




JOURNAL OF ORAL MEDICINE AND CRANIOFACIAL RESEARCH

ЖУРНАЛ СТОМАТОЛОГИИ И КРАНИОФАЦИАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна
Шадиев Анвар Эркинович

Самаркандский государственный медицинский институт

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0966-2021-3-16>

АННОТАЦИЯ

Сыворотка железа является транспортным средством и находится в тесном взаимодействии со всеми видами активного железа в организме. Было обследовано всего 310 пациентов, наблюдаемых в сроки от 1 года до 5 лет. Длительность и количество курсов железотерапии зависит от первоначального уровня сывороточного железа и его динамики в процессе лечения. Количество железа в сыворотке крови доноров колеблется от 74,8 до 119,0 мкг у мужчин и от 55,7 до 104,3 мкг у женщин. При обследовании практически здоровых людей мы получили следующие результаты: у мужчин $62 \pm 3,8$ мкг, у женщин $67 \pm 3,9$ мкг. У наблюдаемых нами больных атрофическим ринитом уровень негемоглобинового железа крови был значительно ниже нормы и составлял в среднем у мужчин $43 \pm 2,5$ мкг, у женщин – $38 \pm 2,8$ мкг. На основании полученных нами результатов мы рекомендуем при незначительных и умеренном атрофическом рините, а также у всех пожилых лиц проводить консервативное лечение, включающее препараты железа и антимикробные средства.

Ключевые слова: атрофический ринит, гипосидероз, субатрофия, сывороточное железо.

Makhzuna T. Nasretdinova
Anvar E. Shadiev

Samarkand State Medical Institute

COMPLEX METHOD OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC ATROPHIC RHINITIS

ANNOTATION

Serum iron is transportable and closely interacts with all types of active iron in the body. A total of 310 patients were examined, followed up for periods from 1 to 5 years. The duration and number of courses of iron therapy depends on the initial level of serum iron and its dynamics during treatment. The amount of iron in the blood serum of donors ranges from 74.8 to 119.0 mg in men and from 55.7 to 104.3 mg in women. When examining practically healthy people, we received the following results: for men $62 \pm 3,8$ mcg, women $67 \pm 3,9$ mg. In the patients with atrophic rhinitis observed by us, the level of non-hemoglobin iron in the blood was significantly lower than normal and averaged $43 \pm 2,5$ mcg for men, and $38 \pm 2,8$ mcg for women. Based on our results, we recommend conservative treatment, including iron supplements and antimicrobial agents, for minor and moderate atrophic rhinitis, as well as in all elderly people.

Key words: atrophic rhinitis, hyposiderosis, subatrophy, serum iron.

Nasretdinova makhzuna takhsinovnas
Shadiev Anvar Erkinovich

Samarkand davlat tibbiyot institute

XRONIK ATROFIK RINIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARNI DAVOLASHNING KOMPLEKS USULI

ANNOTATSIYA

Sarum temirini tashish mumkin va u tanadagi faol temirning barcha turlari bilan chambarchas ta'sir o'tkazadi. Hammasi bo'lib 310 nafar bemor tekshirilib, 1 yildan 5 yilgacha bo'lgan davrda kuzatildi. Temir terapiyasi kurslarining davomiyligi va soni zardobdagi temirning boshlang'ich darajasiga va davolanish paytida uning dinamikasiga bog'liq. Donorlarning qon zardobidagi temir miqdori erkaklarda 74,8 dan 119,0 mkg 11 gacha, ayollarda 55,7 dan 104,3 mkg gacha. Amaliy sog'lom odamlarni tekshirganda, biz quyidagi natijalarni oldik: erkaklar uchun $62 \pm 3,8$ mkg, ayollar $67 \pm 3,9$ mkg. Biz kuzatgan atrofik rinitli bemorlarda qondagi gemoglobin

bo'lmagan temir darajasi odatdagidan ancha past bo'lib, erkaklar uchun $43 \pm 2,5$ mkg, ayollar uchun $38 \pm 2,8$ mkg ni tashkil qiladi. Olingan natijalarga asoslanib, biz konservativ davolanishni tavsiya qilamiz, jumladan temir qo'shimchalari va mikroblarga qarshi vositalar, kichik va o'rtacha atrofik rinitda, shuningdek, barcha kekxa odamlarda.

Kalit so'zlar: atrofik rinit, giposideroz, subatrofiya, zardobdagi temir.

