исследования является оценить значимость нарушений функциональной активности слизистой оболочки носа с разработкой предложений и рекомендаций, направленных на повышение эффективности диагностики больных с хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 125 пациентов с первичной и вторичной формой атрофического ринита, находившиеся в отделении оториноларингологии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета и частного оториноларингологического центра Golden medical group с 2018-2021 гг.

Ссылаясь на цели и задачи поставленной научно-исследовательской работы все анализы изучения и усовершенствованный метод лечения проводились в данных различных группах: основной группе, группе сравнения и контрольной группе. Основная группа (n=67), подразделялась в свою очередь на 2 подгруппы, подгруппа А (n=34) с первичной формой хронического атрофического ринита, подгруппа Б (n=33) со вторичной формой хронического атрофического ринита всем пациентам этих подгрупп проведено на фоне традиционного лечения усовершенствованное лечение. Группа сравнения (n=58), также подразделялась на 2 подгруппы, подгруппа А (n=29) с первичной формой хронического атрофического ринита, подгруппа Б (n=29) со вторичной формой хронического атрофического ринита всем пациентам этих подгрупп проведено традиционное лечение. Контрольная группа (n=25) здоровые люди без патологии носа, околоносовых пазух и без сопутствующей патологии внутренних органов.

Средний возраст больных составил $39,6 \pm 3,4$ лет. Это были лица наиболее трудоспособного возраста. Из них мужчины составили 64,8%, женщины – 35,2%. Различный возраст позволил сравнить течение заболевания и эффективность лечения в различных группах. Большинство больных (109 из 125) было в возрасте от 18 до 44 лет и лишь 6 (все женщины) старше 50 лет, что подтверждает мнение многих авторов о том, что довольно часто у пожилых лиц симптомы заболевания уменьшаются, а иногда исчезают без какого-либо лечения в соответствии с методами отбора больных исследование проводилось когортным способом, то есть в нее включалась сплошная выборка с учетом количества пациентов согласно поставленной цели и задач исследований.

Всем исследуемым пациентам с целью выявления нормальных значений были применены следующие методы исследования: исследование транспортной, всасывательной функции носа, иммунологических показателей назального секрета, а также выявление тиреотропного гормона,

морфотипа твердой фазы носового секрета и определения ферритина в крови.

Для оценки жалоб обследованных пациентов нами была разработана электронная анкета "Опросник дифференциальной диагностики хронического атрофического ринита" (ODDXAR.exe – DGU 20213673), которую пациентам предлагалось заполнить.

Клиническое обследование всех участников проводилось по общепринятым методикам с учетом рекомендаций ВОЗ (2016). Сбор данных категории «Жалобы» проводился на основании опросника SNOT-8 «Оценка выраженности симптомов атрофического ринита», включенного в специально разработанную для исследования тематическую карту, которая заполнялась на каждого больного.

Исходя из вышеизложенного из 125 больных заложенность носа встречается у 120 больных (96%), образования корок в носу у 125 больных (100%), снижения обоняния наблюдалось у 35 больных (28%), выделения из носа у 26 больных (20,8%), сухость в носу у 125 (100%) больных и кровотечения из носа у 87 (69,6%) больных. При выявлении каких-либо вероятных этиологических факторов оказалось, что в 32 случаях заболевания АР предшествовали хронические насморки, а в 14 случаях различные инфекционные заболевания (грипп, скарлатина, корь), 7 больных связывали заболевание с неблагоприятными условиями труда, предшествовавшие его развитию. Нередкими были различные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Так, в 17 случаях выявлена склонность к запорам, 23 случаях больные жаловались на тяжесть в области эпигастрия, отрыжку, метеоризм.

Результаты исследования. У обследуемых пациентов кроме основного заболевания была вы-

явлена сопутствующая патология со стороны внутренних органов. Данные представлены на рисунке 1.

