

ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ**М. Т. Насретдинова, А. Э. Шадиев**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: субатрофия, корки, ферритин, железо, нейтропения.**Таянч сўзлар:** субатрофия, қобик, ферритин, темир, нейтропения.**Key words:** subatrophy, crusts, ferritin, iron, neutropenia.

Хронический атрофический ринит среди всех заболеваний лор органов встречается в 10% случаях. Данный процесс очень редко носит диффузный характер и в основном от недуга страдает полость носа и носоглотка, а иногда и оболочка трахеи. Целью исследования явилось исследование показателей общего анализа крови, железа и ферритина в крови. Было проведено исследование 20 человек с диагнозом атрофический ринит. После первичной реакции, выражающейся в виде усиленной продукции костного мозга, вторично наступает уже значительное превалирование лимфоцитов. Исходя из этого, можно прийти к выводу что дегенеративный сдвиг при увеличении числа лимфоцитов должен свидетельствовать, по-видимому, о хроническом инфекционном раздражителе.

СУРУНКАЛИ АТРОФИК РИНИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚОНДАГИ ЎЗГАРИШЛАР**М. Т. Насретдинова, А. Э. Шадиев**

Самарканд Давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

ЛОР аъзоларининг барча касалликлари орасида сурункали атрофик ринит 10% ҳолларда учрайди. Бу жараён жуда камдан-кам ҳолларда тарқалган ва асосий касалликдан келиб чиқади, бурун бўшлиғи, бурун-ҳалқум ва баъзан трахея мембраналари зарарланади. Тадқиқот мақсади қонда темир, темир ва ферритиннинг умумий таҳлилининг кўрсаткичларини ўрганиш эди. Атрофик ринит ташҳиси қўйилган 20 кишида тадқиқот ўтказилди. Суяк илиғи ишлаб чиқаришининг кўпайиши шаклида ифодаланган дастлабки реаксиядан сўнг лимфотситлар яна кўпайиб кетади. Бунга асосланиб, лимфотситлар сонининг кўпайиши билан дегенератив силжиш сурункали инфекция фактор таъсир кўрсатиши керак деган хулосага келиш мумкин.

CHANGES IN BLOOD COUNTS IN PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC RHINITIS**M. T. Nasretdinova, A. E. Shadiev**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Chronic atrophic rhinitis among all diseases of the ENT organs occurs in 10% of cases. This process is very rarely diffuse and mainly from an ailment, the nasal cavity and nasopharynx are sometimes tracheal membranes. The aim of the study was to study the indicators of a general analysis of blood, iron and ferritin in the blood. A study was conducted of 20 people with a diagnosis of atrophic rhinitis. After the initial reaction, expressed in the form of increased bone marrow production, a significant predominance of lymphocytes sets in again.

Based on this, it can be concluded that a degenerative shift with an increase in the number of lymphocytes should apparently indicate a chronic infectious irritant.

Актуальность. Во всем мире, наверно, невозможно отыскать человека, который не знал бы что такое насморк, хотя это довольно распространенное явление. Очень немногие занимаются лечением насморка, и напрасно, потому что одним из осложнений данного недуга может стать атрофический ринит, который подразумевает под собой воспалительное заболевание полости носа и носоглотки [1,3,6]. Происходящие изменения слизистой оболочки носа опасны, могут приводить в дальнейшем к изменениям костной ткани. Возбудителями атрофического ринита являются инфекции, что говорит об отрицательном воздействии на организм. Субатрофический ринит встречается у 10% пациентов с хроническими заболеваниями носовой полости, и характеризуется длительным течением, невыраженными симптомами сухости и зуда в носу, затруднением дыхания [2,3,7]. Спровоцировать такое состояние могут хронические болезни. Хронический субатрофический ринит возникает вследствие эндогенных и экзогенных факторов. Заболевания желудочно-кишечного тракта, мочеполовой и нервной системы относятся к общим причинам. Они способствуют развитию