Введение. Хронический атрофический ринит представляет собой упорное, длительно протекающее заболевание, которое значительно снижает трудоспособность больных и резко ограничивает их производственные и общественные контакты. Методов лечения больных атрофическим ринитом много, однако почти все они настолько малоэффективны, что многие пациенты, разуверившиеся в возможностях медицины, совсем не обращаются за помощью. При установлении клинической формы заболевания мы выделяли три степени (или стадии) в зависимости от выраженности типичных симптомов этого процесса: атрофии, ширины полости носа, количества корок, остроты и устойчивости неприятного запаха, степени снижения обоняния. При дифференциальной диагностике основное значение придавалось выявлению гипосмии, которая, как правило, всегда имеет место даже в самом начале заболевания и результатам бактериологических и серологических исследований.

Основные затруднения при лечении больных атрофическим ринитом связаны с тем, что этиология и патогенез заболевания все еще не выяснены. Из многочисленных трактовок атрофического ринита в настоящее время имеют наибольшее число сторонников инфекционная теория и гипотеза гипосидероза. Сыворотка железа является транспортным и находится в тесном взаимодействии со всеми видами активного железа в организме. Определение его содержания в сыворотке крови позволяет судить как о состоянии обмена и резервов железа, так и о функциональной деятельности костного мозга. В то же время между уровнем сывороточного железа крови, с одной стороны, и числом эритроцитов, процентным содержанием гемоглобина, с другой, определенной зависимости нет. Более того, дефицит железа в организме может быть и при нормальном количестве гемоглобина и эритроцитов, так как функция гемоглобинообразования является важнейшей в обмене железа и синтез гемоглобина происходит удовлетворительно вплоть до полного истощения запасов железа в организме. С другой стороны, теория гипосидероза, выдвинутая И. Бернатом, впервые позволила объяснить многие особенности течения и распространения озены и дала в руки врача наиболее эффективный метод лечения больных. В то же время нельзя объяснить возникновение атрофического ринита только железodefицитным состоянием, так как известно, что далеко не всегда хронические железodefицитные анемии сопровождаются признаками заболевания. Планировать и проводить лечение необходимо с учетом степени заболевания и возраста больных.

Целью исследования явилось введение тактики лечения больных с атрофическим ринитом.

Материалы и методы исследования. На кафедре оториноларингологии Самаркандского медицинского института разработан комплексный метод лечения больных атрофическим ринитом, при котором стойкие положительные результаты (практическое выздоровление и значительное улучшение) отмечены у 257 (85%) из 310 больных, наблюдаемых в сроки от 1 года до 5 лет.

Предложенный нами метод отличается от всех используемых ранее тем, что, во-первых, он исходит из двух факторов, имеющих при атрофическом рините и играющих решающую роль в патогенезе заболевания: гипосидероза и инфекционного начала; во-вторых, проводимая терапия базируется на четких лабораторных тестах, позволяющих точно дозировать, индивидуализировать и контролировать проводимое лечение.

В связи с этим мы относим атрофический ринит к полиэтиологическим заболеваниям. Возможно, что в его развитии играют роль оба отмеченных фактора: и гипосидероз. При этом первичным, по нашему мнению, является гипосидероз, возникающий вследствие каких-либо внешних или внутренних причин, ведущих к нарушению обмена железа, которое ослабля организм больного вызывает начальные атрофические изменения в тканях носа, что способствует внедрению инфекционного агента. Хотя данные предположения экспериментально не подтверждены и требуют основательного изучения, но сам факт наличия при атрофическом рините гипосидероза и инфекции свидетельствует о том, что лечение этих больных следует проводить комплексным методом, а его основными компонентами должны быть антимикробные средства и препараты железа.

У больных молодого возраста с атрофическим ринитом при наличии значительной деформации (расширение полости носа) указанное лечение дополняется хирургическим вмешательством, предусматривающим сужение носовых ходов.

Как свидетельствуют данные многих авторов, у больных атрофическим ринитом на протяжении всего периода наблюдений в большинстве случаев (в среднем около 20 %) высевается клебсиелла озены и определяются антитела в сыворотке крови. Это говорит о том, что антимикробная терапия при атрофическом рините должна проводиться длительно, с периодическими повторными курсами. При выборе препарата необходимо руководствоваться данными исследования на чувствительность вегетирующей флоры носа. Из применяемых в настоящее время антибиотиков наибольшее распространение получил стрептомицин, обладающий избирательным действием на палочку озены. Мы используем на курс лечения 15 г стрептомицина (по 500 тыс. ед. ежедневно) с последующим повторным введением такого же количества препарата через 4-6 месяцев препараты назначаются местно в полость носа. Для этой цели рекомендуется применять предложенный нами свежеприготовленный антимикробный раствор, содержащий 500 тыс. ед. стрептомицина в 5 мл физиологического раствора и такое же количество 0,5 раствора этония. При микробиологических исследованиях раствор стрептомицина с этонием оказался в 3- 5 раз эффективнее стрептомицина как в отношении общей флоры носа, так и клебсиеллы озены. Антимикробные растворы вводятся в нос ежедневно на тампонах или назначаются в виде капель в течение 2-3 недель.