По данным рисунка 1 отмечено почти одинаковое количество пациентов в исследуемых группах с железодефицитной анемией, гипофункцией щитовидной железы. Нейроциркуляторная дистония в основной группе встречалась в 12 случаях (17,9%), в сравниваемой группе в 9 случаях (15,5%), гастриты и нарушение функции ЖКТ в основной группе в 17 (25,3%), в сравниваемой 14 (24,1%). Часто наблюдаются трофические изменения ногтей: ногти ломкие, мягкие и расщепляющиеся, или на них имеются продольные бороздки или поперечные углубления. У 25 пациентов имелись тяжелые трофические изменения: ногти становились плоскими, выпуклость пропадает (платонихия), края отдельных ногтей у них приподняты. Эти все изменения ногтей и особенно колонихия являются очень характерными проявлениями длительной железодефицитной анемии. Наряду с изменениями формы и консистенции ногтей иногда можно видеть, что ногти меняют цвет и становятся бледными. В контрольной группе не наблюдались заболевания со стороны внутренних органов.

Риноскопическая картина обследованных больных укладывалась в классические описания ХАР. Обе половины носа были выполнены желтовато-зелеными или серо-желтыми корками. После тщательного удаления корок становились обозримыми не только полость носа, но и носоглотка. Слизистая оболочка сухая, атрофичная у 119 больных, а у остальных 6 больных слизистая оболочка была влажная, несмотря на то что в задних отделах носовых полостей были корки.

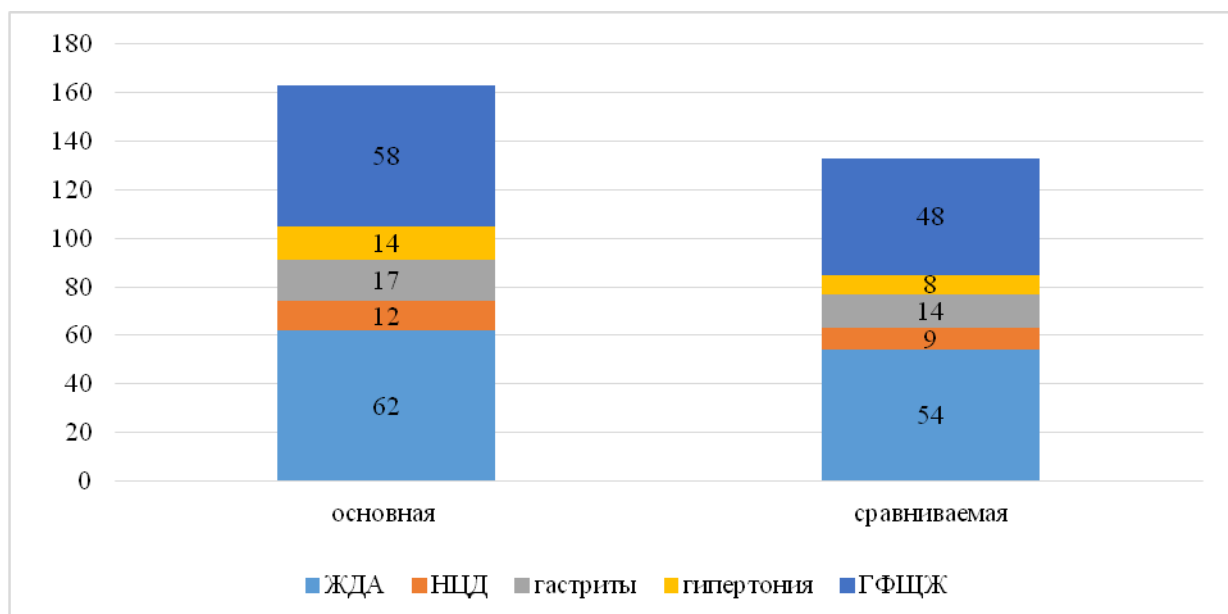


Рис. 1. Сопутствующая патология внутренних органов у больных с АР

Таблица 1. Сопутствующие заболевания лор органов в зависимости от групп

Название заболевания	1а	1 б	2 а	2 б	конт
Искривление носовой перегородки	12	0	14	0	2
Шип носовой перегородки	2	0	4	0	2
Хронический тонзилит	3	8	1	9	1
Хронический атрофический фарингит	8	19	4	11	0
Евстахеит	0	0	1	0	0
Хронический риносинусит	0	0	1	1	0
Хронический атрофический ларингит	8	6	4	7	0
Хронический гнойный средний отит, мезотимпанит в стадии ремиссии	1	0	0	1	0
Итого	34	33	29	29	5

Таблица 2. Оценка лабораторных показателей в двух группах пациентов при поступлении в стационар (M±m)