патогенной (болезнетворной) микрофлоры, накоплению продуктов распада клеток в организме. При этом нарушается регуляция восстановления эпителия носовой полости, клетки начинают замещаться соединительной тканью [3,5,6]. Атрофический процесс очень редко носит диффузный характер. Страдает от недуга полость носа и носоглотка иногда оболочки трахеи. Такое состояние присуще озене, когда глубоко поражаются все слои стенки носовой полости. При субатрофическом рините претерпевают в основном дистрофические изменения эпителиальные клетки, резко уменьшается их численность, они неспособны выделять достаточное количество защитной слизи. Мерцательный эпителий утрачивает экскреторную функцию, повышается рН (кислотность), что способствует развитию патогенных микробов [1,6]. Клинические признаки заболевания развиваются постепенно и при этом всё чаще обостряется бактериальный насморк. Слизистые выделения приобретают гнойный вид (зелёный цвет). Происходит загустение, формирование корочек и нарушается кровоснабжение слизистого слоя, начинаются дистрофические изменения в тканях [6].

Целью исследования явилось исследование показателей крови у больных с хроническим атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. В клинике Самаркандского медицинского института с 2017 по 2019 год обследовано 20 человек, из них 11 мужчин и 9 женщин с диагнозом хронический атрофический ринит в возрасте 15—70 лет. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа - 9 больных, после проведенных оперативных вмешательств на перегородке и полости носа. Предъявляли жалобы на образование корок в носу, атрофию, сухость слизистой, слабость, нарушение дыхания. Вторая группа больных—11 больных, ранее не оперированных на полости носа и перегородке носа. Предъявляли жалобы на сухость и образование корок в носу. Все они имели признаки атрофического поражения носовой полости, но ранее не находились на амбулаторном приеме у оториноларинголога. Больным было произведено исследование общего анализа крови, железа, ферритина в крови. Как правило, исследование плазмы на содержание железа и ферритина проводится с 8 до 10 утра. Анализ сдается на голодный желудок. За день до забора крови следует воздержаться от приема жирной пищи и употребления алкоголя. Выполняется в комплексе с исследованиями на гемоглобин, трансферрин, общую железосвязывающую способность сыворотки (ОЖСС) и ферритин. Результаты необходимы для выявления дефицита железа, диагностики и мониторинга лечения анемий, наследственного гемохроматоза, инфекций, системных воспалительных болезней и нарушений всасывания веществ в кишечнике. Забор крови выполняется из вены. В течение 30 минут до забора нужно воздерживаться от курения и физической активности, избегать переживаний и эмоционального напряжения. Для получения корректных результатов за 7-10 дней до сдачи крови необходимо приостановить прием пищевых добавок и лекарств, содержащих железо. Исследование проводится колориметрическим фотометрическим методом (с феррозином). В норме у мужчин содержание железа в сыворотке составляет 11,6-31,3 мкмоль/л, у женщин – 9,0-30,4 мкмоль/л [6,7]. Срок выполнения анализа не превышает 1 рабочего дня. Определение железа выполняется колориметрическим методом, часто с использованием феррозина.

Результаты исследования: Суммируя и обобщая данные картины крови, можно свести их к следующему: общее количество лейкоцитов в 57,5% случаев было нормальным, в 25% мало выраженный лейкоцитоз и в 17,5% некоторая лейкопения. Нейтрофильная группа лейкоцитов отличалась уменьшением процентного содержания и характеризовалась дегенеративными формами как сегментированных клеток, так и палочкоядерных. Число палочко-видных в большей части гемограмм было уменьшенным и лишь в 12-ти случаях несколько увеличенным, хотя дегенерация была достаточно выражена. Количество эозинофилов у преобладающего большинства больных 64% было нормальным у других же давало некоторые колебания в ту или другую сторону. Число моноцитов за немногими исключениями, особых отклонений не имело, определенной же закономерности в изменениях их процентного содержания на нашем материале отметить трудно.

Таблица 1.

Выявленные измененные показатели гемограммы у больных с атрофическим ринитом.

	лейкоцитоз	лимфоцитоз	Ферритин снижен менее 10 нг/мл	Fe в крови снижено менее 5,83 мкмоль/л
1 группа (n= 9)	7	6	8	9
2 группа (n =11)	8	7	11	11
Всего 20	15	13	19	20

Разбирая приведенные здесь гемограммы больных с атрофическим ринитом, мы старались найти какую-либо зависимость между клинической картиной болезни и изменениями крови. Наиболее интересным в нашем материале является то обстоятельство, что количество нейтрофилов представлялось значительно ниже средней нормы. Всякое раздражение производит функциональное изменение лейкоцитарной формулы. Чем продолжительнее, и интенсивнее раздражение, тем оно больше действует на лейкопоэтические органы.