Для инсуфляций мы применяли 2-3 раза в неделю апробированный нами препарат циминаль, который,

помимо антимикробных свойств, обладает выраженным дезодорирующим свойством и раздражающим воздействием на слизистую оболочку носа.

Результаты исследования. В настоящее время установлено, что большинство больных озоной страдают железodefицитной анемией. Многие авторы при исследованиях различными методами обнаружили при озоной статистически достоверное снижение негемоглобинового сывороточного железа крови по сравнению с нормой.

Поэтому нормальное количество гемоглобина и эритроцитов в крови больных атрофическим ринитом не является доказательством отсутствия у них анемии и не должно быть противопоказанием при назначении железотерапии. Следовательно, только результаты определения сывороточного железа в крови позволяют судить о состоянии обмена железа в организме больного и выявить у него наличие гипосидероза.

Длительность и количество курсов железотерапии зависит от первоначального уровня сывороточного железа и динамики в процессе лечения. Количество железа в сыворотке крови доноров колеблется от 74,8 до 119,0 мкг у мужчин и от 55,7 до 104,3 мкг у женщин. При обследовании практически здоровых людей мы получили следующие результаты: у мужчин $62 \pm 3,8$ мкг, у женщин $67 \pm 3,9$ мкг. У наблюдаемых нами больных атрофическим ринитом уровень негемоглобинового железа крови был значительно ниже нормы и составлял в среднем у мужчин $43 \pm 2,5$ мкг, у женщин - $38 \pm 2,8$ мкг %

Для ликвидации гипосидероза у больных атрофическим ринитом рационально использовать препараты растворимого железа, предназначенные для внутривенного или внутримышечного введения.

Мы рекомендуем применять следующие из них: а) феррум лек (Ferrum-Leck) по 5 мл для внутривенного введения и по 2 мл - для внутримышечного; б) эктофер (Ektofer) по 2 мл внутримышечно. В каждой ампуле этих препаратов содержится 100 мг железа. Внутримышечные инъекции железа производятся ежедневно или через день, внутривенные - 2-3 раза в неделю. На один курс требуется 20 инъекций, при которых вводится 2 г железа, что приводит к повышению уровня сывороточного железа крови в среднем на 15 мкг. За весь период исследований каких-либо осложнений после применения препаратов растворимого железа мы не отмечали.

Менее эффективными являются препараты железа для перорального применения, что, по-видимому, объясняется нарушением при всасывании железа в желудочно-кишечном тракте. У большинства больных атрофическим ринитом наблюдается снижение кислотности желудочного сока, а для усвоения железа необходимо достаточное количество соляной кислоты в желудке и насыщение организма аскорбиновой кислотой.

Для пероральной железотерапии больных озоной можно использовать любые стандартные прописи железа. Например, следующую: *Ferri reducti* 1,0. *Acidi ascorbinici* 0,1. Облатки следует запивать 2 % раствором соляной кислоты с пепсином (1 ст. ложка). Прием лекарства следует проводить за 0,5-1 ч до еды, так как резорбция двухвалентного железа на желудочно-кишечный тракт происходит лучше перед едой. Далее можно рекомендовать сироп алоэ с железом по

чайной ложке 3 раза в день. Указанные препараты мы применяли в первые годы за больными атрофическим ринитом. Следует отметить, что для достижения положительного результата при таком способе железотерапии требуется длительное время (3-4 месяца), а суточная доза должна составлять не менее 3 г железа, так как при анемических состояниях задержка железа в организме происходит только в случае введения больших доз. Суточную дозу препаратов железа следует увеличивать постепенно, так как в первые дни лечения они могут вызывать различные диспептические явления.

Из новых препаратов для перорального применения рекомендуем применять ферроцерон в виде таблеток по 0,3 г (содержащих 0,04 г железа) 3 раза в день после еды в течение 30 дней.

Второй курс железотерапии мы назначали чаще всего через 4-6 месяцев в количестве 1,0-1,5 г растворимого железа, а последующие - лишь при обострении процесса. У больных с низким и неустойчивым уровнем сывороточного железа в течение двух лет весной проводили профилактический курс, состоящий из 10-15 инъекций.

Следует отметить, что при всех вариантах лечения, особенно в первое время, необходимо широко проводить различные гигиенические мероприятия, направленные на механическое удаление из полости носа патологического содержимого, особенно корок, которые являются главным источником неприятного запаха, с этой целью рекомендуется применять тугую тампонаду носовых ходов ватно-марлевыми тампонами (по Готштейну), смоченными вазелином или любым другим жиром, с последующим промыванием полости носа физиологическим раствором с помощью шприца и иглы Куликовского. Манипуляция выполняется ежедневно или через день (но не реже), так как образование корок и появление сильного запаха происходит через двое суток. В дальнейшем, спустя 2-3 недели, когда содержимое полости носа разжижается и отторжение корок облегчается, больной должен промывать нос щелочным раствором или отваром трав смягчающего действия 2-3 раза ежедневно, используя резиновую грушу - спринцовку. При локализации корок в глотке и гортани применяют соответствующие полоскания, ингаляции, вливания и т. д.