Клинико-лабораторные проявления Хронического атрофического ринита	Группы	
	Основная	Сравнения
Степень затруднения носового дыхания	1,4 ± 0,12	1,5 ± 0,13
Состояние транспортной функции слизистой оболочки	1,4 ± 0,14	1,5 ± 0,17
Состояние pH секрета	1,6 ± 0,19	1,4 ± 0,12
Содержание в секрете sIgA	1,6 ± 0,18	1,5 ± 0,16
Содержание в секрете лизоцима	1,4 ± 0,13	1,5 ± 0,14
Содержание в секрете ЦИК	1,4 ± 0,13	1,4 ± 0,14
Оценка характера морфотипа фаций	1,4 ± 0,15	1,4 ± 0,12

Примечание: все значения признаков между группами не достоверны ($p \geq 0,05$).

Таблица 3. Функциональное состояние полости носа в начале исследования у испытуемых разных групп

Группа	Показатели функций до лечения			
	Всасывательная ч.с.с	Выделительная (г)	pH	МЦТ
1А подгруппа	5,1±0,05	0,02±0,02	6,0±0,4*	35,8±2,7*
2А подгруппа	5,2±0,06*	0,01±0,01	6,1±0,3	36,8±3,3
1Б подгруппа	5,2±0,06	0,02±0,02*	6,1±0,5	37,6±3,4
2 Б подгруппа	5,3±0,07	0,02±0,02*	6,0±0,3	37,2±2,6*
Группа контроля	2,2±0,7	0,1±0,02	7,4±0,2	13±2

Примечание: * разница всех сравниваемых величин между группами статистически недостоверна ($p \geq 0,05$).

Таблица 4. Содержание иммуноглобулина А в смывах из полости носа и показатели местной неспецифической резистентности до лечения

Группы	sIg A	ЦИК (ед.опт.пл.)	лизоцим (мкг/л)
1А подгруппа	1,95±0,04	51,27±5,2	1,01±0,05
2 А подгруппа	1,71±0,12*	52,31±5,1	1,02±0,03*
1Б подгруппа	1,73±0,07*	49,16±4,7	1,04±0,02*
2 Б подгруппа	1,75±0,13*	51,81±4,3	1,03±0,04*
Группа контроля	0,25±0,032	28±4,6	3,36±0,07

Примечание: * - обозначена разница всех сравниваемых величин между группами статистически недостоверна ($p \geq 0,05$).

Риноскопическая картина характеризовалась бледно-розовым цветом слизистой полости носа, отеком и гипертрофией слизистой сошника, внутреннего края хоан, задних концов нижних носовых раковин, трубных валиков, в носовых ходах и носоглотке определялось скопление прозрачного серозно-слизистого отделяемого.

Кроме этого, во всех обследованных группах при помощи эндоскопического исследования выявлена сопутствующая патология лор органов (табл. 1).

Из данной таблицы 1 искривление перегородки носа, шип перегородки носа встречалось в основном во всех группах при первичной форме ХАР. А в группе контроля искривление пере-

родки, шип перегородки были не значительными и это не влияло на функциональные показатели слизистой оболочки полости носа. Во всех группах кроме контрольной наблюдались такие заболевания как тонзиллиты, фарингиты и ларингиты. В контрольной группе у 5 исследуемых встречались такие заболевания как искривление перегородки носа 2 случая, шип перегородки носа 2 случая и у 1-ого исследуемого простая форма хронический тонзиллит.

Как видно из данных таблицы 2 все клинико-лабораторные показатели в двух группах больных характеризовались либо как незначительные проявления, либо как выраженные. В основной группе средний показатель суммы баллов – $1,46 \pm 0,15$, в группе сравнения – $1,45 \pm 0,14$. По этим показателям основная группа больных не имела различий с группой сравнения. Это указывало на одинаковую стартовую позицию больных, которым в дальнейшем будет проведено тестирование на восстановительное лечение.

Большая часть исследуемых пациентов (65%) имели вторую степень нарушения транспортной функции слизистой оболочки полости носа, 23,33% - первую степень нарушения, 30,01% - вторую степень нарушения, а 11,66% - третью. Причиной этого является нарушение движения потока воздуха в полости носа, что в свою очередь приводит к нарушению функции ресничек слизистой оболочки полости носа. Как видно из приведённой таблицы показатели МЦТ и всасывательной функции СОПН обеих групп практически совпадают (табл. 3).

Средние показатели данной функции до лечения не имели значимых различий между группами ($p > 0,05$), но были достоверно выше нормальных значений ($p < 0,0001$). Местными факторами неспецифической резистентности полости носа и околоносовых пазух, осуществляющими защиту верхних дыхательных путей, являются: адекватная проходимость полости носа для дыхания, количество, качественный состав и pH носового секрета, содержание в нем активно фагоцитирующих клеток, целостность и двигательная активность реснитчатого эпителия.

Количество эндоназального и внутрипазушного лизоцима, вырабатываемого мононуклеарами и коррегирующего бактерицидную активность слизистой оболочки полости носа и ОНП, определяли стандартизированным методом нефелометрии, основанном на способности лизоцима секрета слизистой оболочки носа расщеплять полисахариды клеточной оболочки бактерий. Значения показателей местного иммунитета внутри сформированных групп пациентов с хроническим атрофическим инитом представлены в таблице 4.

Из данных, представленных выше таблицами видно, что до начала проведения терапевтических программ все группы по иммунологическим параметрам характеризовались полной однородностью характеристик функционального состояния полости носа. Все эти факторы тесно связаны между собой и функционально взаимосвязаны. Графическим отражением активности мукоцилиарного аппарата полости носа, по которому возможно было судить о состоянии мукоцилиарного клиренса является фация носового секрета. Морфотип фации определяется количественным содержанием и соотношением белков и солей (микроэлементов) во влаге носового секрета. А именно, эти вещества определяют фильтрацию физических, нейтрализацию химических и инактивацию биологических агентов, попадающих в полость носа с атмосферным воздухом. Для фаций испытуемых, у которых ведущим клиническим проявлением ХАР была атрофия слизистой оболочки при неярко выраженном экссудативном компоненте воспалительной реакции, наиболее характерным было формирование угнетенных «истонченных» кристаллов с асимметричным расположением ветвей I порядка, заметным уменьшением ветвей II порядка и отсутствием ветвей III порядка. При этом их продольный размер соответствовал длине кристаллов фаций нормального носового секрета (рис. 2).

Вторым вариантом морфотипа фаций при АР, наиболее часто встречавшимся у испытуемых, у которых ведущим клиническим симптомом заболевания была атрофия слизистой оболочки, образование корок и формирование кристаллов с ветвями I порядка и уменьшенным количеством ветвей II порядка, отходящими под острым углом. Морфотип фации определяется количественным содержанием и соотношением белков и солей (микроэлементов) во влаге носового секрета. А именно, эти вещества определяют фильтрацию физических, нейтрализацию химических и инактивацию биологических агентов, попадающих в полость носа с атмосферным воздухом. Кроме того, именно они задают физико-химические параметры носового секрета (густоту, тяжесть, pH), которые являются определяющими для нормальной работы реснитчатого эпителия.

Имеющиеся данные о нарушении деятельности щитовидной железы у больных ХАР и йодной недостаточности в регионе Самаркандской области выявили высокую заболеваемость в районах, расположенных в горной местности. Таким образом, при исследовании функции щитовидной железы выявлена ее дисфункция у 95 из 125 больных; у подавляющего большинства (84 из 125) - гиподисфункция, у 36 - гипердисфункция и только у 5 больных функция щитовидной железы не изменена.

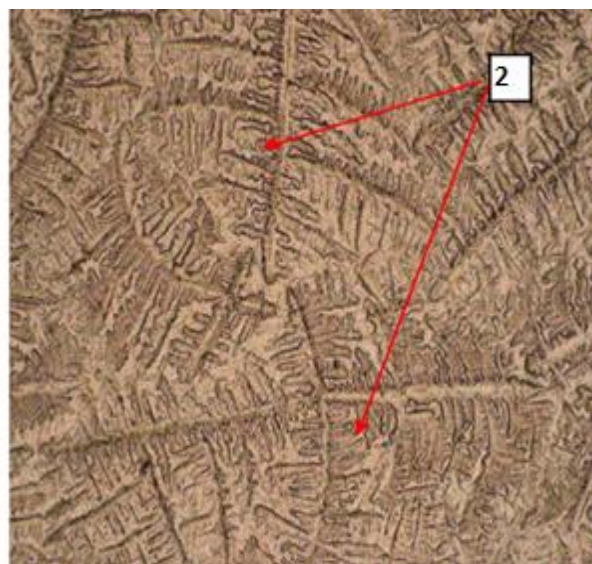


Рис. 2. Угнетенные «истонченные» кристаллы (1) центральной зоны фации носового секрета при ХАР (а) и кристаллы фации носового секрета (2)

Изменение функции щитовидной железы в сторону понижения, приводит к нарушению в той или иной степени деятельности всех систем организма.

Все эти сдвиги находят свое отражение в физико-химическом составе крови, в связи с чем изучение некоторых биохимических изменений у этих больных позволяет правильно оценить тяжесть заболевания. Уровень гемоглобина и конечный результат его снижения – анемия, и, как следствие, гипоксия – является одним из наиболее частых проявлений атрофического ринита, оказывает негативное влияние на качество жизни больных. При анализе особенностей гемограммы больных до начала терапии средний уровень гемоглобина (Hb 114,15 г/л \pm 8,6 г/л) определялась у 27 больных (37,5 %), средней степени (Hb 80,7 г/л \pm 5,89 г/л) у 3 (4,2 %) пациентов и тяжелой степени (Hb 62,5 г/л \pm 4,9 г/л) также у 3 (4,2 %) человек. Выявленные анемии носили нормохромный характер у 58 (80,6 %) больных (цветовой показатель $0,92 \pm 0,05$) и у 18 (69,2 %) пациентов (цветовой показатель $0,88 \pm 0,1$), тогда как у 14 (19,4 %) обследованных и у 8 (30,8 %), со средним уровнем цветового показателя $0,78 \pm 0,05$ и $0,76 \pm 0,58$ соответственно. При исследовании уровня сывороточного ферритина в группе пациентов средний уровень составил $394,36 \text{ нг/мл} \pm 25,16 \text{ нг/мл}$, что достоверно снижало (в 5,6 раз) показатели контрольной группы – $70,39 \text{ нг/мл} \pm 65,7 \text{ нг/мл}$ ($p < 0,001$). В группах больных концентрация ферритина также была достоверно выше нормативных значений – $40,2 \text{ нг/мл} \pm 25,04 \text{ нг/мл}$ ($p < 0,001$) и $37,76 \text{ нг/мл} \pm 27,55 \text{ нг/мл}$ ($p < 0,001$) соответственно. Только у 43 (43,8 %) из 98 пациентов концентрация ферритина сыворотки была ближе нормативным показателям – 10–350 нг/мл. У 53 (54,2 %) больных было отмечено снижение сыво-

роточного ферритина (менее 35 нг/мл) со средней концентрацией $58,62 \text{ нг/мл} \pm 13,6 \text{ нг/мл}$, что было достоверно (в 8,3 раза) ниже значений группы контроля ($p < 0,001$), и у 2 (2,04 %) пациентов была выявлена концентрация ферритина сыворотки менее 10 нг/мл ($p < 0,05$ в сравнении с показателями контрольной группы).

Выводы. При хроническом атрофическом рините на 41% ($p < 0,05$) уменьшается проходимость носа, в 1,9 раза ($p < 0,05$) увеличивается секреция и на 15 % ($p < 0,05$) снижается кислотность среды и секрета, на 73 % ($p < 0,05$) уменьшается мукоцилиарный клиренс. Расстройства в звеньях местного иммунитета слизистой оболочки носа проявляются в увеличении производства IgA на 97 % ($p < 0,05$) с одновременным снижением продукции sIgA в 5,2 раза ($p < 0,05$). Угнетение неспецифической резистентности слизистой оболочки носа выражается в снижении концентрации лизоцима на 42 % ($p < 0,05$) и в увеличении содержания ЦИК на 82 % ($p < 0,05$). У пациентов с хроническим атрофическим ринитом на фоне гипофункции щитовидной железы уменьшается выработка ТТ4 и ТТ3, за счет этого компенсаторно усиливается выработка ТТГ, при этом низкая концентрация ферритина в крови свидетельствует о латентной форме ЖДА, вследствие гипоксии тканей слизистой оболочки, которая приводит к атрофическому процессу в полости носа. Фации носового секрета, образуемые в результате перехода жидкой части секрета в твердую, отражают физико-химические его свойства и активность мукоцилиарного аппарата полости носа и околоносовых пазух больных. По степени структурных нарушений все морфотипы фаций носового секрета можно дифференцировать как умеренные и выраженные. Они тесно связаны с

функциональными расстройствами слизистой оболочки носа у больных хроническим атрофическим ринитом неспецифической резистентности слизистой оболочки носа.

Литература:

1. Гуров А. В., Юшкина М. А. Возможности терапии атрофического ринита различной этиологии // Медицинский совет. – 2018. – №. 20. – С. 100-106.
2. Кубаев А. С., Каршиев Ш. Г., Базаров Б. Наш опыт хирургического лечения переломов нижней челюсти // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 1.
3. Насретдинова М. Т. и др. Оптимизация консервативного лечения больных с тиннитусом // The 3rd International scientific and practical conference "European scientific discussions" (February 1-3, 2021) Potere della ragione Editore, Rome, Italy. – 2021. – Т. 800. – С. 114.
4. Насретдинова М., Шадиёв А. Комплексный метод лечения больных хроническим атрофическим ринитом // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 84-87.
5. Насретдинова М. Т. и др. Эффективность некоторых методов лечения больных с полипозным риносинуситом // междисциплинарный подход по заболеваниям органов головы и шеи. – С. 273.
6. Ризаев Ж. А., Нурмаматова К. Ч., Стожарова Н. К. Аллергический ринит среди детей Узбекистана // Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов. – 2020. – С. 71-71.
7. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.
8. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
9. Anufrienko S. M. et al. Vaccine" RhiniPig" against atrophic rinitis, and How to create conditions for decrease of concentration of bacterial respiratory microflora on a pig farm complex // Svinovodstvo (Moskva). – 2018. – №. 4. – С. 73-75.

10. Gutiérrez Hernández R. et al. Atrophic Rinitis in suis // REDVET. – 2013. – Т. 14. – №. 4.

11. Hernández R. G., Falcón Y. J. M., Magaña R. O. B. Rinitis Atrófica del Cerdo // REDVET. Revista Electrónica de Veterinaria. – 2013. – Т. 14. – №. 4. – С. 1-3.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

Насретдинова М.Т., Шадиёв А.Э., Хайитов А.А.

Резюме. Проблема выбора своевременной диагностики пациентов с хроническим атрофическим ринитом остается актуальной в современной оториноларингологии и среди хронических ринитов различных этиологий частота атрофического ринита в среднем составляет 26 - 40%. Совершенствование методов ранней профилактики, диагностики, лечения хронического атрофического ринита является одной из актуальной проблемой в оториноларингологии. Целью исследования является разработка предложений и рекомендаций, направленных на повышение эффективности диагностики больных с хроническим атрофическим ринитом. В исследование были включены 125 пациентов с первичной и вторичной формой атрофического ринита. В качестве предмета исследования была взята венозная кровь и сыворотка крови больных для общеклинических и иммунологических исследований, для изучения морфологии была взята носовая жидкость. Всем исследуемым пациентам с целью выявления нормальных значений были применены следующие методы исследования: исследование транспортной, всасывательной функции носа, иммунологические показатели назального секрета, а также выявление тиреотропного гормона, морфотипа твердой фазы носового секрета и определения ферритина в крови. Расстройства в звеньях местного иммунитета слизистой оболочки носа проявляются в увеличении производства IgA на 97 % с одновременным снижением продукции sIgA в 5,2 раза. Угнетение неспецифической резистентности слизистой оболочки носа выражается в снижении концентрации лизоцима на 42 % и в увеличении содержания ЦИК на 82 %. У пациентов с хроническим атрофическим ринитом на фоне гипофункции щитовидной железы уменьшается выработка ТТ4 и ТТ3, за счет этого компенсаторно усиливается выработка ТТГ, при этом низкая концентрация ферритина в крови свидетельствует о латентной форме ЖДА, вследствие гипоксии тканей слизистой оболочки, которая приводит к атрофическому процессу в полости носа.

Ключевые слова. Хронический ринит, тиреотропный гормон, ферритин, иммуноглобулины, носовой секрет.