Как видно из таблицы 1 в первой группе больных, отличающимися более яркими клиническими явлениями и длительностью страданиями, уменьшение числа сегментированных и наличие сдвига представлено более резко. Очевидно, раздражение, вызвавшее эти изменения, оказало угнетающее действие на продукцию нейтрофильной части. Во второй группе с менее выраженными клиническими симптомами раздражающий момент, вероятно, еще не вызвал этого угнетения, и мы имеем некоторую нейтропению с явлениями незначительного сдвига или нормальные показатели крови.

При исследовании сывороточного железа в крови у всех обследованных больных мы выявили низкий показатели. В норме у больных нормальными значениями железа для взрослого пациента являются показатели от 5,83 до 34,5 мкмоль/л. У 11 больных показатели были в пределе 4,35 мкмоль/л, у 9 больных 6,35 мкмоль/л. Определенный дегенеративный сдвиг при этих страданиях указывает на постоянство причины, действующей на организм. В физиологических условиях ферритин отражает содержание железа в крови. Так 1 мкг/л ферритина крови соответствует 8 мг депонированного железа. В 2-х группах больных также было отмечено снижение ферритина в крови ниже 10 нг/мл.

Две большие системы, противоположные по характеру лимфоциты и ферритин в крови стоят в тесной зависимости между собой. При уменьшении общего числа лейкоцитов с нейтропенией и дегенеративным сдвигом встречается лимфоцитоз, и на этом фоне выявлено снижение железа и ферритина в крови. Определенный дегенеративный сдвиг указывает на постоянство причины, действующей на организм. Отсутствие сдвига ядра нейтрофилов всегда говорит против инфекции. При вышеуказанном заболевании после первичной реакции, выражающейся в виде усиленной продукции костного мозга, вторично наступает уже значительное превалирование лимфоцитов.

Исходя из этого, можно прийти к выводу что дегенеративный сдвиг при увеличении числа лимфоцитов должен свидетельствовать, по-видимому, о хроническом инфекционном раздражителе. Но менее выраженные изменения не только не исключают инфекции, но подтверждают наше заключение тем, что инфекция, являющаяся раздражителем, еще в силу тех или иных условий не приобрела у этих больных значения хронического фактора. Хотя у больных с хроническим атрофическим ринитом также наблюдается снижение железа и ферритина в крови, что в основном может и является основным фактором, обуславливающим образование сухости и корок в носу.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование – М.Т. Насретдинова.

Концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – А.Э. Шадиев.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Использованная литература:

1. Хайитов А. А., Хушвакова Н. Ж., Насретдинова М. Т. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом // Инновационные технологии в медицине детского возраста северо-кавказского федерального округа . – 2017. – С. 93-95.
2. Насретдинова М. Т. др. Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов // Вестник врача. – С. 27.
3. Кодиров О. Н. и др. Применение препарата дермазол при лечении наружных отитов у детей //Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2014. – №. 2-3.
4. Насретдинова М. Т., Матниязов Г. А., Самиева Г. У. Местное применение мази Мирамистин-Дарница с эндоауральной локальной аэрацией кислородом при консервативном лечении детей, больных хроническим гнойным средним отитом //Журнал ушных, носовых і горлових хвороб. – 2013. – №. 1. – С. 26-29.
5. Nasretdinova M. T., Karabaev H. E. The use of vestibular rehabilitation in patients with violations of the vestibular analyzer //Science and Innovations in Medicine. – 2018. – №. 1. – С. 66-68.
6. Joseph C. Segen, Concise Dictionary of Modern Medicine, New York, McGraw-Hill, 2006. ISBN 978-88-386-3917-3.
7. Douglas M. Anderson; A. Elliot Michelle, Mosby's medical, nursing, & Allied Health Dictionary sesta edizione, New York, Piccin, 2004. ISBN 88-299-1716-8.