В заключение можно сказать, что лечение больных атрофическим ринитом является длительным и кропотливым делом, требующим большой настойчивости и терпения от врача и больного. Однако при тщательном выполнении и проведении полного курса комплексного лечения в большинстве случаев удается облегчить состояние больного и получить хорошие результаты. На основании полученных нами результатов мы рекомендуем при незначительных и умеренном атрофическом рините, а также у всех пожилых лиц проводить консервативное лечение, включающее препараты железа и антимикробные средства.

В ы в о д ы

1. Лечение больных атрофическим ринитом необходимо проводить с комплексным методом с учетом наличия у них железodefицитной анемии и инфицирования клебсиеллой Абеля Левенберга.

2. При атрофическом рините показано консервативное лечение, включающее препараты растворимого железа и антимикробные средства.

Использованная литература

1. Абдурахманова А.А. Оценка носового дыхания методом передней активной риноманометрии при вазомоторном и аллергическом ринитах у детей (краткое сообщение) / А.А. Абдурахманова // Рос. вестн. перинатол. и педиатрии.-2007,-№2.-С.-30.
2. Абдурахманова А.А. Оценка вегетативного статуса и гемодинамических показателей при вазомоторном и аллергическом рините у детей / А.А. Абдурахманова, Ю.М.Белозеров, Х.М. Маккаев // Российская оториноларингология.-2006.-№4(23).-С.39-43.
3. Абдурашитов Р.Ш. К вопросу о некоторых анатомических особенностях преддверия носа, требующих хирургической коррекции / Р.Ш. Абдурашитов // Российская ринология. — 2002. № 2. — С. 18.
4. Аксенов В.М. Вазомоторный ринит или вазомоторная ринодистония? Причинно следственные связи в ринологии / В.М. Аксенов, В.И. По-падкж, Л.Ф. Задаева // Российская оториноларингология. - 2008. — Приложение № 3. - С. 109-112.
5. Антушева И.А. Аэродинамические особенности острых и хронических риносинуситов / И.А. Антушева //Российская оториноларингология. 2008. - Приложение № 3. - С. 112-116.
6. Ю.Баранов Ф.И. . Носовой цикл: многофакторная зависимость, или автономность?/ Ф.И.: Баранов. // Российск. ринология. 2007. - № 2. — С.4-5.
7. Г.Батыршин Т.Р. Состояние нервного аппарата слизистой, обол очки; нижних носовых раковин у больных с вазомоторным ринитом / Т.Р.Батыршин // Рос. ринология.-2001 .-№3 .-С. 14-16. (ниже из статьи литература.) .
8. Бойко Н.В': Статистика причин затруднения носового дыхания / Н.В; Бойко, В.Н. Колесников, Е.В. Левченко; // Российск. ринология:- 2007.-№ 2.- С. 25.
9. Гаджимирзаев Г.А. Новые сведения о патогенезе вазомоторного ринита / Г.А. Гаджимирзаев // Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.34-35.
10. Говорун М.И. Диагностика носового дыхания в аспекте оценки качества медицинской помощи / М.И. Говорун, Ф.А. Садыхов // Материалы XVII съезда оторинолар. России. Нижний Новгород, 7-9 июня 2006. — СПб,2006.-С. 264-265.
11. Говорун М.И. Диагностические возможности компьютерной ринома-нометрии в оценке восстановления функции носового дыхания/ М.И. Говорун, В.Г. Миронов// Проблемы реабилитации в оториноларингологии: сб. науч. тр. Самара. 2003.-С.233-234.
12. Гофман В.Р. Риноманометрия в диагностике хронических ринитов / В.Р.Гофман, А.С. Киселев, К.В. Герасимов // Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.8-9
13. Гофман В.Р. Риноманометрия в диагностике хронических ринитов / В.Р.Гофман, А.С. Киселев, К.В. Герасимов // Рос. ринология.-1994.-Приложение 2.-С.8-9
14. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит / Л.Б. Дайняк . М.: Медицина. — 1966.- 176 с.
15. Державина:Л.Л. Риноманометрия и акустическая ринометрия / Л.Л.: Державина// Рос. ринология.-1996.-№-2-3". С: 48-49.
16. Евсеева В.В. Акустическая: ринометрия и риноманометрия / В:В;Евсеева // Рос. ринология. 2005.-№ 3.,- С. 22-26: