

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ТАДЖИКСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.212.5-077.24; 616.211-002

На правах рукописи

МУРОДОВ ШАМСИДДИН ДОНАБОВЕВИЧ

**КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ
НОСОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ, СОЧЕТАННЫХ
С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ**

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
доктора PhD по специальности 6D110103 – Болезни уха, горла и носа

Душанбе – 2023

Работа выполнена на кафедре оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Научный руководитель: **Махмудназаров Махмадамин Имомович**
кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Хасанов Саидакрам Аскарлович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии, детской оториноларингологии и стоматологии Ташкентского педиатрического медицинского института Республики Узбекистан

Бустонов Махсум Отакулович - кандидат медицинских наук, доцент, почетный профессор кафедры хирургических дисциплин №2 Хатлонского государственного медицинского университета.

Оппонирующая организация: Самаркандский государственный медицинский университет Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «-» 2023г. в «-» часов на заседании диссертационного совета 6D.КОА-040 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734026, г. Душанбе, район Сино, ул. Сино 29-31, dis@tajmedun.tj.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан « ____ » _____ 2023г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук**

Шарипов А.М.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Деформация перегородки носа (ПН) относится к числу основных причин возникновения хронической обструкции носовых ходов. [Бойко Н.В. [и др.], 2007, Морозов А.И. 2012; Arsov V. [et al.], 2020;]. В структуре ринологической заболеваемости, при которых в стационарных условиях проводятся плановые операции, деформация носовой перегородки составляет 23-31% случаев [Козаренко Е. А., 2013; Махмудназаров М.И., 2018; Boyko N. V., Zaleskaya I. A., 2020], что указывает на высокий удельный вес данной патологии.

При нарушениях носового дыхания, продолжающихся в течение длительного периода времени, возникает множество проблем, сопровождающихся развитием синуситов, заболеваний евстахиевой трубы, патологий верхних и нижних дыхательных путей. Кроме того, данные нарушения могут отрицательно повлиять функцию зубочелюстной и сердечно – сосудистой систем [Крюков А.И. [и др.], 2008; Дайхес Н.А. [и др.], 2009, Вахрамеев И.Н., 2011; Хасанов С.А., 2017; Motesaddi Z.M., 2008].

Актуальной проблемой для оториноларингологии остаются патологии носовой полости и околоносовых пазух аллергического характера, что обусловлено продолжающимся ростом заболеваемости, тяжестью клинического течения, сложностями в терапии таких больных, а также отрицательными социально – экономическими последствиями [Гаффарова М.А., Умаров Д.С., 2009; Мухамедова М.Д., Ахророва З.А., 2011; Ханданян Г.Л. [и др.], 2016; Машкова Т.А., 2018; Арифов С. С., Далиев А. Г., 2019; Свистушкин В.М. [и др.], 2020; Valls, Mateus M. [et al.], 2017; Mariño-Sánchez F. S. [et al.], 2017; Agnihotri N. T.[et al.], 2019].

Еще одной значимой проблемой является изучение состояния местного иммунитета при патологиях верхних отделов респираторного тракта аллергического характера, таких как аллергический ринит. При сбое в иммунном статусе происходит ослабление защитных сил организма, в результате чего возрастает риск развития заболеваний ЛОР–органов [Котлуков В.К., 2007; Кудайбергенова С. Ф., 2014; Гуломов З.С., 2014; Морозова, С.В., 2015, Пампура А. Н. [и др.], 2019; Туйдиев Ш.Ш., [и др.], 2019; Козаренко Е. А. [и др.], 2020; Бейшенбаева Б. Э., 2021; Рўзикулов А. [и др.], 2022; Brožek J.L.[et al.],2017; Liva G. A.[et al.],2021;].

Разработка щадящих методов хирургического лечения пациентов с деформациями перегородки носа, сочетающихся с аллергическим ринитом представляет собой одно из сложных задач отечественной ринологии. Это связано с выраженным нарушением функционального состояния носа, связанного сочетанием патологии перегородки носа и аллергии. При этом, необходимо одновременно восстановить основные функции носа путем хирургических вмешательств функционального характера, так и терапевтической реабилитации с целью ликвидировать аллергические проявления в носу.

Ранее в Таджикистане не проводилось исследование, посвященное вопросу хирургического лечения пациентов с деформацией перегородки носа сочетающиеся с аллергическим ринитом. По этой причине, вопросы разработки оптимальных методов функциональной хирургии и терапевтической реабилитации больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом остаются открытыми и требуют своего решения.

В связи с вышесказанным, настоящая работа представляется актуальной и направлена на изучение и решение вышеуказанных вопросов, представляющий научно – практический интерес.

Степень изученности научной темы

Вопросы диагностики и комплексного лечения больных с деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом мало изучены и в литературе можно встретить только несколько описаний клинических наблюдений без систематизированного исследования взаимосвязи между данными патологиями [Польнер С. А. [и соавт.], 2013; Рябинин А.Г. [и соавт.], 2015; Асманов А.И. [и соавт.], 2018; Дворянчиков В. В. [и соавт.], 2020; Козаренко Е. А. [и соавт.], 2015; Курбачева О. М. [и соавт.], 2017; Никифорова Г.Н. [и соавт.], 2017; Царев С. В., 2018; Gillman G. S. [et al.], 2019; Hizli O.[et al.], 2020; Wang L.[et. al., 2020].

В опубликованных работах приводятся описания анатомических особенностей при деформациях носовой перегородки и способы их оперативного лечения. При этом, мало приводится сведения о клинических особенностях течения, риноскопической картине и о функциональном состоянии слизистой носовой полости при данной сочетанной патологии. В связи с тем, что вопросы изучения клинических хирургического лечения пациентов с деформацией перегородки носа в особенности течения, риноскопической картины и разработки щадящих методов функциональной хирургии и терапевтической реабилитации больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом представляет значимый научно – практический интерес для отечественной оториноларингологии, данная работа явилась предметом настоящего исследования.

Связь исследования с программами либо научной тематикой

Диссертационная работа: «Клиника, диагностика и комплексное лечение деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом» выполнена в рамках научно-исследовательской работы кафедры оториноларингологии имени член-корр. РАМН Ю.Б. Исхаки Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино на тему: «Современные методы диагностики и комплексного лечения сочетанных патологий носа и околоносовых пазух» по специальности 110103 – Болезни уха, горла и носа. Государственная регистрация № 0113TJ 00336.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Разработка комплексного метода хирургического лечения и терапевтической реабилитации больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Задачи исследования:

1. Изучить особенностей клинического течения и риноскопической картины при деформациях носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом;
2. Исследовать функциональное состояние носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом до и после комплексного лечения;
3. Цитологическое исследование эозинофилов в крови, в назальном секрете и определение общего иммуноглобулина Е в крови у больных с данной патологией до и после комплексного лечения;
4. Разработать комплексный метод лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, включающий щадящие методы хирургического вмешательства, антигистаминную и кортикостероидную терапию.

Методы исследования. Эндоскопия полости носа, КТ носа и ОНП, ринопневмометрия, ольфактометрия, исследование мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой носовой полости и рН носового секрета, цитологическое исследование назального секрета и эозинофилов в периферической крови, определение иммуноглобулина IgE, а также клиническое и биохимическое исследование крови, мочи и кала.

Объект исследования. Объектом исследования были 148 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом в возрасте от 15 до 53 лет, из которых мужчин было 102, женщин – 46. Больные обследовались в

оториноларингологических отделениях ГУ «Национальный медицинский центр» Республики Таджикистан «Шифобахш» в период с 2016 по 2019 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение клинических особенностей течения, риноскопической картины, функционального состояния слизистой полости носа и местного иммуноаллергологического статуса больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом и разработка щадящих методов хирургии и адекватной антигистаминно – глюкокортикоидной терапии.

Теоретическая и практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в материалах диссертации, могут быть широко использованы в учебном процессе кафедр оториноларингологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино и института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан.

Особенности клинического течения и риноскопической картины у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом выражаются своеобразными и характерными жалобами, выраженным отеком, инфильтрацией и изменчивостью цвета слизистой оболочки от бледно – розового до мраморно – белого, а также обильным выпотом серозной, водянистой жидкости в полости носа и деформацией перегородки носа, чаще в виде острого одно или двустороннего шипа или гребня различных её участков.

Применение эндоскопии носа и КТ ОНП у больных с деформацией носа, сочетанной с аллергическим ринитом, позволяет более точно выявить патологические изменения со стороны внутриносовых структур и ОНП, что необходимо учитывать при планировании лечебных мероприятий и возможного оперативного вмешательства.

На фоне деформации носовой перегородки, нередко возникает симптомы аллергического ринита, в результате которых происходит заметные нарушения дыхательной, защитной и обонятельной функций носа, что необходимо учитывать практическим врачам при работе с данной категорией больных.

Наличие повышенной концентрации эозинофилов в периферической крови в обеих группах указывает на характер воспалительно – аллергического процесса в полости носа у обследованных больных, что имеет важное значение для планирования лечебной тактики.

Предложенный автором план обследования и щадящий метод хирургического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, на фоне антигистаминной и кортикостероидной терапии имеет непосредственное практическое значение для врачей оториноларингологов.

Научная новизна исследования. 1. В условиях Таджикистана, впервые проведено исследование по изучению особенностей клинического течения и риноскопической картины, функционального состояния носа и местного иммунитета у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

2. С применением современной риноэндоскопии полости носа и КТ ОНП впервые достоверно изучен характер патологических изменений со стороны внутриносовых структур, происходящих при сочетании деформации носовой перегородки с аллергическими проявлениями слизистой полости носа.

3. Исследованиями функционального состояния носа выявлено, что у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, происходят наиболее выраженные нарушения проходимости носовых ходов, снижение транспортной функции мерцательного эпителия, повышение порогов обоняния и смещения рН носовой слизи в кислую сторону.

4. Цитологическое исследование носового секрета показало увеличение эозинофилов в назальном секрете у больных с сочетанной патологией внутриносовых структур по сравнению к лимфоцитам, нейтрофилам и моноцитам, свидетельствующим о повышенном уровне аллергизации, чем параметры воспалительного характера, что важно в плане дифференциальной диагностики патологического процесса в полости носа.

5. Исследованиями впервые выявлено, что при деформации носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, различной степени клинического течения наблюдается тенденция к повышению концентрации иммуноглобулина IgE в периферической крови, что свидетельствует о нарушении иммунного ответа у данной категории больных.

6. С учетом особенностей клинического течения, риноскопической картины, функционального состояния носа и местного иммунитета у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом разработан эффективный и щадящий метод хирургического лечения на фоне антигистаминной и кортикостероидной терапии.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Современная риноэндоскопия и КТ ОНП позволяют достоверно определить характер, локализацию и глубину патологических изменений внутриносовых структур, что необходимо при планировании комплексного лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

2. Клиническое течение у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, выражаются своеобразными жалобами и характерной риноскопической картиной, а также выраженными расстройствами функционального состояния носа.

3. Использование щадящих методов хирургии и оптимизация послеоперационного ведения пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, позволяет добиваться улучшения дыхательной, защитной и обонятельной функций.

Достоверность результатов диссертации. Подтверждается достоверностью данных, достаточным объёмом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями в научно – практических журналах республиканского и международного значения, в том числе в журналах, входящих в реестр ВАК при Президенте РТ.

Выводы и рекомендации основаны на научном анализе данных комплексного исследования, результатов хирургического и терапевтического лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности доктора философии (PhD) по специальности 6D110103 – Болезни уха, горла и носа, областям исследований №1 (разработка оптимального метода послеоперационного лечения больных с сочетанной патологией полости носа) и №6 (разработка и совершенствование методов организации и оказания оториноларингологической помощи населению и развития специальности в новых условиях хозяйствования) отвечает всем требованиям раздела 3 п. 31, 33, 34 «Порядок присуждения ученых степеней» Высшей аттестационной комиссии при Президенте Республики Таджикистан от 30 июня 2021 г. № 267, предъявляемым к диссертациям доктора философии в медицине (PhD). Экспериментальная и клиническая разработка методов лечения ЛОР – заболеваний и внедрение их в клиническую практику.

Личный вклад соискателя ученой степени состоит в непосредственном участии на всех этапах проведенных исследований, сборе научного материала (148 обследованные лица), подготовке тезисов и научных статей, публикации результатов исследований, участие с докладами на научных конференциях, разработке диагностических исследований, проведение ЛОР – осмотра и дополнительных методов исследований, в выборе тактики хирургического лечения и выполнение их 148 больным, а также послеоперационного ухода за больными с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Апробация применение результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены на научно – практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой “Году молодёжи” - “Роль молодёжи в развитие медицинской науки” (Душанбе; 28.04.2017); заседании научного общества оториноларингологов Республики Таджикистан (Душанбе; 15.03.2017); клинической конференции ЛОР врачей Национального медицинского Центра Республики Таджикистан (Душанбе – 2018.); научно – практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой “Году развития туризма и народных ремесел” – Медицинская наука: новые возможности” (Душанбе; 27.04.2018); республиканской научно – практической конференции оториноларингологов Республики Таджикистан с международным участием - “Современные аспекты диагностики и лечения в оториноларингологии” (Душанбе; 19.10.2018); научно – практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной “Годам развития села, туризма и народных ремисел (2019 – 2021)” (Душанбе; 19.04.2019); международной VI – ой Евразийской ассамблеи оториноларингологов «Современные проблемы оториноларингологии» (Самарканд, Узбекистан; 27-28.09. 2019).

Публикации по теме диссертации. По теме научного исследования опубликовано 26 печатных работ, из них входящих в реестр ВАК при Президенте РТ – 6, патент на изобретения -1, рационализаторские предложения -3.

Структура и объем диссертации. Диссертационная работа представлена на 151 страницах, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, характеристики больных и методов исследования, 2 главы собственных исследований, обсуждение результатов, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, содержащего 145 источника (90 отечественных и 55 зарубежного). Работа иллюстрирована 43 таблицами, 11 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. В оториноларингологическом отделении ГУ «Национальный медицинский центр РТ» в период от 2016 до 2020 гг. нами обследовано и прооперировано 148 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом. Возраст пациентов варьировался от 15 до 53 лет, мужчин было 100, женщин – 48.

Больные были выделены методом рандомизации на две группы по 74 человек. Обеим группам проведены одинаковые по объему методы обследования, которые включали эндоскопию полости носа, КТ носа и ОНП, ринопневмометрию, ольфактометрию, исследование мукоцилиарного транспорта (МЦТ) слизистой носовой полости, рН носового секрета, цитологическое исследование назального секрета и эозинофилов в крови, определение общего иммуноглобулина IgE, а также клиническое и биохимическое исследование крови, мочи и кала.

На каждого пациента заводилась тематическая карта, имеющая разделы для внесения паспортных данных, имеющихся у больного жалоб, анамнестические данные, показатели клинического обследования, результаты эндоскопического исследования носовой полости, показатели функционального состояния носа перед проведением хирургического лечения и после него, протоколы хирургических вмешательств и данные послеоперационного наблюдения больных.

Критериями включения в исследования были больные с различными вариантами (шип, гребень и др.) деформации носовой перегородки в сочетании с аллергическим ринитом. Критериями исключения были пациенты с деформацией наружного носа, полипозными и гнойными риносинуситами, бронхиальной астмой и гнойно-воспалительными заболеваниями ЛОР - органов.

В плане хирургического лечения, больным первой группы проведены септум-операция и УЗД носовых раковин одновременно, а во второй группе объем операции ограничивался только проведением УЗД носовых раковин.

Результаты исследования. Пациенты обеих групп в основном жаловались на затруднение носового дыхания с одной или с обеих сторон полости носа, наличие обильных слизистых, слизисто – водянистых либо водянистых выделений из полости носа, снижение обоняния, приступообразное чиханье, зуд в носу и головные боли. Часть пациентов предъявила жалобы на сонливость, снижение аппетита и работоспособности, раздражительность и заложенность в ушах. Более 75% пациентов отмечали, что симптомы аллергии носа появлялись в весенне-осенний период на фоне постоянного затрудненного носового дыхания.

При проведении передней риноскопии и эндоскопии во всех случаях у пациентов были обнаружены деформации носовой перегородки различного характера, наличие умеренной отёчности слизистой носовой полости, гипертрофические изменения в области нижних носовых раковин, а также отделяемое в полости носа слизистого, серозного, либо водянистого характера. Цвет слизистой носовой полости имел разнообразный характер, от бледно – розового до синюшного, бледно-синюшного и бледного. За счет увеличения в объеме носовых раковин и из – за искривления перегородки носа, носовые ходы были сужены (рисунок 1).



Рисунок 1. – Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией носовой перегородки и аллергическим ринитом до лечения

Деформации в хрящевом отделе были обнаружены у 76 (51,3%) пациентов, в костном отделе - у 59 (39,9%) пациентов, в костно – хрящевом отделе у 13 (8,8%) больных. Было установлено превалирование деформаций в виде шипа – в 23 (15,5%) случаях, и в виде гребня – в 30 (20,3%) случаях. Вывих четырехугольного хряща носовой перегородки было выявлено у 9 (6,1%) больных, углообразное смещение перегородки – у 22 (14,9%), дугообразное смещение – у 15 (10,1%), С – образная деформация – у 16 (10,8 %) и S – образное её искривление – у 13 (8,8%) пациентов, что несколько отличается от данных других авторов.

Гипертрофия нижних носовых раковин выявлена у 83,8% больных из 1-ой группы и у 90,5% пациентов 2-й группы. При этом, односторонняя гипертрофия обнаружена у 83,9% и 80,6%, двусторонняя – у 16,1% и 19,4 %.

Нарушения проходимости I степени с показателями интраназального давления 11-30 мм.вод.ст.) была установлена у 21 (14,2%) больного, II степень (31-60 мм.вод.ст.) – у 84 (56,7%) обследованных. Выраженное нарушение проходимости носовых ходов III степени (61-90 мм.вод. ст.) выявлено у 43 (29,1%).

Ослабление МЦТ слизистой носовой полости было отмечено у всех пациентов. При этом, I степень нарушения была установлена у 23 (15,5%) больных, II степень нарушения – у 88 (59,5%) пациентов, а III степень нарушения – у 37 (25%) больных. Средние значения данного показателя варьировались от 32,5 до 75,2. Нормальными считались показатели 15-25 минут.

При оценке состояния обонятельной функции носа у всех пациентов наблюдалось ослабление обоняния. В 33 (22,3%) случаях у пациентов была установлена I степень снижения обоняния, в 71 (48%) случае установлена II степень, в 37 (25%) случаях была установлена III степень нарушения, а в 7 (4,7%) случаях была установлена IV степень.

По данным рН-метрии у 29 (19,6%) пациентов рН назального секрета составлял 7,3-7,5, у 119 (80,4%) пациентов – 7,6-8,1. У пациентов первой группы данный показатель в среднем составил $7,63 \pm 0,02$.

Результаты данного исследования свидетельствуют о том, что сочетания деформации носовой перегородки и АР с гипертрофическими изменениями носовых раковин приводит не только к анатомическим нарушениям в структуре носовой полости, но и изменяет электролитный баланс назального секрета.

В целом, результаты функционального исследования носа при сочетании деформации носовой перегородки с проявлениями аллергического ринита показали более серьезные нарушения дыхательной и защитной функций носа, связанные с выраженным отеком слизистой оболочки и закрытием носовых ходов с двух сторон.

Результаты аллергологического исследования показали, что у 27 (18,2%) пациентов ближайшие родственники имели аллергические патологии различного характера (аллергический ринит и конъюнктивит, атопический дерматит и т.д.). У 21 (14,2%) больного отмечалась лекарственная аллергия, при этом у 9 (42,9%) больных имелась непереносимость к антибактериальным препаратам, у 5 (23,8%) пациентов - непереносимость к НПВП (анальгин), а у 7 (33,3%) больных - непереносимость к витаминам группы В. Наличие аллергии к некоторым пищевым продуктам отмечали 25 (16,9%) больных, среди которых непереносимость к цитрусовым была отмечена у 10 (40%) больных, а в 15 (60%) случаях у пациентов имелась аллергия на семена подсолнечника.

Наличие сенсibilизации к клещам, находящихся в домашней пыли, было обнаружено у 12 (8,1%) пациентов, сенсibilизация к библиотечной пыли наблюдалась у 11 (7,4%) пациентов, аллергия на перьевые подушки имелась у 8 (5,4%) пациентов, к шерсти домашних животных – у 14 (9,5%) пациентов, еще у 30 (20,3%) было установлено наличие аллергии на растительную пыльцу. У 78 (52,7%) пациентов было установлено наличие сенсibilизации сразу на несколько типов пыльцевых аллергенов.

Полученные нами результаты показали превалирование случаев сенсibilизации у наблюдаемых пациентов к бытовым и эпидермальным аллергенам.

В зависимости от особенностей клинического течения, частоты рецидивов, риноскопической картины и содержания иммуноглобулина IgE, а также эозинофилов в назальном секрете и в периферической крови определяли степень тяжести аллергического процесса в носу.

Показатели процентного содержания эозинофилов в крови у больных с искривлением перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, в зависимости от формы и клинического течения заболевания различались. При легкой степени течения интермиттирующей формы заболевания составляет от $6,3 \pm 0,3$ до $7,0 \pm 0,6$, при средней степени течения интермиттирующей формы заболевания варьирует от $8,8 \pm 0,2$ до $9,2 \pm 0,2$. В случаях тяжелой степени течения заболевания показатели эозинофилов составили от $13,0 \pm 0,4$ до $13,3 \pm 0,3$.

При легкой степени течения персистирующей формы заболевания показатели эозинофилов составили от $7,0 \pm 0,6$ до $7,7 \pm 0,3$, при средней степени течения персистирующей формы заболевания, эти показатели составляли от $9,5 \pm 0,3$ до $9,8 \pm 0,3$, а при тяжелой степени течения этой формы заболевания от $13,0 \pm 0,7$ до $13,7 \pm 0,3$.

Для исключения или подтверждения воспалительного процесса в носовой полости, одновременно изучали содержание лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов в назальном секрете. Результаты исследования назального секрета приведены в таблице 1.

Таблица 1. – Результаты исследования назального секрета до лечения (M±SD)

Показатель	I группа (n =74)	II группа (n =74)	p
лимфоциты	4,4±2,9	4,2±3,1	>0,05 (U =2596,5; Z =0,54)
эозинофилы	59,2±12,0	59,5±12,1	>0,05 (U =2716,5; Z =-0,08)
нейтрофилы	32,5±12,2	32,2±12,4	>0,05 (U =2677,5; Z =0,23)
моноциты	3,8±3,0	4,1±3,2	>0,05 (U =2619,0; Z =-0,46)

Примечание: p – статистическая значимость различий между показателями I и II группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Как видно из таблицы 1, среднее значение эозинофилов назального секрета у больных I-ой группы составило 59,2±12,0, а во II-ой группы - 59,5±12,1. При этом, статистическая значимость различия показателей между основной и сравнительной группами по U-критерию Манна-Уитни составила >0,05 (U =2716,5; Z =-0,08).

Среднее значение общего иммуноглобулина E у больных с искривлением перегородки носа, сочетанных с аллергическим ринитом, в зависимости от формы и течения заболевания также различалось (таблица 2). Например, при легкой степени течения интермитирующей формы заболевания IgE составляет от 299,4±44,4 до 349,0±47,9 МЕ/мл, при средней степени – от 677,9±5,2 до 756,6±4,9 МЕ/мл и при тяжелой степени - от 885,2±4,9 до 973,9±22,3 МЕ/мл.

При легкой степени течения персистирующей формы заболевания показатели IgE составили от 353,6±34,6 до 466,1±83,4 МЕ/мл, при средней степени течения - от 758,9±5,7 до 796,8±7,7 МЕ/мл и при тяжелой степени течения - от 885,2±4,9 до 973,9±22,3 МЕ/мл.

Таблица 2. - Среднее значение показателей общего иммуноглобулина E в крови у больных обеих групп в зависимости от длительности заболевания (до лечения)

Форма АР	Клин. течение	Группа «А»		Группа «В»	
		1-2 лет	3-4 лет	1-2 лет	3-4 лет
Интермитирующий	Легкое	299,4±44,4	347,6±46,1	299,9±33,6	349,0±47,9
	Среднее	677,9±5,2	736,7±4,0	695,9±4,0	756,6±4,9
	Тяжелое	887,9±4,6	951,7±10,1	875,3±11,4	939,3±29,3
Персистирующий	Легкое	353,6±34,6	427,0±51,3	385,1±26,2	466,1±83,4
	Среднее	758,9±5,7	794,2±5,8	762,3±6,6	796,8±7,7
	Тяжелое	885,2±4,9	934,3±31,8	887,1±5,4	973,9±22,3

По результатам исследования выявлено, что у больных с искривлением носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом персистирующая форма заболевания (50,7%) превалирует над интермитирующей формой (49,3%). Данное соотношение больных объясняется тем, что при риноскопическом исследовании были выявлены различные варианты деформаций перегородки носа, которые долгое время раздражали слизистую оболочку носовых раковин, что способствовало к длительному существованию аллергена в носовой полости, тем самым нарушая функциональное состояние носа.

Хирургическое лечение больных. Показаниями для хирургического лечения больных первой группы служили существенное нарушение носового дыхания и обоняния, патологическое изменение анатомических структур носовой полости в виде деформации носовой перегородки и увеличения в объеме носовые раковин, отсутствие клинического

эффекта от медикаментозной терапии и наконец, согласие больных на предложенный план оперативного вмешательства.

Перед оперативным вмешательством с целью достижения ремиссии АР больным назначали антигистаминные (лоратадин или цетиризин в таблетках) и интраназальные кортикостероиды (глазакор или дексанем) в течение 10 дней до поступления в клинику. Больным назначались антигистаминные препараты 2-3-го поколения, начиная с первых дней нахождения в стационаре и в течение месяца после хирургического лечения.

При хирургических вмешательствах на носовой перегородке носа, а также на носовых раковинах, выполнялись щадящие резекции носовой перегородки с последующей коррекцией носовых раковин. С целью ускорения процедуру отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа и минимизации кровопотери, а также сокращения времени оперативного вмешательства мы изобрели и успешно использовали распатор-отсос нашей модификации (Патент №ТЖ1024 от 22.07.2019 г.), который позволял сравнительно легко отслаивать ткани перегородки носа с одновременным отсасыванием крови из раневой полости, что значительно облегчило работу хирурга во время операции.

С целью оптимизации оперативного лечения, минимизации объема операции и травматизации слизистой оболочки перегородки носа у больных с костным или хрящевым шипом, а также односторонним гребнем носовой перегородки, сочетанные с аллергическим ринитом мы предложили и успешно внедряем в практику ЛОР отделений НМЦ РТ «Шифобахш» модифицированный способ максилло-премаксиллярного доступа по Cottle при септум – операции (рац.предлож. №3413/R404 от 04.02.2021г.).

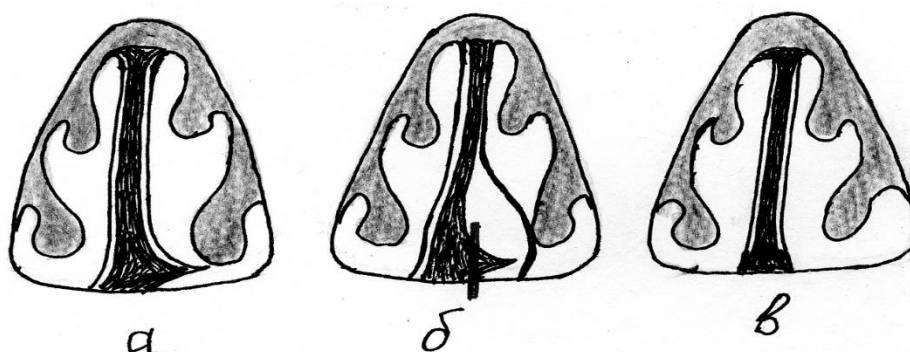


Рисунок 2. – Модифицированный максилло-премаксиллярный доступ по Cottle. а - перегородка носа до начала операции; б - создание единого переднезаднего общего туннеля и резекция костного шипа; в - вид перегородки носа после операции

Предложенный способ минимизирует травму слизистой оболочки и надхрящницы перегородки носа и объем операции в результате создания ограниченного туннеля, достаточного для устранения шипов и гребней костного или хрящевого отделов носовой перегородки, тем самым ускоряет ход оперативного вмешательства (рисунок 2). Методика является более эффективным в плане экономии времени проведения оперативного вмешательства.

На основании собственного опыта септопластики у больных с С-образной девиацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, считаем, что наносить многочисленные насечки нецелесообразно, с учетом более выраженной и продолжительной реакции тканей перегородки носа в ответ на хирургическую травму.

Для уменьшения травматизации хрящевой ткани мы успешно применили наш вариант коррекции С-образной девиацией перегородки носа, путем нанесения два параллельно горизонтального разреза на середине самой вогнутой части хряща и удалением хрящевой полоски размером до 0,2см между разрезами (рац.предложение №3414/R405 от 04.02.2021г.). После этого, нижняя часть хрящевой пластинки становится мобильной и её можно сместить в нужную сторону (рисунок 3). Для обеспечения подвижности верхней части хрящевой пластинки под сводом спинки носа, таким же

образом удаляем хрящевую полоску меньшего размера, примерно до 0,1 см., после чего, и верхняя часть хряща также становится подвижной.



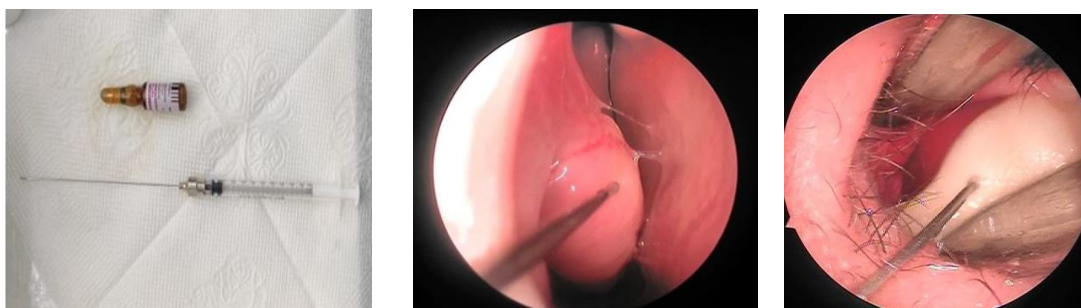
а

б

в

Рисунок 3. – Наш вариант коррекции С-образной девиации перегородки носа. а – перегородка во время операции; б, в – перегородка после операции

В послеоперационном периоде, с учетом более выраженной реакции тканей полости носа на проведенную операцию, после удаления тампонов из носа и после очистки полости носа от патологических отделяемых, начали применять местно кортикостероидный препарат дексаметазон (рисунок 4) путем внутрислизистой инъекции (рац.предложение №3412/R403 от 04.02.2021г).



а

б

в

Рисунок 4. – Шприц с иглой (а), подслизистая интратурбинная (б) и интрасептальная (в) инъекция дексаметазона

Больным, которым выполнили сразу две операции, т.е. септопластику и УЗД носовых раковин в передний отдел перегородки носа и нижних носовых раковин, с каждой стороны внутрислизисто вводили по 0,2 мл раствора дексаметазона с помощью инсулинового шприца, после местной анестезии с 10% аэрозольным раствором лидокаина. Инъекцию проводили ежедневно, в течении 5-6 дней, в период нахождения больного в стационаре. Следует отметить, что в группе пациентов, которые получали местную эндоназальную внутрислизистую кортикостероидную терапию, реактивные явления начали спадать значительно быстрее и заметнее, чем в группе больных, которые получали стандартную послеоперационную местную и антигистаминную терапию. Эффективность данного способа местной кортикостероидной терапии проявилась в быстром улучшении риноскопической картины и в улучшении функционального состояния носа.

Результаты хирургического лечения. Оценку результатов хирургического лечения в обеих группах проводили в конце первого, третьего и 6 месяцев послеоперационного наблюдения с учетом жалоб пациентов, данных риноэндоскопии, результатов

исследования функционального состояния носа, концентрации эозинофилов в назальном секрете, в периферической крови и IgE в сыворотке крови.

Сравнительный анализ рино – эндоскопических результатов исследования носа

Оценку анатомических результатов хирургического лечения пациентов с искривлением перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, проводили в разные сроки после операции. Первый итог лечения подводили по истечению 1 месяца после операции и наблюдения.

При эндоскопии у данной группы пациентов слизистая полости носа выглядела бледно – розовой и влажной, нижние носовые раковины были слегка набухшими, однако не суживали общий носовой ход и не препятствовали дыханию. Носовая перегородка находилась практически в срединном положении. В момент риноскопии, в носовых ходах патологических выделений не было (Рис. 12). Параметры функционального состояния носа (дыхание, обоняние и МЦТ) находились близко к норме.



Рисунок 5. – Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом после лечения

Через 3 месяца после операции, на фоне продолжающегося медикаментозного лечения с использованием антигистаминных и противовоспалительных средств нормализация носового дыхания в основной группе больных наблюдалась в 72,97% случаев, а в контрольной – в 36,49% случаев с разницей между группами - 36,49%. Через 6 месяцев после операции установлено, что у пациентов основной группы нормализация дыхательной функции носа отмечена в 77,03% случаев, а в контрольной – в 51,35% случаев с разницей в показателях -25,68% (таблица 3).

Таблица 3. – Результаты ринопневмометрии до операции и в разные сроки послеоперационного наблюдения абс (%)

Группа больных (n =148)	Сроки наблюд.	Данные ринопневмометрии			
		Норма (8-10 mmH ₂ O)	Проход-сть I степени	Проход-сть II степени	Проход-сть III степени
I (n =74)	До опер.	-	9 (12,2%)	43 (58,1%)	22 (29,7%)
	Через 1 мес.	47 (63,52%)	16 (21,62%)	9 (12,16%)	2 (2,70%)
	Через 3 мес.	54 (72,97%)	17 (22,98%)	2 (2,70%)	1 (1,35%)
	Через 6 мес.	57 (77,03%)	15 (20,27%)	2 (2,70%)	-
II (n =74)	До опер.	-	12 (16,2%)	41 (55,4%)	21 (28,4%)
	Через 1 мес.	19 (25,67%)	33 (44,59%)	17 (22,98%)	5 (6,76%)
	Через 3 мес.	27 (36,49%)	31 (41,89%)	13 (17,57%)	3 (4,05%)
	Через 6 мес.	38 (51,35%)	27 (36,49%)	7 (9,46%)	2 (2,70%)

Повторные исследования МЦТ, проведенные через 3 месяца после выполнения операции и проведения комплексной терапии показали, что в основной группе больных нормализация МЦТ была отмечена у 44 (59,46%) пациентов, в контрольной - у 31 (41,89%) больного (таблица 4).

Таблица 4. – Показатели мукоцилиарного клиренса (M±SD)

Группа	До лечения	После лечения			p ₁ (df =3)
		ч/з 1 месяц	ч/з 3 месяца	ч/з 6 месяцев	
I (n =74)	47,4±20,3	26,3±9,0	19,8±5,9	14,7±4,2	<0,001 (Fr =218,7)
II (n =74)	48,4±20,1	32,3±12,3	23,7±8,8	17,4±6,9	<0,001 (Fr =222,0)
p₂	>0,05 (U =2635,0; Z =-0,39)	=0,002 (U =1920,0; Z =-3,14)	=0,012 (U =2080,5; Z =-2,52)	=0,019 (U =2128,5; Z =-2,34)	

Примечание: p₁ – статистическая значимость различий показателей до лечения и после при сроках 1, 3 и 6 месяцев (по критерию Фридмана); p₂ – статистическая значимость различий между показателями I и II группами (по U-критерию Манна-Уитни).

После 6 месяцев наблюдения пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с АР, нормализация МЦТ в основной группе больных была отмечена в 91,89% случаев, в контрольной - в 68,92% случаев (таблица 4), что свидетельствовало о более высокой эффективности одномоментной септум-операции и УЗД носовых раковин в сочетании с комплексной антигистаминной, противовоспалительной и кортикостероидной терапией.

Нормализация обоняния после 3 месяца наблюдения в основной группе пациентов была отмечена у 57 (77,0%) пациентов, а в контрольной - у 47 (63,5%) больных с разницей в показателях между группами в 13,5%. Через 6 месяцев наблюдения у 64 (86,5%) больных первой и у 55 (74,3%) обследованных второй группы полностью восстановилось обоняние (таблица 5). Следует отметить, что общее количество пациентов с практически полным восстановлением обоняния в основной группе было на 13,5% больше, чем во 2-й группе.

Таблица 5. – Результаты ольфактометрии у больных до операции и в разные сроки послеоперационного наблюдения абс. (%)

Группа (n =148)	Сроки наблюд.	Данные ольфактометрии				
		Норма	Гипосмия I степени	Гипосмия II степени	Гипосмия III степени	Гипосмия IV степени
I (n =74)	До опер.	-	16 (21,6%)	35 (47,3%)	19 (25,7%)	4 (5,4%)
	Через 1м.	51(68,9%)	12 (16,2%)	6 (8,1%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)
	Через 3м.	57 (77%)	9 (12,2%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	1 (1,3%)
	Через 6м.	64(86,5%)	7 (9,5%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	-
II(n =74)	До опер.	-	17 (23%)	36 (48,6%)	18 (24,3%)	3 (4,1%)
	Через 1м.	44(59,4%)	15 (20,3%)	7 (9,5%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)
	Через 3м.	47(63,5%)	14 (18,9%)	6 (8,1%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)
	Через 6м.	55(74,3%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)

К концу послеоперационного наблюдения у 89,2% пациентов I-й и у 41,9% II-й группы КЩР приблизилось к норме с существенной разницей в показателях. Меньший процент больных с нормальными показателями рН слизистой носа во второй группе можно объяснить наличием не устраненной деформации носовой перегородки, частичной обструкций носовых ходов и снижением аэрации полости носа.

По окончании 3 месяца послеоперационного наблюдения содержание эозинофилов в периферической крови заметно снизилось, что отразилось на снижение активности клинического течения аллергического процесса в обеих группах, но более выраженное в основной группе (таблица 6).

Таблица 6. – Средние показатели эозинофилов в периферической крови больных после 3 месяцев лечения

Форма АР		Группа «А»		Группа «В»	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
Интермитирующая	<i>Легкий</i>	4,0±0	4,3±0,3	4,3±0,3	4,7±0,3
	<i>Средний</i>	7,1±0,2	7,2±0,1	7,5±0,2	7,8±0,2
	<i>Тяжелый</i>	10,8±0,4	11,2±0,4	12,2±0,6	12,7±0,3
Персистирующая	<i>Легкий</i>	5,2±0,2	5,4±2,1	6,1±0,2	6,2±0,7
	<i>Средний</i>	7,1±0,2	7,2±0,1	8,6±0,2	9,1±0,3
	<i>Тяжелый</i>	11,2±0,5	11,9±0,3	12,5±0,3	12,7±0,3

Из представленной ниже таблицы видно, что концентрация эозинофилов у больных I-й группы с легким течением интермитирующей формы заболевания составили от 4,0±0 до 4,3±0,3, против 5,7±0,2 - 5,8±0,2 после 1 месяца лечения, при средней степени течения варьировала от 7,1±0,2 до 7,2±0,1, против 7,2±0,1 - 7,3±0,2 и при тяжелом течении заболевания - от 10,8±0,4 до 11,2±0,4, против 11,2±0,3 - 11,9±0,4. Эти же показатели во II-й группе в зависимости от тяжести клинического течения колебались от 4,3±0,3 до 12,7±0,3, против 6,3±0,2 - 12,9±0,3.

Результаты исследование крови на наличие эозинофилии по истечении 6 месяцев послеоперационного наблюдения и оценка клинического течения интермитирующей и персистирующей формы аллергического ринита приведены в таблицах 7.

Таблица 7. – Средние показатели эозинофилов в периферической крови больных после 6 месяцев лечения

Форма АР		Группа «А»		Группа «В»	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
Интермитирующая	<i>Легкий</i>	3,9±0,1	4,1±0,2	4,3±0,4	4,7±0,1
	<i>Средний</i>	6,9±0,2	6,9±0,2	7,4±0,2	7,5±0,2
	<i>Тяжелый</i>	9,8±0,5	10,2±0,6	12,1±0,2	12,5±0,3
Персистирующая	<i>Легкий</i>	4,2±0,4	4,4±0,3	5,9±0,1	6,1±0,1
	<i>Средний</i>	6,9±0,2	7,1±0,2	8,3±0,2	8,9±0,1
	<i>Тяжелый</i>	9,9±0,6	10,1±0,4	12,4±0,3	12,5±0,3

Из представленной таблицы видно, что концентрация эозинофилов в крови у больных с интермитирующей формой заболевания, в зависимости от тяжести клинического течения составила в пределах 3,9±0,1-10,2±0,6 в первой и 4,3±0,4- 12,5±0,3 в контрольной группе напротив 6,3±0,3- 13,3±0,3 до начало комплексного лечения. С персистирующей формой заболевания эти показатели находились в пределах 4,2±0,4 - 9,9±0,6 в первой и 6,1±0,1-12,5±0,3- во второй группе, что намного меньше, чем показателей эозинофилии (7,0±0,6 -13,7±0,3) до начало лечебных мероприятий.

Цитограмма носового секрета позволяет следить за локальной реакцией слизистой полости носа у больных с аллергическими проявлениями в носу в разные периоды его течения и определять эффективность проводимой комплексной терапии. Ниже показаны данные назального секрета после 3 месяцев лечения (таблица 8).

Таблица 8. – Показатели назального секрета через 3 месяца после лечения (M±SD)

Показатель в %	I группа (n =74)	II группа (n =74)	p
лимфоциты	5,4±2,8	5,0±3,1	>0,05 (U =2506,5; Z =0,89)
эозинофилы	26,0±9,7	41,6±10,7	<0,001 (U =725,5; Z =-7,72)
нейтрофилы	63,8±9,4	48,8±11,3	<0,001 (U =806,0; Z =7,41)
моноциты	4,8±2,8	4,6±2,9	>0,05 (U =2591,0; Z =0,56)

Примечание: p – статистическая значимость различий между показателями I и II группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Через 3 месяца после лечения у пациентов I группы уровень эозинофилов имеет тенденцию к уменьшению, а уровень нейтрофилов больше по сравнению с таковыми показателями у пациентов II группы, причем полученные различия статистически значимы. Ниже, в таблице 9 приводятся показатели назального секрета через 6 месяцев наблюдения после лечения.

Таблица 9. – Показатели назального секрета через 6 месяцев после лечения (M±SD)

Показатель в %	I группа (n=74)	II группа (n=74)	p
лимфоциты	8,4±1,0	4,7±3,1	<0,001 (U =855,5; Z =7,29)
эозинофилы	12,9±6,6	31,2±6,4	<0,001 (U =248,5; Z =-9,55)
нейтрофилы	66,3±9,1	55,9±9,9	<0,001 (U =1010,5; Z =6,63)
моноциты	8,4±1,0	4,3±2,9	<0,001 (U =629,5; Z =8,19)

Примечание: p – статистическая значимость различий между показателями I и II группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Данные таблицы 9. показывают, что через 6 месяцев после лечения в назальном секрете уровень эозинофилов статистически значимо ниже у пациентов I группы, чем у пациентов II группы. В то время, как значения лимфоцитов, нейтрофилов и моноцитов статистически значимо выше.

Исследование общего иммуноглобулина E в крови у пациентов после третьего месяца наблюдения дали следующие результаты, которые приведены в таблице 10.

Таблица 10. – Усредненные показатели общего IgE в крови больных после 3 месяца лечения

Форма АР		I –группа (n=74)		II –группа (n=74)	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
Интермитирующая	<i>Легкий</i>	192,0±8,5	225,2±14,9	187,8±10,3	235,4±27,1
	<i>Средний</i>	515,7±3,8	586,3±5,1	540,6±3,8	592,5±4,7
	<i>Тяжелый</i>	812,2±36,3	839,1±57,0	763,9±55,1	830,9±30,3
Персистирующая	<i>Легкий</i>	249,0±14,8	261,2±12,9	240,4±21,0	300,7±68,9
	<i>Средний</i>	594,5±7,2	633,2±6,4	593,2±6,5	628,9±6,7
	<i>Тяжелый</i>	787,6±40,8	829,3±27,3	806,7±44,4	848,6±39,3

Из данной таблицы следует, что при легкой степени течения интермитирующей формы заболевания содержание IgE колебалось от 192,0±8,5 до 225,2±14,9 МЕ/мл, при средней степени – от 515,7±3,8 до 586,3±5,1 МЕ/мл и при тяжелой степени – от 812,2±36,3 до 839,1±57,0 МЕ/мл. У больных II-ой группы показатели IgE были от 187,8±10,3 – 235,4±27,1 до 763,9±55,1 – 830,9±30,3 МЕ/мл.

При легкой степени течения персистирующей формы заболевания показатели IgE в основной группе составили от 249,0±14,8 до 261,2±12,9 МЕ/мл, при средней степени - от 594,5±7,2 до 633,2±6,4 МЕ/мл и при тяжелом течении от 787,6±40,8 до 829,3±27,3 МЕ/мл. В сравнительной группе, показатели IgE в зависимости от тяжести клинического течения болезни составили от 240,4±21,0-300,7±68,9 до 806,7±44,4 - 848,6±39,3 МЕ/мл.

В итоге, усредненные показатели общего IgE у пациентов с деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом, после 3 месяца лечения заметно уменьшились от 33,4±10,2 до 32,1±32,2 МЕ/мл, что указывает на значительное снижение аллергических проявлений в полости носа.

По окончании 6-месячного послеоперационного наблюдения проведено заключительное исследование общего IgE в крови пациентов, усредненные показатели которых приведены в таблице 11.

Таблица 11. – Усредненные показатели общего IgE после 6 месяцев лечения

Форма АР		I –группа (n=74)		II –группа (n=74)	
		1-2 лет	3-5 лет	1-2 лет	3-5 лет
Интермитирующая	<i>Легкий</i>	170,4±11,0	197,3±9,1	154,0±18,0	199,6±20,5
	<i>Средний</i>	491,7±5,8	543,1±5,4	499,5±4,3	552,3±4,8

Продолжение таблицы 11.

	<i>Тяжелый</i>	797,3±43,0	811,0±68,5	734,1±65,9	795,8±42,9
Персистирующая	<i>Легкий</i>	204,7±13,4	217,3±9,5	200,7±15,0	257,5±62,5
	<i>Средний</i>	555,0±7,1	594,1±5,2	551,2±5,3	586,0±5,9
	<i>Тяжелый</i>	766,7±49,4	812,8±33,8	782,9±55,3	817,2±53,2

Следует отметить, что показатели содержания IgE в крови по сравнению с предыдущими исследованиями заметно изменились в сторону снижения его концентрации в крови в обеих группах, но более выраженное в основной группе. В основной группе, с обеими формами аллергического ринита отмечена явная тенденция к снижению содержания IgE в крови и среднее его значение при легком течении составило от 170,4±11,0 - 197,3±9 до 204,7±13,4 - 217,3±9,5МЕ/мл, а при тяжелом клиническом течении болезни - от 797,3±43,0 - 811,0±68,5 до 766,7±49,4 - 812,8±33,8МЕ/мл.

В сравнительной группе, показатели IgE колебались от 154,0±18,0 - 199,6±20,5 до 200,7±15,0 - 257,5±62,5МЕ/мл при легком клиническом течении и 766,7±49,4 - 812,8±33,8 до 782,9±55,3 - 817,2±53,2МЕ/мл, при тяжелом течении аллергического процесса.

Следует отметить, что на третьем месяце послеоперационного наблюдения наметилась явная тенденция к уменьшению число больных со средним и тяжелым клиническим течением болезни в обеих группах, более заметное в основной группе, результаты которых показаны в таблице 12.

Таблица 12. – Распределение больных по степеням тяжести и длительности заболевания после 3 месяцев лечения

Форма АР	Течение болезни	I – группа (n=74)				II – группа (n=74)			
		1-2 лет		3-5 лет		1-2 лет		3-5 лет	
		До	После	До	После	До	После	До	После
Интермиттирующая	<i>Легкое</i>	3	9	3	8	3	6	3	4
	<i>Среднее</i>	12	7	12	8	13	10	12	11
	<i>Тяжелое</i>	4	3	3	2	3	3	3	3
Персистирующая	<i>Легкое</i>	3	10	3	9	3	7	2	3
	<i>Среднее</i>	12	6	13	8	13	10	13	11
	<i>Тяжелое</i>	3	2	4	3	4	3	3	4

К примеру, количество больных в основной группе (31) со средним и тяжелым течением интермиттирующей формы аллергического ринита, после оперативного лечения сократилось до 20, а в сравнительной группе (31), оно снизилось до 27 человек.

Тенденция к уменьшению число больных с тяжелой степенью заболевания наблюдается и у пациентов с персистирующей формой аллергического ринита. Число пациентов I-й группы со средним и тяжелым течением из 32 сократилось до 19, а во II-й группе, из 33 уменьшились до 28 человек в связи с переходом болезни в легкую форму.

Количество пациентов в основной группе с невыраженной клинической симптоматикой аллергического ринита в период послеоперационного наблюдения увеличилось до 48 (64,9%), а в контрольной – до 27 (36,5%) человек. Число пациентов с тяжелым клиническим течением в I-й группе уменьшилось с 63 (85, 1%) до 27 (36,5%), а во II-й группе – от 64 (86,5%) до 48 (64,8%), что свидетельствует о стихании симптомов аллергии у большинства пациентов (таблица 13).

Таблица 13. – Распределение больных по степеням тяжести и длительности заболевания после 6 месяцев лечения

Форма АР	Течение болезни	I – группа (n=74)				II – группа (n=74)			
		1-2 лет		3-5 лет		1-2 лет		3-5 лет	
		До	После	До	После	До	После	До	После
Интермиттирующая	<i>Легкое</i>	3	16	3	17	3	8	3	7
	<i>Среднее</i>	12	10	12	9	13	10	12	10
	<i>Тяжелое</i>	4	2	3	1	3	3	3	3
Персистирующая	<i>Легкое</i>	3	8	3	7	3	7	2	5
	<i>Среднее</i>	12	1	13	3	13	8	13	9

	<i>Тяжелое</i>	3	0	4	1	4	3	3	2
--	----------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Таким образом, после эндоназальных хирургических вмешательств по поводу деформации носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом и на фоне регулярного антигистаминного, кортикостероидного и противовоспалительного лечения в послеоперационном периоде носовое дыхание восстановилось у 77,03% больных 1-й и у 51,35% пациентов 2-й группы, обоняние - у 86,5% и у 74,3% больных соответственно группам. Восстановление двигательной активности мерцательного эпителия слизистой носа отмечено у 91,89% пациентов первой и у 68,92% пациентов контрольной группы.

Выводы

1. Клиническая картина больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом характеризуется более сложным, упорным течением и разнообразным цветом слизистой оболочки полости носа – от бледно-розового до бледно-синюшного или синюшного, наличием обильного слизисто-водянистого содержимого и чаще вторичной гипертрофией нижних носовых раковин [2-А, 6-А, 14-А, 15-А, 23-А].

2. Исследование функционального состояния носа показало ухудшение проходимости носовых ходов у 85,8% больных, заметное снижение скорости МЦТ – у 84,5%, расстройства обоняния II – III-й степени у 84,4% % пациентов обеих групп, что указывает на выраженное нарушение дыхательной, обонятельной и защитной функции носа [5-А, 11-А, 22-А, 26-А].

3. Распатор – отсос нашей модификации, модифицированный способ максилло-премаксиллярного доступа по Cottle при септум – операции, щадящий вариант коррекции 4-х угольного хряща и способ подслизистой интратурбинной и интрасептальной инъекция дексаметазона в послеоперационном периоде ускоряет процедуру отслойки мукоперихондрия и мукопериоста перегородки носа, минимизирует кровопотери во время вмешательства, сокращает времени оперативного вмешательства и существенно уменьшает послеоперационный отек слизистой оболочки внутриносовых структур [3-А, 7-А, 9-А, 13-А, 17-А].

4. В результате комплексной терапии восстановление носового дыхания отмечено у 77,03% пациентов основной и 51,35% больных контрольной группы. Двигательная активность МЦТ восстановлена у 91,89% и у 68,92% обследованных, а обонятельная функция - у 86,5% и у 74,3% пациентов соответствующих групп. При этом, разница в положительных показателях функционального состояния носа между основной и группой сравнения существенная, что подтверждает высокую эффективность одномоментной септум-операции и УЗД носовых раковин в сочетании с антигистаминной и кортикостероидной терапией [1-А, 4-А, 10-А, 19-А, 25-А].

5. Содержание IgE в крови в послеоперационном периоде по сравнению с предыдущими исследованиями заметно изменилось в сторону снижения его концентрации в крови в обеих группах, но более выраженное в основной группе. Отмечена явная тенденция к снижению содержания IgE в крови и среднее его значение составило от $170,4 \pm 11,0$ - $197,3 \pm 9$ до $204,7 \pm 13,4$ - $217,3 \pm 9,5$ МЕ/мл при легком течении и от $797,3 \pm 43,0$ - $811,0 \pm 68,5$ до $766,7 \pm 49,4$ - $812,8 \pm 33,8$ МЕ/мл при тяжелом клиническом течении болезни.

6. Число пациентов в основной группе с невыраженной клинической симптоматикой аллергического ринита в период послеоперационного наблюдения увеличилось до 64,9%, против 36,5% в контрольной, что свидетельствует об эффективности одномоментной септум-операции и УЗД носовых раковин в сочетании с комплексной терапией [12-А, 16-А, 18-А, 20-А, 21-А, 24-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов исследования

1. В случаях сочетания деформации носовой перегородки с проявлениями аллергического ринита, кроме тщательного аллергологического анамнеза, целесообразно исследование назального секрета и крови на наличие эозинофилов и общего иммуноглобулина Е.
2. При деформации перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом необходимо широкое применение риноэндоскопии и КТ ОНП для адекватной оценки патологических изменений внутриносовых структур и планирования объема оперативного вмешательства.
3. При септум - операции предлагаем использовать модифицированный нами максилло – премаксиллярный доступ по Cottle, отсос – распатор нашей модификации для отслойки тканей перегородки носа и предложенный нами щадящий вариант коррекции 4-х угольного хряща с использованием микроножей.
4. В случаях сочетания деформации носовой перегородки с аллергическим ринитом и выраженной гипертрофией нижних носовых раковин, рекомендуем проводить септопластику и ультразвуковую дезинтеграцию носовых раковин одновременно.
5. Для ускорения процессов заживления и устранения послеоперационного реактивного отека и экссудации слизистой носа рекомендуем применение подслизистой интратурбинной и интрасептальной инъекция дексаметазона.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах ВАК РФ

- [1-А] Муродов Ш.Д. Вопросы оптимизации послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа [Текст] / М.Д. Шоев [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018. – № 3. – С. 86-93.
- [2-А] Муродов Ш.Д. Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух [Текст] / М.И. Махмудназаров [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018. – № 3. – С. 43-48.
- [3-А] Муродов М.Д. Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. – № 1. – С. 74-83.
- [4-А] Муродов Ш.Д. Хусусиятҳои табоботи маҷмӯӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо ринити музмини алергикӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов [ва ғ.] // Авҷи Зухал. – 2019. – №2.-С. 108-114.
- [5-А] Муродов Ш.Д. Парастории баъдиҷарроҳии беморон бо қачшавии миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити музмини алергӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов // Маҷалаи илмӣ-амалии «Авҷи Зухал» (№2) 2022, саҳ. 25 – 29.
- [6-А] Муродов Ш.Д. Показатели общего IgE в крови у больных с деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом до и после комплексной терапии [Текст] / Ш.Д. Муродов // Журнал “Наука и Инновация” №3, 2023

Статьи и тезисы, опубликованные в сборниках материалы конференции в РФ и ближнего зарубежа

- [7-А] Муродов Ш.Д. Современное представление о комплексном лечении деформации носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, А.Ш. Рузиева, Д.П. Ишмуратова // Научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием Душанбе-2017г стр. 159.
- [8-А] Муродов Ш.Д. Клиническая характеристика и особенности лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетающимся с аллергическим ринитом [Текст] /

- Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием. – Душанбе, 2017. – С. 171-172.
- [9-А] Муродов Ш.Д. Клиническая картина и особенности лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетающимся с аллергическим риноконъюнктивитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Материалы респуб. конф. офтальмологов РТ с междунар. участием. – Душанбе, 2017. – С. 118-120.
- [10-А] Муродов Ш.Д. Аҳамияти септум-чарроҳӣ ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ, бо яқҷоягии ринити музмини бодигармӣ (аллергикӣ) [Матн] / М.И. Махмудназаров [и др.] // Авчи Зухал. – 2017. – №4. – С. 37-39.
- [11-А] Муродов Ш.Д. Клиническая характеристика и особенности лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим риноконъюнктивитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием. – Душанбе, 2018. – С. 216.
- [12-А] Муродов Ш.Д. Комплексное лечение больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Мат. 66-ой научно-прак. конф. ТГМУ с междунар. участием. Душанбе.- 2018., С.162-163.
- [13-А] Муродов Ш.Д. Ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин в комплексном лечении больных с искривлением носовой перегородки, сочетанным с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы XIV международной научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ – Душанбе, 2019. – С. 210.
- [14-А] Муродов Ш.Д. Уровень общего IgE у больных с искривлением носовой перегородки, сочетанное с аллергическим ринитом до и после комплексного лечения [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Х. Назаров, М.Д. Шоев // Научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием Душанбе-2019г., С. 209-210.
- [15-А] Муродов Ш.Д. Роль и место септум-операции и УЗД носовых раковин у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Биология ва тиббиёт муаммолари Узбекистан-2019г., №3.1, С. 61-62.
- [16-А] Муродов Ш.Д. Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д., Муродов М.И., Махмудназаров Д.Х. Саидов // Материалы международной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовщина), посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе-2020г., С. 195-196.
- [17-А] Муродов Ш.Д. Коррекция 4-х угольного хряща у больных с-образной девиацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, М.Р. Киматов // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 712.
- [18-А] Муродов Ш.Д. Модифицирование максилло-премаксилларного доступа при септопластике [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Т. Шерматов, М.Ф. Азизова // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 713.
- [19-А] Муродов Ш.Д. Оптимизация послеоперационного введения больных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Т. Шерматов, М.Ф. Азизова // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 713-714.
- [20-А] Муродов Ш.Д. Нақш ва моҳияти септум-чарроҳӣ ва ДУС-и садафаҳои поёнии бинӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музмини алергӣ

[Матн] / Ш.Д.Муродов, Д.Х.Саидов, М.Д.Шоев // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 742-743.

[21-А] Муродов Ш.Д. Септум-операция и УЗД больных с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин, сочетанных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы 75-ой научно-практич. конф. студентов-медиков и молодых учёных, Самарканд-2021, С. 121.

[22-А] Муродов Ш.Д. Септопластика и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 77-79.

[23-А] Муродов Ш.Д. Натиҷаҳои клиникии анатомӣ дар беморони бо деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягии ринити бодигармӣ баъд аз табобати маҷмӯӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров, А.А. Махамадиев // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 95-96.

[24-А] Муродов Ш.Д. Совершенствования послеоперационного ухода у больных после хирургической коррекции носового дыхания [Текст] / М.Д. Шоев, М.И. Махмудназаров, Ш.Д. Муродов // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 138-139.

[25-А] Murodov Sh.D. Comprehensive treatment of patients with deformation of nasal septum, combined with allergic rhinitis [Text] / Sh.D. Murodov, M.I. Makhmudnazarov, F.Kh. Adylova // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 31-32.

[26-А] Муродов Ш.Д. Тасвири эндоскопии ковокии бинӣ зимни деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити алергикӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, Д.Х. Саидов // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практ. конф. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе-25.11.22. Стр. 307-308.

Патент на изобретения

Малый патент на изобретение Республики Таджикистан № ТЈ 1024, МПК А61В17/24; А61 К36/38. Распатор – отсос / Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. – 1901299; опубл. 22.07.2019. – Бюл. 149, 2019. – 6 с.

Рационализаторские предложения

Рационализаторское предложение – Способ оптимизации послеоперационного введения больных с аллергическим ринитом / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д. - 3412/R403, опубл. 04.02.2021;

Рационализаторское предложение – Модификация максилло-премаксиллярного доступа по Cottle при септопластике / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И. - 3413/R404, опубл. 04.02.2021;

Рационализаторское предложение – Способ коррекции хряща при С-образной девиации перегородки носа / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И. - 3414/R405, опубл. 04.02.2021.

Список сокращений и условных обозначений

АР – аллергический ринит

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

ДНП – деформация носовой перегородки

КТ – компьютерная томография;

ИПН – искривление перегородки носа

МЦТ – мукоцилиарный транспорт

НМЦРТ – Национальный медицинский центр РТ

ОНП – околоносовые пазухи

ПН – перегородка носа

УЗД – ультразвуковая дезинтеграция;

IgE – иммуноглобулин E

МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБӮАЛӢ ИБНИ СИНО»

УДК 616.212.5-077.24; 616.211-002

Бо ҳуқуқи дастнавис

МУРОДОВ ШАМСИДДИН ДОНАБОЕВИЧ

КЛИНИКА, ТАШҲИС ВА ТАБОБАТИ КОМПЛЕКСИИ
ДЕФОРМАТСИЯИ МИЁНДЕВОРИ БИНИ, ДАР ҲАМҶОЯГӢ БО
РИНИТИ АЛЛЕРГӢ

АВТОРЕФЕРАТИ

диссертатсия барои дарёфти унвони илмии доктори фалсафа (PhD)
аз рӯи ихтисоси 6D110103 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ

Душанбе 2023

Таҳқиқот дар кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Маҳмудназаров Маҳмадамин Имомович** – номзади илмҳои тиб, дотсенти кафедраи оториноларингологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муқарризони расмӣ: **Ҳасанов Саидакрам Аскарлович** – д.и.т., профессори кафедраи оториноларингология, оториноларингологияи кӯдакона ва стоматологияи Донишкадаи тиббӣ – педиатрии Тошкент, Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Бустонов Махсум Отакулович – номзади илмҳои тиб, дотсент, профессори фахрии кафедраи фанҳои ҷарроҳии №2-и Донишгоҳи давлатии тиббии Хатлон.

Муассисаи тақриздиханда: Донишгоҳи давлатии тиббии Самарқанд, Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ соли 2023 соати _____ дар чаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D. КОА-040 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734026, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31, dis@tajmedun.tj,

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2023 ирсол гардид.

Котиби илмии Шӯрои диссертатсионӣ:
доктори илмҳои тиб

Шарипов А.М.

МУҚАДДИМА

Муҳимияти мавзӯи тадқиқот

Деформатсияи миёндевори бинӣ (ДМБ) яке аз сабабҳои асосии пайдоиши маҳкамшавии музмини роҳҳои бинӣ мебошад [Бойко Н.В. [ва ғ.], 2007, Морозов А.И. 2012; Арсов Б. [ва ғ.], 2020;]. Дар сохтори бемориҳои ринологӣ, ки дар он дар шароити статсионарӣ амалиётҳои ба нақша гирифташуда гузаронида мешаванд, деформатсияи миёндевори бинӣ 23-31% ҳолатҳоро ташкил медиҳад [Козаренко Е.А., 2013; Маҳмудназаров М.И., 2018; Бойко Н.В., Залеская И.А., 2020], ки ҳиссаи баланди ин эътилолиятро нишон медиҳад.

Ҳангоми ихтилоли нафаскашӣ бо бинӣ, ки муддати тӯлонӣ идома меёбад, мушкилоти зиёде ба миён меояд, ки бо рушди синусит, бемориҳои нойи сомеа, бемориҳои роҳҳои нафаскашӣ болоӣ ва поёни зоҳир мегардад. Илова бар ин, ин ихтилолҳо метавонанд ба фаъолияти системаҳои чоғу рӯй ва дилу рағҳои хунгард таъсири манфӣ расонанд [Крюков А.И. [ва ғ.], 2008; Дайхес Н. [ва ғ.], 2009, Вахрамеев И.Н., 2011; Ҳасанов С.А., 2017; Мотесадди З.М., 2008].

Эътилолияти ковокии бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигии хусусияти аллергидошта як мушкили таъхиринопазири оториноларингология боқӣ мондааст, ки ин бо афзоиши пайваस्ताи бемориҳо, вазнинии ҷараёни клиникӣ, душвориҳои табobati чунин беморон, инчунин оқибатҳои манфии иҷтимоию иқтисодӣ мебошад. [Ғаффорова М.А., Умаров Д.С., 2009; Мухамедова М.Д., Ахророва З.А., 2011; Ханданян Г.Л. [ва ғ.], 2016; Машкова Т.А., 2018; Орифов С.С., Далиев А.Г., 2019; Свистушкин В.М. [ва ғ.], 2020; Валс, Матеус М. [ва ғ.], 2017; Мариньо-Санчес Ф.С. [ва ғ.], 2017; Агнихотри Н.Т. [ва ғ.], 2019].

Мушкилоти дигари муҳим омӯзиши ҳолати масунияти ҷузъӣ ҳангоми эътилолиятҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ табиати аллергидошта, ба монанди ринити аллергӣ мебошад. Дар сурати нобасомон шудани ҳолати масунӣ, қувваҳои муҳофизатии бадан заиф гардида, дар натиҷа хавфи пайдоиши бемориҳои роҳҳои болоии нафаскашӣ зиёд мешавад [Котлуков В.К., 2007; Худойбергенова С.Ф., 2014; Ғуломов З.С., 2014; Морозова, С.В., 2015, Памура А.Н. [ва ғ.], 2019; Туйдиев Ш.Ш., [ва ғ.], 2019; Козаренко Е.А. [ва ғ.], 2020; Бейшенбоева Б.Э., 2021; Рӯзиқулов А. [ва ғ.], 2022; Brożek J.L. [ва ғ.], 2017; Liva G.A. [ва ғ.] 2021].

Коркарди усулҳои камосеби табobati ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо ринити аллергӣ якҷоя ба вучуд меоянд, яке аз масъалаҳои мушкилтарини ринологияи ватанӣ мебошад. Ин ба вайроншавии аёни ҳолати функционалии бинӣ вобаста аст, ки бо ҳамҷоягии эътилолияти миёндевори бинӣ ва аллергия алоқаманд аст. Дар ин сурат, зарур аст, ки ҳамзамон вазифаҳои асосии биниро тавассути амалиёти ҷарроҳии дорои хусусияти функционалидошта ва реабилитатсияи табобатӣ барқарор кунанд, то зухуроти аллергӣ дар бинӣ баргараф карда шавад.

Қаблан дар Тоҷикистон дар мавриди муолиҷаи ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо ринити аллергӣ ҳамҷоя аст, тадқиқот гузаронида нашудааст. Аз ин рӯ, масъалаҳои таҳияи усулҳои оптималии ҷарроҳии функционалӣ ва барқарорсозии маводии беморони дорои деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо ринити аллергӣ алоқамандаст, то ҳол ҳалношуда боқӣ монда, ҳалли онҳоро талаб мекунад.

Вобаста ба гуфтаҳои дар боло зикршуда, тадқиқи мазкур муҳим ба шумор меравад ва барои омӯхтан ва ҳалли масъалаҳои дар боло зикршуда нигаронида шудааст, ки таваҷҷӯҳи илмӣ ва амалӣ дорад.

Дарачаи омӯхташудаи мавзӯи илмӣ

Масъалаҳои ташхис ва табobati маҷмӯии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо ринити аллергӣ ҳамроҳ во меҳӯрад, кам омӯхта шудааст ва

дар адабиётҳо шумо метавонед танҳо чанд тавсифи мушоҳидаҳои клиниро бидуни омӯзиши мунтазами робитаи байни ин этилолиятҳо пайдо кунед [Полнер С. [ва ғ.], 2013; Рябинин А.Г. [ва ғ.], 2015; Асманов А.И. [ва ғ.], 2018; Дворянчиков В.В. [ва ғ.], 2020; Козаренко Е.А. [ва ғ.], 2015; Курбачева О.М. [ва ғ.], 2017; Никифорова Г.Н. [ва ғ.], 2017; Царев С.В., 2018; Gillman G. S. [et al.], 2019; Hizli O.[et al.],2020; Wang L.[et. al., 2020].

Дар корҳои нашршуда тавсифи хусусиятҳои анатомӣ ва усулҳои таботати ҷарроҳӣ дар мавриди деформатсияи миёндевори бинӣ оварда шудааст. Дар баробари ин, дар бораи хусусиятҳои клиникии равиш, тасвири риноскопӣ ва ҳолати функционалии луобпардаи ковокии бинӣ ҳангоми ҳамчояшавии ин беморӣ маълумоти кам вучуд дорад. Аз сабаби он, ки масъалаҳои омӯзиши аломатҳои клиникӣ, хусусиятҳои равиш, тасвири риноскопӣ ва усулҳои камосеби таботати ҷарроҳии беморон махусан ҷарроҳии функционалӣ ва барқарорсозии (реабилитатсия) терапевтии беморон бо деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ барои оториноларингологияи ватанӣ таваҷҷӯҳи назарраси илмӣ ва амалӣ дошта, мавзӯи тадқиқоти мазкур маҳсуб меёбад.

Ирғиботи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо) ва мавзӯҳои илмӣ

Кори диссертатсионӣ: «Клиника, ташхис ва таботати комплекси деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ» дар доираи корҳои илмии кафедраи оториноларингология ба номи Ю.Б. Исҳоқӣ МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар мавзӯи «Усулҳои муосири ташхис ва таботати комплекси этилолиятҳои якҷояи бинӣ ва ҷавфҳои наздибинигӣ» аз рӯи ихтисоси 110103 – Бемориҳои гӯшу, гулӯ ва бинӣ. Бақайдгирии давлатии № 0113ТJ 00336.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Коркарди усулҳои комплекси муолиҷаи ҷарроҳӣ ва барқарорсозии терапевтии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши хусусиятҳои равиши клиникӣ ва тасвири риноскопӣ дар мавриди деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ;

2. Тадқиқи ҳолати функционалии бинӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ пеш ва пас аз аз таботати комплекси;

3. Тадқиқи ситологии эозинофилҳо дар хун, дар тарашшӯҳи бинӣ ва муайян кардани миқдори умумии иммуноглобулини Е дар хуни беморони гирифтори этилолияти мазкур пеш аз таботати комплекси ва баъд аз он;

4. Коркарди усули комплекси таботати беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ, ки аз усулҳои камосеби амалиёти ҷарроҳӣ, таботати зиддигистаминӣ ва кортикостероидӣ иборат мебошад.

Усулҳои тадқиқот. Эндоскопияи ковокии бинӣ, КТ-и бинӣ ва ЧНБ, ринопневмометрия, олфактометрия, тадқиқи нақли мукосилиарии (НМС) луобпардаи ковокии бинӣ ва рН-и тарашшӯҳи бинӣ, тадқиқи ситологии луоби бинӣ ва эозинофилҳо дар хуни канорӣ, муайян кардани иммуноглобулин Е-и умумӣ, инчунин тадқиқи клиникӣ биохимиявии хун, пешоб ва начосат.

Объекти тадқиқот. Объекти тадқиқот 148 нафар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣро аз синни 15 то 53 соларо ташкил кард, ки давоми солҳои 2017 то 2019 зери назорат қарор доштанд. Аз онҳо 102 нафарашон мард, 46 – зан буданд.

Мавзӯи тадқиқот. Мавзӯи тадқиқот омӯзиши хусусиятҳои клиникии равиш, тасвири риноскопӣ, ҳолати функционалии луобпардаи ковокии бинӣ ва ҳолати ҷузъии иммуноаллергологии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ,

дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ, коркарди усулҳои ҷарроҳии камосеб ва табобати зиддигистаминию кортикостероидии мувофиқ буд.

Аҳамияти назариявӣ ва амалии таҳқиқот дар он аст, ки муқаррароти назариявӣ, методӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар маводи рисола овардашуда метавонанд дар раванди таълимии кафедраҳои оториноларингологияи Муассисаи давлатии таълимии «ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон васеъ истифода шаванд.

Хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва тасвири риноскопӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ, бо шикоятҳои хос, варамҳои бараъло, инфилтратсия ва тағйирёбии ранги луобпарда аз гулобӣ то сафеди мрамарӣ, инчунин таровиши зиёди моеъи серозӣ, луобӣ дар ковокии бинӣ ва деформатсияи миёндевори бинӣ, ки аксар вақт дар шакли тегаи тези яктарафа ё дутарафа ва ё қираи қисмҳои гуногуни он пайдо мешавад.

Истифодаи эндоскопияи бинӣ ва КТ-и ҶНБ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ имкон медиҳад, ки тағйироти эпителлоӣ аз ҷониби сохторҳои дохили бинӣ ва ҶНБ дақиқтар муайян карда шуда, ҳангоми банақшагирии тадбирҳои табобатӣ ва амалиёти эҳтимолии ҷарроҳӣ бояд ба назар гирифта шавад.

Дар заминаи деформатсияи миёндевори бинӣ, аломатҳои ринити аллергӣ аксар вақт ба амал меояд, ки дар натиҷа вайроншавии бараълои вазоифи нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шоммаи бинӣ ба назар мерасад, ки онҳоро бояд табибони коромӯз ҳангоми кор бо ин гуна гурӯҳи беморон ба назар гиранд.

Мавҷудияти зиёдшавии концентратсияи эозинофилҳо дар хуни канорӣ дар ҳарду гурӯҳ аз хусусияти раванди илтиҳобӣ-аллергӣ дар ковокии бинӣ дар беморони муоинашуда шаҳодат медиҳад, ки барои банақшагирии тарзи табобат муҳим аст.

Нақшаи тадқиқи пешниҳодкардаи муаллиф ва усули камосеби табобати ҷарроҳии беморон бо деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ, дар заминаи табобати антигистаминӣ ва кортикостероидӣ барои табибони оториноларинголог аҳамияти амалии бевосита дорад.

Навоварии илмӣ тадқиқот. 1. Дар шароити Тоҷикистон бори нахуст барои тадқиқи хусусиятҳои равиши клиникӣ ва тасвири риноскопӣ, ҳолати функционалии бинӣ ва масъунияти чузъӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ гузаронида шуд.

2. Бо истифода аз риноэндоскопияи муосири ковокии бинӣ ва КТ-и ҶНБ бори аввал хусусияти тағйироти эпителлоӣ сохторҳои дохили бинӣ, ки ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ бо зухуроти аллергии луобпардаи бинӣ ба амал меоянд, ба таври эҳтимодбахш омӯхта шудааст.

3. Тадқиқотҳои ҳолати функционалии бинӣ нишон доданд, ки беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ, бештар вайроншавии возеҳи гузариниши роҳҳои бинӣ, паст шудани вазифаи нақли эпителияи мичғонақдор, баландшавии ҳадди бӯйҳисқунӣ ва тамоюли рН-и луоби бинӣ ба тарафи туршӣ доранд.

4. Тадқиқи ситологии тарашшӯҳи бинӣ дар беморони гирифтори эпителлоияти якҷояи сохторҳои дохили бинӣ нисбат ба лимфоситҳо, нейтрофилҳо ва моноситҳо зиёд шудани эозинофилҳоро нишон дод, ки дар муқоиса бо меъёрҳои илтиҳобӣ баланд шудани сатҳи аллергиро нишон медиҳад, ки ин аз нигоҳи ташхиси тафриқавии раванди патологӣ дар ковокии бинӣ муҳим аст.

5. Тадқиқотҳо бори аввал муайян карданд, ки ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ дараҷаҳои гуногуни ҷараёни клиникӣ тамоюли зиёдшавии концентратсияи иммуноглобулини IgE дар хуни канорӣ

мушоҳида мешавад, ки ин аз вайроншавии аксуламали ҷавобии масъуният дар ин гурӯҳи беморон шаҳодат медиҳад.

6. Бо дарназардошти хусусиятҳои равиши клиникӣ, тасвири риноскопӣ, ҳолати функционалии бинӣ ва масъунияти чузъӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ, усули муассир ва камосеби табобати ҷарроҳӣ дар заминаи табобати антигистаминӣ ва кортикостероидӣ коркард шудааст.

Нуктаҳои асосии Ҳимояшавандаи диссертатсия

1. Риноэндоскопияи муосир ва КТ-и ЧНБ имкон медиҳад, ки хусусият, маҳалли ҷойгиршавӣ ва амиқии тағйироти этилолии сохторҳои дохили биниро, ки ҳангоми банақшагирии муолиҷаи маҷмӯии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ во меҳӯранд, ба таври эътимодноқ муайян карда шаванд.

2. Ҷараёни клиникӣ дар беморони дорои деформатсияи миёндевораи бинӣ, ки бо ринити аллергӣ ҳамчоя аст, бо шикоятҳои хос ва тасвири риноскопии хос, инчунин ихтилоли бараълои ҳолати функционалии бинӣ ифода меёбад.

3. Истифодаи усулҳои камосеби ҷарроҳӣ ва оптимизатсияи табобати пас аз ҷарроҳии беморони гирифтори деформатсияи миёндевораи бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ имкон медиҳад, ки вазоифи нафаскашӣ, муҳофизатӣ ва шомма беҳтар карда шаванд.

Дараҷаи эътимоднокии натиҷаҳои рисола эътимоднокии маълумот, ҳаҷми кофии маводи тадқиқотӣ, коркарди омории натиҷаҳои тадқиқот ва нашрияҳо дар маҷаллаҳои илмию амалии дорои аҳамияти ҷумҳуриявӣ ва байналмилалӣ, аз ҷумла маҷаллаҳои, ки ба реестри Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон дохил карда шудаанд, тасдиқ мекунад.

Хулоса ва тавсияҳо бо таҳлили илмии маълумотҳои омӯзиши ҳамаҷониба, натиҷаҳои табобати ҷарроҳӣ ва табобатии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ аст, асос ёфтаанд.

Мувофиқат кардани рисола ба шиносномаи ихтисоси илмӣ. Ба шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон бо гирифтани унвони доктори фалсафа (PhD) аз рӯи ихтисоси 6D110103 – Бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ, самтҳои илмии №1 (коркарди усули оптималии табобати пасазҷарроҳии беморони гирифтори этилолияти якҷояи ковокии бинӣ) ва №6 (коркард ва тақмили усулҳои ташкил ва расонидани ёрии оториноларингологӣ ба аҳоли ва рушд додани ихтисос дар шароити нави хоҷагидорӣ) ба ҳамаи талаботи фасли 3, б. 31, 33, 34 «Низомномаи дарёфти дараҷаи илмӣ» Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 30-юми июни соли 2021, таҳти №267, ки ба рисолаи доктори фалсафа (PhD) ҷавоб медиҳад. Коркарди таҷрибавию клиникии усулҳои табобати бемориҳои узвҳои ГГБ ва дар амалияи клиникӣ ҷорӣ намудани онҳо.

Саҳми шахсии довталаб барои дарёфти унвони илмӣ аз иштироки бевосита дар тамоми марҳилаҳои тадқиқот, ҷамъоварии маводи илмӣ (148 нафар аз тадқиқ гузаронидашуда), омода намудани фишурдаҳо ва мақолаҳои илмӣ, наشري натиҷаҳои тадқиқот, иштирок дар конференсҳои илмӣ, коркарди таҳқиқоти ташхисӣ, гузаронидани муоинаи узвҳои ГГБ ва усулҳои иловагии тадқиқот, дар интиҳоби тарзи табобати ҷарроҳӣ ва татбиқи онҳо дар 148 бемор, инчунин парастории пас аз ҷарроҳӣ барои беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити аллергӣ иборат аст.

Таъйид ва татбиқи натиҷаҳои рисола. Муқаррароти асосии рисола дар конференси илмӣ-амалии олимони ва донишҷӯёни ҷавони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ, бахшида ба «Соли ҷавонон» - «Нақши ҷавонон дар рушди илми тиб» (Душанбе, 28.04.2017); ҷаласаи Ҷамъияти илмии оториноларингологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон (Душанбе, 15.03.2017); конференсияи

клиникии табибони ГГБ-и Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» (Душанбе – 2018.); конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Соли рушди сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ» - Илми тиб: имкониятҳои нав» (Душанбе, 27.04.2018); Конфронси ҷумҳуриявии илмию амалии оториноларингологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон бо иштироки байналмилалӣ - «Ҷанбаҳои муосири ташхис ва табобат дар оториноларингология» (Душанбе, 19.10.2018); конференсияи илмӣ-амалии олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо иштироки байналмилалӣ бахшида ба «Солҳои рушди деҳот, сайёҳӣ ва ҳунарҳои мардумӣ (2019 – 2021)» (Душанбе, 19.04.2019); VI-умин Ассамблеяи Аврусиёии оториноларингологҳо «Мушкилоти муосири оториноларингология» (Самарқанд, Ўзбекистон; 27-28.09.2019) гузориш дода шуд.

Нашрияҳо оид ба мавзӯи рисола. Аз рӯи мавзӯи тадқиқоти илмӣ 26 кори нашрӣ ба таърифи расид, ки аз он 6 ададаш ба реестри Комиссияи олии аттестационии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон, патенти ихтироот – 1, пешниҳодоти ратсионализаторӣ – 3 адад дохил карда шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми рисола. Кори рисолавӣ дар 151 саҳифа пешниҳод шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт, хусусиятҳои беморон ва усулҳои тадқиқот, 2 боби тадқиқоти хусусӣ, муҳокимаи натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳои амалӣ ва рӯйхати адабиётҳо, ки 145 манбаъро (90 манбаъҳои дохилӣ ва 55 – хориҷӣ) дар бар мегиранд, иборат аст. Қор бо 43 ҷадвал ва 11 расм тасвир шудааст.

МАЗМУНИ ТАДҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Дар шӯъбаи оториноларингологии Муассисаи давлатии «Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон» дар давоми солҳои 2016 то 2020 мо 148 нафар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори биниро дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ муоина ва ҷарроҳӣ кардем. Синну соли беморон аз 15 то 53-сола буда, 100 нафар мард ва 48 нафар занон буданд.

Беморон бо усули интихоби тасодуфӣ (рандомизатсия) ба ду гурӯҳи баробар – 74 нафарӣ тақсим карда шуданд. Ҳарду гурӯҳ аз як усулҳои муоина гузаштанд, ки онҳо аз эндоскопияи ковокии бинӣ, ТК-и бинӣ ва ҚНБ, ринопневмометрия, олфактометрия, омӯзиши нақли мукосилиарии (НМС) луобпардаи бинӣ, рН-и тарашшӯҳи бинӣ, тадқиқи ситологии луоби бинӣ ва эозинофилҳо дар хун, муайян кардани иммуноглобулини умумии IgE, инчунин ташхиси клиникӣ ва биохимиявии хун, пешоб ва наҷосат иборат буд.

Барои ҳар як бемор таърихи беморӣ бо бахшҳои барои ворид кардани маълумоти шиносномавӣ, шикоятҳои бемор, собикаи беморӣ, нишондиҳандаҳои муоинаи клиникӣ, натиҷаҳои муоинаи эндоскопии ковокии бинӣ, нишондиҳандаҳои ҳолати функционалии бинӣ пеш аз табобат ва баъди табobati ҷарроҳӣ, протоколҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ ва маълумоти парастории баъдичарроҳии беморон тартиб дода шудааст.

Меъёрҳои дохилшавӣ ба тадқиқот беморони гирифтори намудҳои гуногуни деформатсияи миёндевори бинӣ (теға, қира ва ғ.) дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ буданд. Меъёрҳои истисно беморони гирифтори деформатсияи бинии беруна, риносинуситҳои фасодию салиладор, астмаи бронхиялӣ ва бемориҳои илтиҳобию фасодии узвҳои ГГБ буданд.

Дар мавриди табobati ҷарроҳии беморони гурӯҳи асосӣ ҷарроҳии миёндевори бинӣ ва ДУС-и садафаҳои поёнии бинӣ дар як вақт гузаронида шуд ва дар гурӯҳи муқоисавӣ бошад, танҳо доираи амалиёт бо усули дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳо маҳдуд карда шуд.

Натиҷаҳои тадқиқот. Беморони ҳарду гурӯҳ асосан аз душвории нафаскашии бинӣ дар як ё ҳарду тарафи ковокии бинӣ, мавҷудияти ихроҷоти луобии зиёд аз ковокии бинӣ, кам шудани ҳиссиёти шомма, атсаи хурӯҷмонанд, хориши бинӣ ва

дарди сар шикоят мекарданд. Баъзе беморон аз хоболудӣ, кам шудани иштиҳо ва ва пастшавии қобилияти корӣ, асабоният ва вазниншавии гӯшҳо шикоят карданд. Зиёда аз 75% беморон қайд карданд, ки нишонаҳои аллергияи бинӣ дар давраи баҳор-тирамоҳ дар заминаи мушкilotи доимии нафаскашии бинӣ пайдо мешаванд.

Ҳангоми риноскопияи пешӣ ва эндоскопия дар ҳама ҳолатҳо дар беморон деформатсияҳои гуногуни миёндевори бинӣ, мавҷудияти варами намоёни луобпардаи бинӣ, тағйироти гипертрофӣ дар минтақаи садафаҳои поёнии бинӣ, инчунин ихроҷот дар ковокии бинӣ табиаташ луобӣ, серозӣ ё обдор муайян карда шуд. Ранги луобпардаи бинӣ гуногун аз гулобии сафедчатоб то кабудчатоб, кабудии сафедранг ва ё сафедчатоб буд, аз сабаби зиёд будани ҳаҷми садафаҳо ва аз ҳисоби қач будани миёндевори бинӣ роҳҳои бинӣ танг шуданд (расми 1).



Расми 1. – Тасвири эндоскопии ковокии бинӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ ва ринити алергӣ пеш аз табобат.

Деформатсия дар минтақаи тағоякӣ дар 76 (51,3%), дар минтақаи устухонӣ дар 59 (39,9%), дар минтақаи тағояку устухонӣ дар 13 (8,8%) беморон мушоҳида гардид. Дар 23 (15,5%) ҳолат воҳӯрии деформатсия дар шакли теға ва дар шакли қира дар 30 (20,3%) ҳолат муайян карда шуд. Дар 9 (6,1%) бемор баромади тағояки чоркунҷаи миёндевори бинӣ, дар 22 нафар (14,9%) ҷойивазкунии кунҷии миёндевори бинӣ, ҷойивазкунии камоншакли миёндевор дар 15 нафар (10,1%), деформатсияи С – шакл дар 16 нафар (10,8 %) ва қачшавии S – шакли он дар 13 (8,8%) беморон муайян карда шуд. ки аз маълумоти дигар муаллифони то андозае фарқ мекунад.

Дар 83,8% беморони гурӯҳи I ва дар 90,5% беморони гурӯҳи II гипертрофияи садафаҳои поёни муайян карда шуд. Дар баробари ин, гипертрофия аз як тараф дар 83,9% ва 80,6%, гипертрофияи дутарафа 16,1% ва 19,4% мушоҳида гардид.

Дар 21 (14,2%) бемор вайроншавии гузарониш дараҷаи I бо нишондиҳандаҳои фишори дохили бинӣ 11-30мм сут.обӣ), дар 84 (56,7%) нафар дараҷаи II (31-60 мм сут. обӣ) муқаррар карда шуд. Дар 43 (29,1%) нафар вайроншавии назарраси гузарониши бинӣ дараҷаи III (61-90 мм сут. обӣ) ошкор гардид.

Дар ҳама беморон сустшавии НМС-и луобпардаи ковокии бинӣ тадқиқ карда шуд. Ҳамзамон дар 23 (15,5%) бемор дараҷаи I, дараҷаи II дар 88 (59,5%) ва дараҷаи III дар 37 (25%) бемор муқаррар гардид. Арзиши миёнаи ин нишондиҳанда аз 32,5 то 75,2 буд. Нишондиҳандаи муқаррарӣ 15-25 дақ. ҳисобида шуд.

Ҳангоми баҳодиҳии ҳолати вазифаи бӯйҳискунии бинӣ, дар ҳама беморон сустшавии ҳисси шомма мушоҳида карда шуд. Дар 33 (22,3%) бемор пастшавии бӯй дараҷаи I, дар 71 (48%) ҳолат дараҷаи II, дар 37 (25%) ҳолат пастшавии шомма дараҷаи III муайян карда шуд ва дар 7 (4,7%) ҳолат дараҷаи IV буд.

Мувофиқи рН-метрия дар 29 (19,6%) бемор рН-и тарашшӯҳи бинӣ 7,3-7,5, дар 119 (80,4%) бемор 7,6-8,1 буд. Дар беморони гурӯҳи якум ин нишондод ба ҳисоби миёна $7,63 \pm 0,02$ буд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур нишон медиҳад, ки ҳамҷоягии деформатсияи миёндевори бинӣ ва ринити алергӣ бо тағйироти гипертрофӣ дар садафаҳо на танҳо ба ихтилоли анатомӣ дар сохтори ковокии бинӣ оварда мерасонад, балки тавозуни

электролитии тарашшӯхи биниро низ тағйир медихад.

Дар маҷмӯъ, натиҷаҳои тадқиқи функционалии бинӣ дар мавриди ҳамҷоягии деформатсияи миёндевори бинӣ бо зуҳуроти ринити аллергӣ вайроншавии чиддии вазифаҳои нафаскашӣ ва муҳофизатии биниро нишон дод, ки бо варами шадиди луобпардаи бинӣ ва маҳкамшавии роҳҳои бинӣ аз ҳарду тараф алоқаманданд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти аллергологӣ нишон дод, ки дар 27 (18,2%) бемор хешовандонашон дорои эпитолияҳои аллергии хусусияти гуногун (ринитҳои аллергӣ ва конъюнктивит, дерматитҳои атопикӣ ва ғ.) буданд. Дар 21 (14,2%) бемор аллергияи доруворӣ, дар 9 (42,9%) бемор ба доруҳои зиддибактериявӣ, 5 (23,8%) бемор таҳаммулнопазирӣ ба МФСЗИ (аналгин) ва 7 (33,3%) бемор - таҳаммулнопазирӣ ба витаминҳои гуруҳи В ба қайд гирифта шуд. Дар 25 (16,9%) бемор мавҷудияти аллергия ба баъзе хӯрокҳо муайян гардид, ки дар байни онҳо дар 10 (40%) беморон таҳаммулнопазирӣ ба меваҳои ситрусӣ ва дар 15 (60%) ҳолат, беморон ба тухми офтобпараст аллергия доштанд.

Ҳассосият ба фулуси чанги хонагӣ дар 12 (8,1%) бемор, ҳассосият ба чанги китобхона дар 11 (7,4%), дар 8 (5,4%) бемор ба болиштҳои пардор, дар 14 (9,5%) бемор ба мӯйи ҳайвоноти хонагӣ ҳассосият мушоҳида гардид. Инчунин 30 (20,3%) бемори дигар ба гардолудҳои рустанигӣ аллергия доранд. Дар 78 (52,7%) бемор якбора ҳассосият ба якчанд намуди аллергенҳои гардолудкунанда пайдо карда шуд.

Натиҷаҳои бадастovarдаи мо паҳншавии ҳолатҳои ҳассосиятро дар беморони зери назорат ба аллергенҳои хонагӣ ва эпидермалӣ бештар нишон дод.

Вобаста ба хусусиятҳои равиши клиникӣ, зудии такроршавӣ, тасвири риноскопӣ ва таркиби иммуноглобулини IgE, инчунин эозинофилҳо дар тарашшӯхи бинӣ ва хуни канорӣ, шиддатнокии раванди аллергӣ дар бинӣ муайян карда шуд.

Нишондиҳандаи фоизнокии эозинофилҳо дар хуни беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ вобаста ба шакл ва ҷараёни клиникӣ беморӣ фарқ мекард. Ҳангоми дараҷаи сабуки равиши шакли мавсимии беморӣ, он аз $6,3 \pm 0,3$ то $7,0 \pm 0,6$, ҳангоми дараҷаи миёнаи равиши шакли мавсимии беморӣ аз $8,8 \pm 0,2$ то $9,2 \pm 0,2$ иборат буд. Дар мавриди ҷараёни вазнини ин шакли беморӣ нишондиҳандаи эозинофилҳо аз $13,0 \pm 0,4$ то $13,3 \pm 0,3$ буд.

Ҳангоми дараҷаи сабуки равиши шакли доимии беморӣ, нишондиҳандаи эозинофилҳо аз $7,0 \pm 0,6$ то $7,7 \pm 0,3$ ва дараҷаи миёнаи ҷараёни шакли доимии беморӣ, ин нишондиҳанда аз $9,5 \pm 0,3$ то $9,8 \pm 0,3$ буд ва дар ҳолати вазнин равиши ин шакли беморӣ аз $13,0 \pm 0,7$ то $13,7 \pm 0,3$ -ро дар бар гирифт.

Барои истисно ё тасдиқи раванди илтиҳобӣ дар ковокии бинӣ, дар як вақт таркиби лимфоситҳо, нейтрофилҳо ва моноцитҳо дар тарашшӯхи бинӣ омӯхта шуд. Натиҷаҳои тадқиқоти луоби бинӣ дар чадвали 1 нишон дода шудааст.

Чадвали 1. - Натиҷаҳои таҳқиқи тарашшӯхи бинӣ пеш аз табобат ($M \pm SD$)

Нишондиҳандаҳо	Гуруҳи I (n =74)	Гуруҳи II (n =74)	p
лимфоситҳо	$4,4 \pm 2,9$	$4,2 \pm 3,1$	$>0,05$ (U =2596,5; Z =0,54)
эозинофилҳо	$59,2 \pm 12,0$	$59,5 \pm 12,1$	$>0,05$ (U =2716,5; Z =-0,08)
нейтрофилҳо	$32,5 \pm 12,2$	$32,2 \pm 12,4$	$>0,05$ (U =2677,5; Z =0,23)
моноцитҳо	$3,8 \pm 3,0$	$4,1 \pm 3,2$	$>0,05$ (U =2619,0; Z =-0,46)

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои гуруҳҳои I ва II (аз рӯи санҷиши Манн-Уитни U).

Тавре ки аз чадвали 1 дида мешавад, арзиши миёнаи эозинофилҳои луобии бинӣ дар беморони гуруҳи I $59,2 \pm 12,0$ ва дар гуруҳи II -юм $59,5 \pm 12,1$ буд. Дар баробари ин, аҳамияти омории тафовути нишондодҳо байни гуруҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ аз рӯи санҷиши Манн-Уитни $>0,05$ (U=2716,5; Z=-0,08) буд.

Арзиши миёнаи иммуноглобулини умумии E дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ, вобаста ба шакл ва

равиши беморӣ низ фарқ мекард (ҷадвали 2). Масалан, хангоми дараҷаи сабуки ҷараёни шакли мавсимии беморӣ, IgE аз 299,4±44,4 то 349,0±47,9 ВБ/мл, дараҷаи миёна аз 677,9±5,2 то 756,6±4,9 ВБ/мл аст ва дар дараҷаи вазнин – аз 885,2±4,9 то 973,9±22,3 ВБ/мл ташкил кард.

Хангоми дараҷаи сабуки ҷараёни шакли доимии беморӣ, нишондиҳандаи умумии IgE аз 353,6±34,6 то 466,1±83,4 ВБ/мл, дараҷаи миёна бошад, аз 758,9±5,7 то 796,8±7,7 ВБ/мл буд ва дар ҳолатҳои дараҷаи вазнин – аз 885,2±4,9 то 973,9±22,3 ВБ/мл дар бар гирифт.

Ҷадвали 2. – Арзиши миёнаи иммуноглобулини умумии E дар хуни беморони ҳарду гурӯҳи вобаста ба давомнокии беморӣ (пеш аз табобат)

Шакли РА	Разиши клиникӣ	Гурӯҳи «А»		Гурӯҳи «В»	
		1-2 сол	3-5 сол	1-2 сол	3-5 сол
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	299,4±44,4	347,6±46,1	299,9±33,6	349,0±47,9
	<i>Миёна</i>	677,9±5,2	736,7±4,0	695,9±4,0	756,6±4,9
	<i>Вазнин</i>	887,9±4,6	951,7±10,1	875,3±11,4	939,3±29,3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	353,6±34,6	427,0±51,3	385,1±26,2	466,1±83,4
	<i>Миёна</i>	758,9±5,7	794,2±5,8	762,3±6,6	796,8±7,7
	<i>Вазнин</i>	885,2±4,9	934,3±31,8	887,1±5,4	973,9±22,3

Аз рӯи натиҷаҳои тадқиқот маълум шуд, ки дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити алергӣ доранд, шакли доимии беморӣ (50,7%) нисбат ба шакли фосилавӣ (49,3%) бартарӣ дорад. Ин таносуби беморон бо он шарҳ дода мешавад, ки хангоми риноскопияи ковокии бинӣ вариантҳои гуногуни деформатсияи миёндевори бинӣ тадқиқ карда шуданд, ки муддати тӯлонӣ луобпардаи садафаҳои биниро ангезонида, ба мавҷудияти дарозмуддати алерген дар ковокии бинӣ мусоидат намуда, ба ин васила ҳолати функционалии биниро вайрон мекунад.

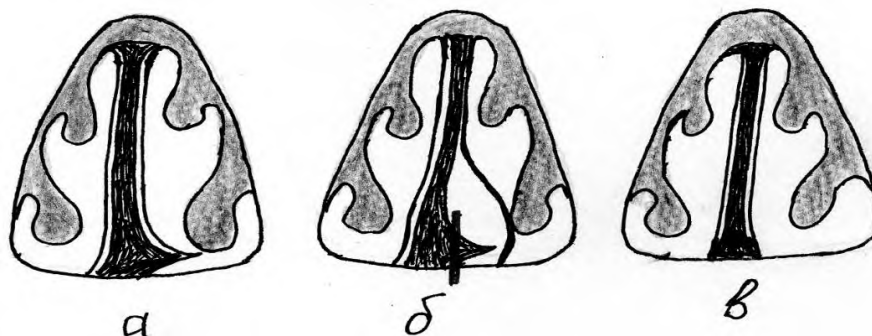
Табобати ҷарроҳии беморон. Нишондодҳо барои табобати ҷарроҳии беморони гурӯҳи якум ин вайроншавии назарраси нафаскашӣ тавассути бинӣ ва ҳиссиёти бӯйҳискунӣ, тағйироти эпитоли сохторҳои анатомии ковокии бинӣ дар шакли деформатсияи миёндевори бинӣ ва калоншавии ҳаҷми садафаҳои бинӣ, набудани самараи клиникӣ аз табобати доруворӣ ва ниҳоят, розигии беморон ба нақшаи пешниҳодшудаи амалиёти ҷарроҳӣ ба шумор мерафт.

Пеш аз амалиёти ҷарроҳӣ, бо мақсади ба даст овардани таъхирпазирии (ремиссия) РА ба беморон барои 10 рӯз пеш аз дар беморхона бистарӣ шудан маводҳои зиддигистаминӣ (лоратадин ё сетиризин дар шакли ҳабҳо) ва кортикостероидҳои интраназалӣ (риналер ё глазакор) таъин карда шуд. Ба беморон маводҳои антигистаминии қатори 2 ва 3, аз рӯзҳои аввали бистарӣ шудан ва дар давоми як моҳ пас аз табобати ҷарроҳӣ таъин карда шуд.

Дар вақти амалиёти ҷарроҳӣ дар миёндевори бинӣ, инчунин дар садафаҳои бинӣ буриши (резексия) камосеби миёндевори бинӣ ва баъд аз он баргарафсозии эпитолияти садафаҳои бинӣ гузаронда шуд. Бо мақсади тезонидани раванди ҷудошавии тағоякпарда (мукоперихондрия) ва устухонпардаи (мукопериост) миёндевори бинӣ ва кам кардани талафоти хун, инчунин кӯтоҳ кардани вақти амалиёти ҷарроҳӣ мо распатори ҷаббандаи модификатсиякардаи худро (Патенти № ТҶ1024 аз 22.07.2019) ихтироъ ва бомуваффақият истифода бурдем, ки дар баробари

ин, барои ҷудокунии бофтаҳои миёндевори бинӣ нисбатан осонтар бо ҷабидани хун аз ковокии захм, ки кори ҷаррохро ҳангоми ҷарроҳӣ хеле осон мекунад, имкон дод.

Бо мақсади оптимизатсияи муолиҷаи ҷарроҳӣ, кам кардани ҳаҷми ҷарроҳӣ ва осебпазирии пардаи луобии миёндевори бинӣ дар беморони дорои тегаи устухонӣ ё тағоякӣ, инчунин қираи якҷарафаи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ, дастрасӣ бо усули Cottle хангоми септум - ҷарроҳӣ (пешниҳоди ратсионализаторӣ №3413/R404 аз 02.04.2021с.) пешниҳод намудем ва дар амалияи шӯъбаҳои ГГБ-и МД ММТ ҚТ «Шифобахш» бомуваффақият татбиқ карда шуд.

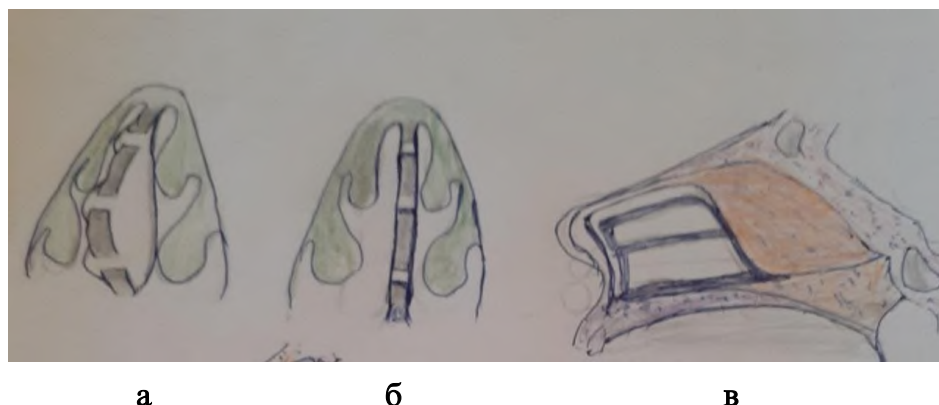


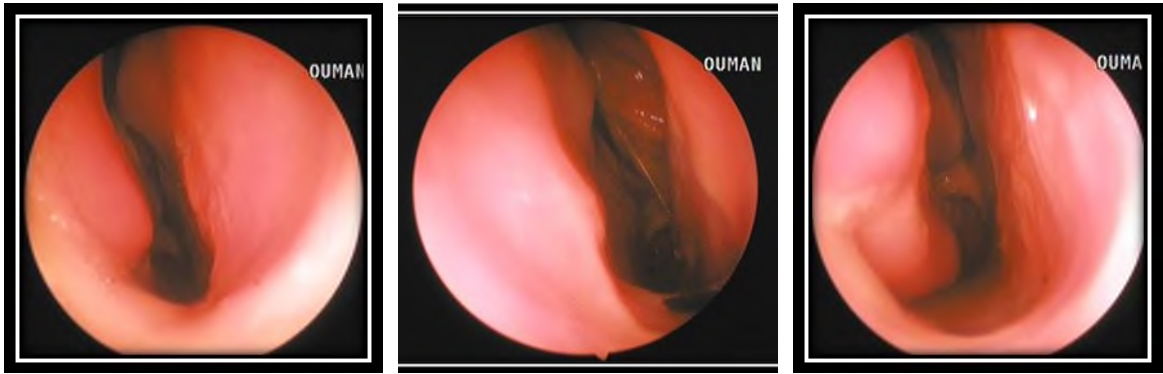
Расми 2. - Дастрасии тағйирдодаи максилло-премаксиллярӣ бо усули Cottle. а - миёндевори бинӣ пеш аз ҷарроҳӣ; б - бунёди як нақби умумии пешу ақиб ва резексияи тегаи устухонӣ; в - намуди миёндевори бинӣ пас аз ҷарроҳӣ.

Усули пешниҳодшуда осеби луобпарда ва тағоякпардаи миёндевори бинӣ ва ҳаҷми ҷарроҳиро дар натиҷаи эҷоди нақби маҳдуде, ки барои бартараф кардани тега ва қираҳои қисми устухонӣ ё тағоякии миёндевори бинӣ кифояткунанда аст, кам мекунад ва ба ин васила суръатбахшии рафти амалиёти ҷарроҳиро метезонад (расми 2). Техника аз нигоҳи сарфаи вақт барои амалиёти ҷарроҳӣ самараноктар аст.

Дар асоси малака ва таҷрибаи шахсии худ оид ба септопластика дар беморони гирифтори қачшавии С-шакли миёндевори бинӣ, ки якҷоя бо ринитҳои аллергӣ во меҳӯрад, мо чунин мешуморем, ки бо назардошти аксуламали бештар ва тӯлонии бофтаҳои миёндевори бинӣ дар ҷавоб ба осеби ҷарроҳӣ буришҳои сершумор тавсия дода намешавад.

Барои кам кардани осеби бофтаи тағоякӣ, мо варианти ислоҳи қачшавии миёндевори биниро бо роҳи ду буриши уфуқии параллелӣ дар мобайни қисми барҷастагии тағояк ва бартараф кардани раҳи тағояк ба андозаи 0,2 см дар байни буришҳо (пешниҳоди оқилона № 3414/R405 аз 04.02.2021) бомуваффақият истифода бурдем. Баъд аз ин, қисми поёнии лавҳачаи тағояк ҳаракаткунанда мешавад ва онро ба тарафи дилхоҳ интиқол додан мумкин аст (расми 3). Барои таъмини ҳаракатнокии қисми болоии лавҳачаи тағоякӣ дар зери камони пушти бинӣ, ҳамин тавр мо як раҳи тағоякии хурдтарро то тақрибан 0,1 см бартараф мекунем, ки пас аз он қисми болоии тағояк низ ҳаракаткунанда мешавад.





Расми 5. – Тасвири эндоскопии ковокии бинӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити алергӣ пас аз табобат

Пас аз 3 моҳи ҷарроҳӣ дар заминаи табобати дарозмуддати доруворӣ бо истифода аз маводҳои зиддигистаминӣ ва зиддиилтиҳобӣ, мӯътадилшавии нафаскашӣ тавассути бинӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 72,97% ва дар гурӯҳи назоратӣ – 36,49% мушоҳида шуд, ҳолатҳои фарқияти байни гурӯҳҳо – 36,49%. Пас аз 6 моҳи ҷарроҳӣ маълум шуд, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ ба эътидол омадани вазифаи нафаскашии бинӣ дар 77,03% ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 51,35% ҳолатҳо бо фарқияти нишондиҳандаҳо аз – 25,68% қайд карда шудааст (Ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Натиҷаҳои ринопневмометрия пеш аз ҷарроҳӣ ва дар давраҳои гуногуни назорати пас аз ҷарроҳӣ (%)

Гурӯҳи беморон (n =148)	Вақти назорат	Натиҷаҳои ринопневмометрия			
		Меъёр (8-10 mmH ₂ O)	Гузaronиш дараҷаи I	Гузaronиш дараҷаи II	Гузaronиш дараҷаи III
I (n =74)	То ҷарроҳӣ	-	9 (12,2%)	43 (58,1%)	22 (29,7%)
	Баъди 1 моҳ	47 (63,52%)	16 (21,62%)	9 (12,16%)	2 (2,70%)
	Баъди 3 моҳ	54 (72,97%)	17 (22,98%)	2 (2,70%)	1 (1,35%)
	Баъди 6 моҳ	57 (77,03%)	15 (20,27%)	2 (2,70%)	-
II (n =74)	То ҷарроҳӣ	-	12 (16,2%)	41 (55,4%)	21 (28,4%)
	Баъди 1 моҳ	19 (25,67%)	33 (44,59%)	17 (22,98%)	5 (6,76%)
	Баъди 3 моҳ	27 (36,49%)	31 (41,89%)	13 (17,57%)	3 (4,05%)
	Баъди 6 моҳ	38 (51,35%)	27 (36,49%)	7 (9,46%)	2 (2,70%)

Тадқиқотҳои такрорӣ НМС, ки пас аз 3 моҳи ҷарроҳӣ ва табобати маҷмӯӣ гузаронида шуд, нишон доданд, ки дар беморони гурӯҳи асосӣ меъёршавии НМС дар 44 (59,46%), дар гурӯҳи назоратӣ – дар 31 (41,89%) бемор муайян гардид (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои нақли мукосилиарӣ (M±SD)

Гурӯҳ	То табобат	Баъди табобат			p ₁ (df =3)
		Баъди 1 моҳ	Баъди 3 моҳ	Баъди 6 моҳ	
I (n =74)	47,4±20,3	26,3±9,0	19,8±5,9	14,7±4,2	<0,001 (Fr =218,7)
II (n =74)	48,4±20,1	32,3±12,3	23,7±8,8	17,4±6,9	<0,001 (Fr =222,0)
p ₂	>0,05 (U =2635,0; Z =-0,39)	=0,002 (U =1920,0; Z =-3,14)	=0,012 (U =2080,5; Z =-2,52)	=0,019 (U =2128,5; Z =-2,34)	

Эзоҳ: p₁ – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо то ва баъд аз табобат дар мӯҳлатҳои 1, 3 ва 6 моҳ (аз рӯи меъёри Фридман); p₂ – аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои I ва II (аз рӯи санҷиши Манн-Уитни U).

Пас аз 6 моҳи назорати беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо РА, ба эътидол омадани НМС дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 91,89%, дар беморони гурӯҳи назоратӣ – 68,92% ҳолат муайян карда шуд (Ҷадвали 4), ки самаранокии назарраси ҷарроҳии яквақтаинаи септум-ҷарроҳӣ ва дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои биниро дар якҷоягӣ бо табобати маҷмӯии зиддигистаминӣ, зиддиилтиҳобӣ ва кортикостероидӣ нишон дод.

Муътадилшавии ҳиссиёти шомма пас аз 3 моҳи назорат дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 57 (77,0%) бемор ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 47 (63,5%) бемор бо фарқияти нишондиҳандаи байни гурӯҳҳо 13,5% мушоҳида гардид. Пас аз 6 моҳи мушоҳида дар 64 (86,5%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 55 (74,3%) беморони муоинашудаи гурӯҳи муқоисавӣ ҳиссиёти шомма пурра барқарор шуд (ҷадвали 5). Бояд зикр кард, ки шумораи умумии беморон тақрибан пурра барқарор шудани бӯйхискуни дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ 13,5% зиёд буд.

Ҷадвали 5. – Натиҷаҳои олфактометрия дар беморон пеш аз ҷарроҳӣ ва дар давраҳои гуногуни назорати пас аз ҷарроҳӣ мутл. (%)

Гурӯҳ (n=148)	Вақти назорат	Натиҷаҳои олфактометрия				
		Меъёр	Гипосмия дараҷаи I	Гипосмия дараҷаи II	Гипосмия дараҷаи III	Гипосмия дараҷаи IV
I (n=74)	То ҷарроҳӣ	-	16 (21,6%)	35 (47,3%)	19 (25,7%)	4 (5,4%)
	Баъди 1 моҳ	51 (68,9%)	12 (16,2%)	6 (8,1%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)
	Баъди 3 моҳ	57 (77%)	9 (12,2%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	1 (1,3%)
	Баъди 6 моҳ	64 (86,5%)	7 (9,5%)	2 (2,7%)	1 (1,3%)	-
II (n=74)	То ҷарроҳӣ	-	17 (23%)	36 (48,6%)	18 (24,3%)	3 (4,1%)
	Баъди 1 моҳ	44 (59,4%)	15 (20,3%)	7 (9,5%)	4 (5,4%)	4 (5,4%)
	Баъди 3 моҳ	47 (63,5%)	14 (18,9%)	6 (8,1%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)
	Баъди 6 моҳ	55 (74,3%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	2 (2,7%)

Дар охири назорати пас аз ҷарроҳӣ дар 89,2% беморони гурӯҳи I ва 41,9% беморони гурӯҳи II, ақсуламали кислотагую ишқорӣ (АКИ) бо фарқияти назарраси нишондодҳо ба меъёр наздик шуд. Фоизи камтари беморони дорои рН-и муътадили луобпардаи биниро дар гурӯҳи дуҷум метавон бо мавҷудияти деформатсияи ислоҳнашудаи миёндевори бинӣ, қисман монетаи гузаргоҳҳои бинӣ ва кам шудани азратсияи ковокии бинӣ шарҳ дод.

Дар охири 3-юм моҳи парастории пас аз ҷарроҳӣ миқдори эозинофилҳо дар хуни канорӣ ба таври назаррас коҳиш ёфт, ки ин бо паст шудани фаъолияти ҷараёни клиникалии раванди аллергӣ дар ҳарду гурӯҳ, аммо дар гурӯҳи асосӣ бештар зоҳир шуд (ҷадвали 6).

Ҷадвали 6. – Нишондиҳандаҳои миёнаи эозинофилҳо дар хуни канорӣ беморон пас аз 3-юм моҳи табобат

Шакли РА		Гурӯҳи «А»		Гурӯҳи «В»	
		1-2 сол	3-5 сол	1-2 сол	3-5 сол
Мавсимӣ	Сабук	4,0±0	4,3±0,3	4,3±0,3	4,7±0,3
	Миёна	7,1±0,2	7,2±0,1	7,5±0,2	7,8±0,2

Давоми ҷадвали 6.

	<i>Вазнин</i>	10,8±0,4	11,2±0,4	12,2±0,6	12,7±0,3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	5,2±0,2	5,4±2,1	6,1±0,2	6,2±0,7
	<i>Миёна</i>	7,1±0,2	7,2±0,1	8,6±0,2	9,1±0,3
	<i>Вазнин</i>	11,2±0,5	11,9±0,3	12,5±0,3	12,7±0,3

Дар ҷадвали зерин нишон дода шудааст, ки концентратсияи эозинофилҳо дар беморони гурӯҳи I бо ҷараёни сабуки шакли мавсимии беморӣ аз 4,0±0 то 4,3±0,3, дар муқоиса бо 5,7±0,2 - 5,8±0,2 пас аз 1 моҳи табобат, бо дараҷаи миёнаи равиш аз 7,1±0,2 то 7,2±0,1, нисбат ба 7,2±0,1 - 7,3±0,2 ва дар ҷараёни вазнин аз 10,8±0,4 то 11,2±0,4, нисбат ба 11,2±0,3 - 11,9±0,4. Ҳамин нишондодҳо дар гурӯҳи II вобаста ба вазнинии ҷараёни клиникӣ аз 4,3±0,3 то 12,7±0,3, нисбат ба 6,3±0,2 - 12,9±0,3 буд.

Натиҷаҳои тадқиқи хун барои мавҷудияти эозинофилия пас аз 6 моҳи назорати пас аз ҷарроҳӣ ва арзёбии ҷараёни клиникӣ шаклҳои мавсимӣ ва доимии ринити аллергӣ дар ҷадвали 7 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 7. – Нишондиҳандаҳои миёнаи эозинофилҳо дар хуни канорӣ беморон пас аз 6-ум моҳи табобат

Шакли РА		Гурӯҳи «А»		Гурӯҳи «В»	
		1-2 сол	3-5 сол	1-2 сол	3-5 сол
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	3,9±01	4,1±0,2	4,3±0,4	4,7±0,1
	<i>Миёна</i>	6,9±0,2	6,9±0,2	7,4±0,2	7,5±0,2
	<i>Вазнин</i>	9,8±0,5	10,2±0,6	12,1±0,2	12,5±0,3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	4,2±0,4	4,4±0,3	5,9±01	6,1±01
	<i>Миёна</i>	6,9±0,2	7,1±0,2	8,3±0,2	8,9±0,1
	<i>Вазнин</i>	9,9±0,6	10,1±0,4	12,4±0,3	12,5±0,3

Дар ҷадвал мазкур нишон дода шудааст, ки концентратсияи эозинофилҳо дар хуни беморони гирифтори шакли мавсимии беморӣ вобаста ба вазнинии ҷараёни клиникӣ дар ҳудуди 3,9±01-10,2±0,6 дар гурӯҳи асосӣ ва 4,3±0,4-12,5±0,3 дар гурӯҳи муқоисавӣ буд, дар сурате ки пеш аз оғози табобати комплексӣ 6,3±0,3-13,3±0,3 буд. Бо шакли доимии беморӣ ин нишондиҳандаҳо дар гурӯҳи яқум 4,2±0,4 -9,9±0,6 ва дар гурӯҳи дуҷум 6,1±01-12,5±0,3-ро ташкил меод, ки нисбат ба нишондиҳандаҳои эозинофилия (7,0±0,6 - 13,7±0,3) пеш аз оғози тадбирҳои табобатӣ хеле кам буд.

Ситограммаи тарашшӯҳи бинӣ имкон медиҳад, ки аксуламали мавзеии луобпардаи бин дар беморони гирифтори зуҳуроти аллергӣ дар бинӣ дар давраҳои гуногуни ҷараёни он назорат карда шавад ва самаранокии табобати маҷмӯии гузаронидашударо муайян кунад. Маълумоти тарашшӯҳи бинӣ пас аз 3 моҳи табобат дар зер нишон дода шудааст (Ҷадвали 8).

Ҷадвали 8. - Нишондиҳандаҳои тарашшӯҳи бинӣ пас аз 3 моҳи табобат (M±SD)

Нишондиҳанда дар %	Гурӯҳи I (n =74)	Гурӯҳи II (n =74)	p
лимфоситҳо	5,4±2,8	5,0±3,1	>0,05 (U =2506,5; Z =0,89)
эозинофилҳо	26,0±9,7	41,6±10,7	<0,001 (U =725,5; Z =-7,72)
нейтрофилҳо	63,8±9,4	48,8±11,3	<0,001 (U =806,0; Z =7,41)
моноситҳо	4,8±2,8	4,6±2,9	>0,05 (U =2591,0; Z =0,56)

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои I ва II (аз рӯи санҷиши Манн-Уитни U).

Пас аз 3 моҳи табобат дар беморони гурӯҳи I, дараҷаи эозинофилҳо майли пастшавиро дошта, миқдори нейтрофилҳо нисбат ба беморони гурӯҳи II баландтар буд ва фарқиятҳои бадастомада аз ҷиҳати омӯрӣ муҳиманд. Дар зер ҷадвали 9 нишондиҳандаҳои тарашшӯҳи бинӣ пас аз 6 моҳи назорати пас аз табобат зикр карда мешавад.

Ҷадвали 9. - Нишондиҳандаҳои тарашшӯҳи бинӣ пас аз 6 моҳи табобат (M±SD)

Нишондиҳанда дар %	Гурӯҳи I (n =74)	Гурӯҳи II (n =74)	p
--------------------	------------------	-------------------	---

Давоми ҷадвали 9.

лимфоситҳо	8,4±1,0	4,7±3,1	<0,001 (U =855,5; Z =7,29)
эозинофилҳо	12,9±6,6	31,2±6,4	<0,001 (U =248,5; Z =-9,55)
нейтрофилҳо	66,3±9,1	55,9±9,9	<0,001 (U =1010,5; Z =6,63)
моноситҳо	8,4±1,0	4,3±2,9	<0,001 (U =629,5; Z =8,19)

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳои I ва II (аз рӯи санҷиши Манн-Уитни U).

Маълумоти ҷадвали 9 нишон медиҳад, ки пас аз 6 моҳи табобат дар тарашшӯхи бинӣ дараҷаи эозинофилҳо дар беморони гурӯҳи I нисбат ба беморони гурӯҳи II ба таври оморӣ хеле пасттар аст. Дар ҳоле ки нишондиҳандаҳои лимфоситҳо, нейтрофилҳо ва моноситҳо аз ҷиҳати оморӣ ба таври назаррас баландтар буд.

Омӯзиши иммуноглобулин E-и умумӣ дар хуни беморон пас аз моҳи сеюми назорат натиҷаҳои зерин дод, ки дар ҷадвали 10 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 10. – Нишондиҳандаи миёнаи IgE дар хуни беморон пас аз 3 моҳи табобат

Шакли РА		Гурӯҳи I (n=74)		Гурӯҳи II (n=74)	
		1-2 сол	3-5 сол	1-2 сол	3-5 сол
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	192,0±8,5	225,2±14,9	187,8±10,3	235,4±27,1
	<i>Миёна</i>	515,7±3,8	586,3±5,1	540,6±3,8	592,5±4,7
	<i>Вазнин</i>	812,2±36,3	839,1±57,0	763,9±55,1	830,9±30,3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	249,0±14,8	261,2±12,9	240,4±21,0	300,7±68,9
	<i>Миёна</i>	594,5±7,2	633,2±6,4	593,2±6,5	628,9±6,7
	<i>Вазнин</i>	787,6±40,8	829,3±27,3	806,7±44,4	848,6±39,3

Аз ин ҷадвал бармеояд, ки хангоми дараҷаи равиши сабуки шакли мавсимии беморӣ, миқдори IgE аз 192,0±8,5 то 225,2±14,9 ВБ/мл, дараҷаи миёна аз 515,7±3,8 то 586,3±5,1 ВБ/мл буд ва дар ҳолатҳои вазнин - аз 812,2±36,3 то 839,1±57,0 ВБ/мл муайян карда шуд. Дар беморони гурӯҳи II, нишондиҳандаи IgE аз 187,8±10,3 - 235,4±27,1 то 763,9±55,1 - 830,9±30,3 ВБ/мл буд.

Хангоми дараҷаи равиши сабуки шакли доимии беморӣ, нишондиҳандаи IgE дар гурӯҳи асосӣ аз 249,0±14,8 то 261,2±12,9 ВБ/мл, дараҷаи миёна аз 594,5±7,2 то 633,2±6,4 ВБ/мл ва дар ҳолатҳои вазнин аз 787,6±40,8 то 829,3 ±27,3 ВБ/мл буд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ нишондиҳандаи IgE вобаста ба вазнинии ҷараёни клиникӣ беморӣ аз 240,4±21,0 – 300,7±68,9 то 806,7±44,4 - 848,6±39,3 ВБ/мл буд.

Дар натиҷа, нишондиҳандаҳои миёнаи IgE умумӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ пас аз 3 моҳи табобат аз 33,4±10,2 то 32,1±32,2 ВБ/мл ба таври назаррас коҳиш ёфт, ки ин аз коҳиши назарраси зухуроти аллергӣ дар ковокии бинӣ шаҳодат медиҳад.

Дар охири 6-ум моҳи пас аз ҷарроғӣ, омӯзиши ниҳоии IgE дар хуни беморон гузаронида шуд, ки нишондиҳандаҳои миёнаи он дар ҷадвали 11 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 11 – Нишондиҳандаи миёнаи IgE умумӣ пас аз 6 моҳи табобат

Шакли РА		Гурӯҳи I (n=74)		Гурӯҳи II (n=74)	
		1-2 сол	3-5 сол	1-2 сол	3-5 сол
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	170,4±11,0	197,3±9,1	154,0±18,0	199,6±20,5
	<i>Миёна</i>	491,7±5,8	543,1±5,4	499,5±4,3	552,3±4,8
	<i>Вазнин</i>	797,3±43,0	811,0±68,5	734,1±65,9	795,8±42,9
Доимӣ	<i>Сабук</i>	204,7±13,4	217,3±9,5	200,7±15,0	257,5±62,5
	<i>Миёна</i>	555,0±7,1	594,1±5,2	551,2±5,3	586,0±5,9
	<i>Вазнин</i>	766,7±49,4	812,8±33,8	782,9±55,3	817,2±53,2

Бояд қайд кард, ки нишондиҳандаҳои таркиби IgE дар хун дар муқоиса бо таҳқиқоти қаблӣ дар самти паст кардани консентратсияи он дар хун дар ҳарду гурӯҳ, вале дар гурӯҳи асосӣ бештар ба таври назаррас тағйир ёфт. Дар гурӯҳи асосӣ бо

харду шакли ринити алергӣ тамоюли возеҳи пастшавии таркиби IgE дар хун ба назар мерасад ва арзиши миёнаи он дар мавриди равишҳои сабук аз 170,4±11,0 - 197,3±9 то 204,7±13,4 - 217,3 ± 9,5 ВБ/мл буд ва ҳангоми равиши вазнини клиникӣ беморӣ – аз 797,3±43,0 - 8; 11,0±68,5 то 766,7±49,4 - 812,8±33,8 ВБ/мл.

Дар гурӯҳи муқоисавӣ, нишондиҳандаҳои IgE аз 154,0±18,0 – 199,6±20,5 то 200,7±15,0 - 257,5±62,5 ВБ/мл дар равиши клиникӣ сабук ва 766,7±49,4 - 812,8±33,8 то 782,9±55,3 – 817,2± 53,2 ВБ/мл дар равиши вазнини ҷараёни алергӣ буд.

Бояд гуфт, ки дар моҳи сеюми назорати баъди ҷарроҳӣ тамоюли возеҳи камшавии шумораи беморони гирифтори равиши миёна ва вазнини клиникӣ беморӣ дар ҳарду гурӯҳ, ба хусус дар гурӯҳи асосӣ бештар ба назар мерасад, ки натиҷаҳои он дар ҷадвали 12 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 12. – Тақсимои беморон аз рӯи шиддатнокӣ ва давомнокии беморӣ пас аз 3 моҳи табобат

Шакли РА	Равиши беморӣ	Гурӯҳи I (n=74)				Гурӯҳи II (n=74)			
		1-2 сол		3-5 сол		1-2 сол		3-5 сол	
		То	Баъд	То	Баъд	То	Баъд	То	Баъд
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	3	9	3	8	3	6	3	4
	<i>Миёна</i>	12	7	12	8	13	10	12	11
	<i>Вазнин</i>	4	3	3	2	3	3	3	3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	3	10	3	9	3	7	2	3
	<i>Миёна</i>	12	6	13	8	13	10	13	11
	<i>Вазнин</i>	3	2	4	3	4	3	3	4

Масалан, шумораи беморони гурӯҳи асосӣ (31) бо равишҳои миёна ва вазнини шакли мавсимии ринити алергӣ баъди муолиҷаи ҷарроҳӣ то 20 нафар ва дар гурӯҳи муқоисавӣ (31) то 27 нафар кам шудааст.

Тамоюли камшавии шумораи беморони гирифтори равиши вазнини беморӣ низ дар беморони гирифтори шакли доимии ринити алергӣ мушоҳида мешавад. Теъдоди беморони гурӯҳи I бо равиши миёна ва вазнин аз 32 нафар ба 19 нафар ва дар гурӯҳи II аз 33 нафар аз ҳисоби ба шакли сабук гузаштани беморӣ ба 28 нафар кам шуд.

Шумораи беморони гурӯҳи асосӣ бо аломатҳои клиникӣ ноаёни ринити алергӣ дар давраи баъди ҷарроҳӣ ба 48 (64,9%) ва дар гурӯҳи назоратӣ то 27 (36,5%) нафар зиёд шуд. Шумораи беморони гирифтори равиши клиникӣ вазнин дар гурӯҳи I аз 63 (85,1%) ба 27 (36,5%) ва дар гурӯҳи II аз 64 (86,5%) ба 48 (64,8%) коҳиш ёфт, ки ин аз камшавии аломатҳои алергӣ дар аксари беморон шаҳодат медиҳад (ҷадвали 13).

Ҷадвали 13. - Тақсимои беморон аз рӯи шиддатнокӣ ва давомнокии беморӣ пас аз 6 моҳи табобат

Намуди РА	Равиши беморӣ	Гурӯҳи I (n=74)				Гурӯҳи II (n=74)			
		1-2 сол		3-5 сол		1-2 сол		3-5 сол	
		То	Баъд	То	Баъд	То	Баъд	То	Баъд
Мавсимӣ	<i>Сабук</i>	3	16	3	17	3	8	3	7
	<i>Миёна</i>	12	10	12	9	13	10	12	10
	<i>Вазнин</i>	4	2	3	1	3	3	3	3
Доимӣ	<i>Сабук</i>	3	8	3	7	3	7	2	5
	<i>Миёна</i>	12	1	13	3	13	8	13	9
	<i>Вазнин</i>	3	0	4	1	4	3	3	2

Ҳамин тариқ, пас аз амалиёти ҷарроҳии эндонозалӣ оид ба деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити алергӣ ва дар заминаи табобати мунтазами антигистаминӣ, кортикостероидӣ ва зидди илтиҳобӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ нафаскашии бинӣ дар 77,03% беморони гурӯҳи I ва дар 51,35% беморони

гурӯҳи II барқарор шудааст, ҳиссиёти шомма - мутаносибан 86,5% ва 74,3% дар беморон во хӯрд. Дар 91,89% беморони гурӯҳи якум ва 68,92% беморони гурӯҳи дуюм барқарор гардидани фаъолияти ҳаракати эпителияи мицгонакдори луобпардаи бинӣ мушоҳида карда шуд.

Хулосаҳо

1. Тасвири клиникаи беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, ки бо ринити аллергӣ ҳамчоя мешавад, бо ҷараёни мураккабтар, доимӣ ва ранги гуногуни луобпардаи бинӣ - аз сафедчатобу гулобӣ то сафеду кабудчатоб ё кабуд, мавҷудияти миқдори зиёди ихроҷоти луобӣ ва аксаран гипертрофияи дюминдараҷаи садафаҳои поёнии он хос аст [2-А, 6-А, 14-А, 15-А, 23-А].

2. Омӯзиши ҳолати функционалии бинӣ дар 85,8% беморон бадшавии гузарониши роҳҳои бинӣ, ба таври назаррас коҳиш ёфтани суръати НМС дар 84,5%, ихтилоли шомма дараҷаҳои II-III дар 84,4% беморони ҳарду гурӯҳ, ки аз вайроншавии намоёни функцияҳои нафаскашӣ, бӯйҳискуни ва муҳофизатии бинӣ шаҳодат медиҳанд, нишон дод [5-А, 11-А, 22-А, 26-А].

3. Распатор - чабандаи модификатсиякардаи мо, усули тағйирдодаи дастрасии пешакии максилло-премаксиллярӣ аз ҷониби Коттл дар мавриди септум - ҷарроҳӣ, варианти камосеби коррексияи тағояки чоркунҷа ва усули тазриқи дохилитурбиналӣ ва дохилисепталии дексаметазон дар давраи пас аз ҷарроҳӣ раванди ҷудошавии мукоперихондрия ва мукопериости миёндевори биниро метезонад, талафоти хунро ҳангоми амалиёт ба ҳадди ақал мерасонад, вақти даҳолати ҷарроҳиро кам мекунад ва варами пас аз ҷарроҳии луобпардаи сохторҳои дохили биниро ба таври назаррас коҳиш медиҳад [3-А, 7-А, 9-А, 13-А, 17-А].

4. Дар натиҷаи табобати комплексӣ барқарорсозии нафаскашӣ бо бинӣ дар 77,03% беморони асосӣ ва 51,35% беморони гурӯҳи муқоисавӣ мушоҳида шудааст. Фаъолияти ҳаракатии НМС дар 91,89% ва 68,92% беморони муоинашуда ва вазифаи шомма дар 86,5% ва 74,3% беморони гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ барқарор шудааст. Дар айни замон, фарқияти нишондиҳандаҳои мусбати ҳолати функционалии бинӣ байни гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ назаррас аст, ки самаранокии баланди ҷарроҳии якмарҳилавии септопластика ва дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои биниро дар якҷоягӣ бо табобати антигистаминӣ ва кортикостероидӣ тасдиқ мекунад [1-А, 4-А, 10-А, 19-А, 25-А].

5. Миқдори IgE дар хун дар марҳилаи пас аз ҷарроҳӣ нисбат ба таҳқиқотҳои қаблӣ ба самти пастшавии концентратсияи он дар хун дар ҳарду гурӯҳ ба таври назаррас тағйир ёфт, вале дар гурӯҳи асосӣ бештар ба назар мерасад. Тамоюли бараълои пастшавии шумораи IgE дар хун ба назар мерасад ва баҳодиҳии миёнаи он аз $170,4 \pm 11,0$ - $197,3 \pm 9$ то $204,7 \pm 13,4$ - $217,3 \pm 9,5$ ЧБ/мл дар равиши сабук ва аз $797,3 \pm 43,0$ - $811,0$ буд. $\pm 68,5$ то $766,7 \pm 49,4$ - $812,8 \pm 33,8$ ЧБ/мл дар ҷараёни вазнини клиникаи беморӣ ба қайд гирифта шуд.

6. Шумораи беморон дар гурӯҳи асосӣ бо аломатҳои клиникаи на он қадар аёни ринити аллергӣ дар давраи пас аз ҷарроҳӣ то 64,9% афзуда, дар гурӯҳи муқоисавӣ 36,5 фоизро ташкил дод, ки ин аз самаранокии ҷарроҳии якмарҳилавии септопластика ва дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои бинӣ, дар якҷоягӣ бо табобати комплексӣ гувоҳӣ медиҳад [12-А, 16-А, 18-А, 20-А, 21-А, 24-А].

Тавсияҳо оид ба истифодабарии амалии натиҷаҳои тадқиқот

1. Дар ҳолатҳои якҷоя во хӯрдани деформатсияи миёндевори бинӣ бо зухуроти ринити аллергӣ, ба ғайр аз собиқаи пурраи аллергӣ, омӯзиши тарашшӯҳи ковокии бинӣ ва хун барои мавҷудияти эозинофилҳо ва иммуноглобулини умумии IgE ба мақсад мувофиқ аст.

2. Ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ, дар ҳамҷоягӣ бо ринити аллергӣ, барои баҳодиҳии пурраи тағйироти эпитилолии сохторҳои дохили бинӣ ва

банақшагирии ҳаҷми амалиёти ҷарроҳӣ аз риноэндоскопия ва ТК-и ҚНБ васеъ истифода бурдан лозим аст.

3. Дар мавриди гузаронидани септум-ҷарроҳӣ, мо тавсия медиҳем, ки дастрасии тағйирдодаи максилло-премаксиллярии Коттл, отсос-распатори модификатсияшудаи мо барои ҷудо кардани бофтаҳои миёндевори бинӣ ва варианти камосеби пешниҳодшудаи ислоҳи тағояки чоркунҷашакл бо истифода аз микрокордҳо истифода шавад.

4. Дар ҳолатҳои ҳамчоя будани деформатсияи миёндевори бинӣ бо ринити алергӣ ва гипертрофияи садафаҳои поёнии бинӣ тавсия медиҳем, ки дар як вақт септопластика ва дезинтегратсияи ултрасадоии садафаҳои бинӣ гузаронида шавад.

5. Барои суръат бахшидан ба раванди муолиҷа ва рафъи варамҳои реактивии пас аз ҷарроҳӣ ва экссудасияи луобпардаи бинӣ тавсия медиҳем, ки тазриқи зери луобии дохилисуфравӣ (интратурбинӣ) ва дохилимиёндевории (интрасепталӣ) дексаметазон истифода бурда шавад.

Нашрияҳо оид ба мавзӯи рисола Мақолаҳои дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА ҚТ нашршуда

[1-А] Муродов Ш.Д. Вопросы оптимизации послеоперационной терапии у больных с сочетанной патологией полости носа [Текст] / М.Д. Шоев [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018. – № 3. – С. 86-93.

[2-А] Муродов Ш.Д. Значение компьютерной томографии в диагностике и планировании симультанных операций при сочетанной патологии полости носа и околоносовых пазух [Текст] / М.И. Махмудназаров [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2018. – № 3. – С. 43-48.

[3-А] Муродов М.Д. Современное состояние диагностики и комплексного лечения деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. – 2019. – № 1. – С. 74-83.

[4-А] Муродов Ш.Д. Хусусиятҳои табобати маҷмӯӣ дар беморони гирифтори қачшавии миёндевори бинӣ бо ринити музмини алергикӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов [ва ғ.] // Авҷи Зӯҳал. – 2019. – №2.-С. 108-114.

[5-А] Муродов Ш.Д. Парастории баъдичарроҳии беморон бо қачшавии миёндевори бинӣ, дар ҳамчоягӣ бо ринити музмини алергӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов // Маҷалаи илмӣ-амалии «Авҷи Зӯҳал» (№2) 2022, саҳ. 25 – 29.

[6-А] Муродов Ш.Д. Показатели общего IgE в крови у больных с деформацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом до и после комплексной терапии [Текст] / Ш.Д. Муродов // Журнал “Наука и Инновация” №3, 2023

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои маводҳои конференсияҳо ҚТ ва хориҷи наздик ҷопшуда

[7-А] Муродов Ш.Д. Современное представление о комплексном лечении деформации носовой перегородки, сочетающейся с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, А.Ш. Рузиева, Д.П. Ишмуратова // Научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием Душанбе-2017г стр. 159.

[8-А] Муродов Ш.Д. Клиническая характеристика и особенности лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетающимся с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием. – Душанбе, 2017. – С. 171-172.

[9-А] Муродов Ш.Д. Клиническая картина и особенности лечения больных с искривлением носовой перегородки, сочетающимся с аллергическим риноконъюнктивитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Материалы респуб. конф. офтальмологов РТ с междунар. участием. – Душанбе, 2017. – С. 118-120.

- [10-А] Муродов Ш.Д. Аҳамияти септум-ҷарроҳӣ ҳангоми қачшавии миёндевори бинӣ, бо яқҷоягии ринити музмини бодигармӣ (аллергикӣ) [Матн] / М.И. Махмудназаров [и др.] // Авчи Зухал. – 2017. – №4. – С. 37-39.
- [11-А] Муродов Ш.Д. Клиническая характеристика и особенности лечения больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим риноконъюнктивитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием. – Душанбе, 2018. – С. 216.
- [12-А] Муродов Ш.Д. Комплексное лечение больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д.Муродов [и др.] // Мат. 66-ой научно-прак. конф. ТГМУ с междунар. участием. Душанбе.- 2018.,С.162-163.
- [13-А] Муродов Ш.Д. Ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин в комплексном лечении больных с искривлением носовой перегородки, сочетанным с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы XIV международной научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ– Душанбе, 2019. – С. 210.
- [14-А] Муродов Ш.Д. Уровень общего IgE у больных с искривлением носовой перегородки, сочетанное с аллергическим ринитом до и после комплексного лечения [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Х. Назаров, М.Д. Шоев // Научно-практич. конф. мол. ученых и студентов ТГМУ с междунар. участием Душанбе-2019г., С. 209-210.
- [15-А] Муродов Ш.Д. Роль и место септум-операции и УЗД носовых раковин у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов [и др.] // Биология ва тиббиёт муаммолари Узбекистан-2019г., №3.1, С. 61-62.
- [16-А] Муродов Ш.Д. Эндоскопическая картина полости носа у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д., Муродов М.И., Махмудназаров Д.Х. Саидов // Материалы международной научно – практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино (68-ая годовичная), посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе-2020г., С. 195-196.
- [17-А] Муродов Ш.Д. Коррекция 4-х угольного хряща у больных с-образной девиацией перегородки носа, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, М.Р. Киматов // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 712.
- [18-А] Муродов Ш.Д. Модифицирование максилло-премаксилларного доступа при септопластике [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Т. Шерматов, М.Ф. Азизова // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 713.
- [19-А] Муродов Ш.Д. Оптимизация послеоперационного введения больных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, З.Т. Шерматов, М.Ф. Азизова // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 713-714.
- [20-А] Муродов Ш.Д. Нақш ва моҳияти септум-ҷарроҳӣ ва ДУС-и садафаҳои поёнии бинӣ дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, бо ринити музмини алергӣ [Матн] / Ш.Д.Муродов, Д.Х.Саидов, М.Д.Шоев // Материалы XVI научно-практич. конф. молодых учёных и студентов с международным участием ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино”, посвящ. 30-летию госуд. независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) Душанбе 2021, С. 742-743.

[21-А] Муродов Ш.Д. Септум-операция и УЗД больных с искривлением перегородки носа и гипертрофией нижних носовых раковин, сочетанных с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, З.Х. Назаров // Материалы 75-ой научно-практич. конф. студентов-медиков и молодых учёных, Самарканд-2021, С. 121.

[22-А] Муродов Ш.Д. Септопластика и ультразвуковая дезинтеграция носовых раковин у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом [Текст] / Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров, М.Д. Шоев // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 77-79.

[23-А] Муродов Ш.Д. Натиҷаҳои клиникии анатомӣ дар беморони бо деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягии ринити бодигармӣ баъд аз табобати маҷмӯӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов, М.И. Махмудназаров, А.А. Махаммадиев // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 95-96.

[24-А] Муродов Ш.Д. Совершенствования послеоперационного ухода у больных после хирургической коррекции носового дыхания [Текст] / М.Д. Шоев, М.И. Махмудназаров, Ш.Д. Муродов // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 138-139.

[25-А] Murodov Sh.D. Comprehensive treatment of patients with deformation of nasal septum, combined with allergic rhinitis [Text] / Sh.D. Murodov, M.I. Makhmudnazarov, F.Kh. Adylova // Материалы научно-практ. конф. (69-й годичной) с международным участием, посвященной 30-летию государственной независимости РТ и «Годам развития села, туризма и народных ремёсел (2019-2021)» Душанбе 2021, С. 31-32.

[26-А] Муродов Ш.Д. Тасвири эндоскопии ковокии бинӣ зимни деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити алергикӣ [Матн] / Ш.Д. Муродов, М.Д. Шоев, Д.Х. Саидов // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практ. конф. ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», Душанбе-25.11.22. Стр. 307-308.

Патент барои ихтироот

Малый патент на изобретение Республики Таджикистан № ТЈ 1024, МПК А61В17/24; А61 К36/38. Распатор – отсос / Махмудназаров М.И., Муродов Ш.Д., Шоев М.Д., Туйдиев Ш.Ш. – 1901299; опубл. 22.07.2019. – Бюл. 149, 2019. – 6 с.

Пешниҳодҳои ратсионализаторӣ

Рационализаторское предложение – Способ оптимизации послеоперационного введения больных с аллергическим ринитом / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И., Шоев М.Д. - 3412/R403, опубл. 04.02.2021;

Рационализаторское предложение – Модификация максилло-премаксиллярного доступа по Cottle при септопластике / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И. - 3413/R404, опубл. 04.02.2021;

Рационализаторское предложение – Способ коррекции хряща при С-образной девиации перегородки носа / Муродов Ш.Д., Махмудназаров М.И. - 3414/R405, опубл. 04.02.2021.

Рӯйхати ихтисорот

АР – аллергический ринит

АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия

ДНП – деформация носовой перегородки

КТ – компьютерная томография;

ИПН – искривление перегородки носа

МЦТ – мукоцилиарный транспорт

НМЦРТ – Национальный медицинский центр РТ

ОНП – околоносовые пазухи

ПН – перегородка носа

УЗД – ультразвуковая дезинтеграция;

IgE – иммуноглобулин E

АННОТАЦИЯ

Муродов Шамсиддин Донабоевич

«Клиника, диагностика и комплексное лечение деформаций носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом».

Ключевые слова: деформация носовой перегородки, аллергический ринит, гипертрофия носовых раковин, септопластика, УЗД, иммуноглобулин Е (IgE), эозинофилы.

Цель работы. Разработка комплексного метода хирургического лечения и терапевтической реабилитации больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом.

Методы исследования и использованная аппаратура. Объектом исследования были 148 больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом в возрасте от 15 до 53 лет, из которых мужчин было 102, женщин – 46. Исследование включало эндоскопию носа с жестким и гибким эндоскопами фирмы «Karl Storz» и Olimpus - 10. КТ ОНП (*Somatom -16»* фирмы *Siemens*), ринопневмометрию, ольфактометрию, определение двигательной активности МЦТ и рН носового секрета. **Полученные результаты и их новизна.** В условиях Таджикистана, впервые проведено исследование по изучению особенностей клинического течения и риноскопической картины, функционального состояния носа и местного иммунитета у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом. С применением современной риноэндоскопии полости носа и КТ ОНП впервые достоверно изучен характер патологических изменений со стороны внутриносовых структур, происходящих при сочетании деформации носовой перегородки с аллергическими проявлениями слизистой полости носа. Исследованиями функционального состояния носа выявлено, что у пациентов с деформацией носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, происходят наиболее выраженные нарушения проходимости носовых ходов, снижение транспортной функции мерцательного эпителия, повышение порогов обоняния и смещения рН носовой слизи в кислую сторону. Цитологическое исследование носового секрета показало увеличение эозинофилов в назальном секрете у больных с сочетанной патологией внутриносовых структур по сравнению к лимфоцитам, нейтрофилам и моноцитам, свидетельствующим о повышенном уровне аллергизации, чем параметры воспалительного характера, что важно в плане дифференциальной диагностики патологического процесса в полости носа. Исследованиями впервые выявлено, что при деформации носовой перегородки, сочетанной с аллергическим ринитом, различной степени клинического течения наблюдается тенденция к повышению концентрации иммуноглобулина IgE в периферической крови, что свидетельствует о нарушении иммунного ответа у данной категории больных. С учетом особенностей клинического течения, риноскопической картины, функционального состояния носа и местного иммунитета у больных с деформацией носовой перегородки, сочетанных с аллергическим ринитом разработан эффективный и щадящий метод хирургического лечения на фоне антигистаминной и кортикостероидной терапии, который имеет непосредственное практическое значение для врачей оториноларингологов.

Рекомендации по использованию. Широкое применение эндоскопии и КТ ОНП для оценки состояния внутриносовых структур и планирования оперативного вмешательства, использование модифицированного максилло – премаксиллярного доступа по Cottle, отсос – распатора нашей модификации и щадящий вариант коррекции 4-х угольного хряща с использованием микроножей, а для ускорения процессов заживления и устранения послеоперационного реактивного отека и экссудатации слизистой носа рекомендуем применение подслизистой интратурбинной и интрасептальной инъекция дексаметазона.

Область применения: болезни уха, горла и носа, клиническая аллергология и иммунология.

АННОТАТСИЯ

Муродов Шамсиддин Донабоевич

«Клиника, ташхис ва табобати комплекси деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ».

Калидвожаҳо: деформатсияи миёндевори бинӣ, ринити аллергӣ, гипертрофияи садафаҳои поёӣ, септопластика, дезинтеграцияи ултрасадоӣ (ДУС), иммуноглобулин Е (IgE), эозинофилҳо.

Мақсади кор. Коркарди усули комплекси муолиҷаи ҷарроҳӣ ва барқароркунии муолиҷавии беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ.

Усулҳо ва таҷҳизоти истифодашавандаи тадқиқот. Объекти тадқиқот 148 бемори гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ, синнашон аз 15 то 53 соларо ташкил намуда, аз онҳо 102 – мард, 46 – зан буданд. Тадқиқот аз эндоскопияи ковокии бинӣ бо эндоскопҳои саҳт ва чандир аз Карл Шторз ва Олимпус - 10 СТ SNP (Somatom -16 аз ҷониби Siemens), ринопневмометрия, олфактометрия, тадқиқ кардани фаъолияти нақлии мукосилиарӣ ва рН-и луоби бинӣ иборат буд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навигариҳои онҳо. Дар шароити Тоҷикистон бори аввал барои омӯхтани хусусиятҳои равиши клиникӣ ва тасвири риноскопии ковокии бинӣ, ҳолати функционалии бинӣ ва масъуниятӣ мавзӯи дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ тадқиқот гузаронида шуд. Бо истифода аз риноэндоскопияи муосири ковокии бинӣ ва ТК-и ЧНБ бори аввал хусусиятҳои тағйироти эпителлии сохторҳои дохили бинӣ, ки ҳангоми алоқамандии деформатсияи миёндевори бинӣ бо зуҳуроти аллергии луобпардаи бинӣ ба вучуд меоянд, муайян гардидааст, боэтимод омӯхта шуд. Тадқиқотҳои ҳолати функционалии бинӣ нишон доданд, ки дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ, вайроншавии гузарониши бинӣ, коҳиши вазифаи нақлии эпителияи мичғонақдор, баланд шудани ҳадди шомма ва тағйирёбии рН-и луоби бинӣ ба тарафи туршӣ ба вучуд меояд. Тадқиқоти ситологии бинӣ афзоиши эозинофилҳоро дар луоби бинии беморони гирифтори эпителлияи омехтаи сохторҳои дохили бинӣ дар муқоиса бо лимфоситҳо, нейтрофилҳо ва моноцитҳо нишон дод, ки сатҳи баланди аллергияро нисбат ба дигар параметрҳои илтиҳобӣ нишон медиҳад, ки аз ҷиҳати ташхиси тафриқавӣ муҳим аст. Тадқиқотҳо бори аввал нишон доданд, ки ҳангоми деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ, дараҷаи гуногуни клиникӣ алоқаманд аст, тамоюли зиёд шудани концентратсияи иммуноглобулини IgE дар хуни канорӣ вучуд дорад, ки аз вайрон шудани ақсуламали иммунӣ дар ин ҳолат шаҳодат медиҳад. Бо дарназардошти хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, тасвири риноскопӣ, ҳолати функционалии бинӣ ва иммунитетӣ мавзӯи дар беморони гирифтори деформатсияи миёндевори бинӣ, дар якҷоягӣ бо ринити аллергӣ алоқаманд аст, усули самаранок ва камосеби муолиҷаи ҷарроҳӣ дар заминаи табобати зиддигистаминӣ ва кортикостероидӣ муайян гардидааст, таҳия шудааст, ки барои оториноларингологҳо аҳамияти бевоситаи амалӣ дорад.

Тавсияҳои барои истифода. Истифодаи васеи эндоскопия ва ТК-и ЧНБ барои арзёбии ҳолати сохторҳои дохили бинӣ ва банақшагирии амалиёти ҷарроҳӣ, бо истифода аз равиши тағйирёфтаи максилло-премаксиллярии Cottle, распатор-чаббандаи модификатсиякардаи мо ва варианти камосеби коррекцияи тағояки чоркунча бо истифода аз микрокордҳо, инчунин суръат бахшидан ба раванди табобат ва баргараф кардани варами реактиви баъдиҷарроҳӣ ва экссудатсияи луобпардаи бинӣ истифодаи тазриқи зерилуобии дохилисуфравӣ ва дохилисепталии дексаметазон тавсия дода мешавад.

Соҳа: бемориҳои гӯш, гулӯ ва бинӣ, аллергология ва иммунологияи клиникӣ.

ANNOTATION

Murodov Shamsiddin Donaboevich

"Clinic, diagnostics and complex treatment of deformities of the nasal septum, combined with allergic rhinitis"

Keywords: deformity of the nasal septum, allergic rhinitis, turbinate hypertrophy, septoplasty, ultrasound disintegration, immunoglobulin E (IgE), eosinophils.

Purpose of the work. Development of a complex method of surgical treatment and therapeutic rehabilitation of patients with deformity of the nasal septum, combined with allergic rhinitis.

Research methods and equipment used. The object of the study were 148 patients with deformity of the nasal septum, combined with allergic rhinitis aged 15 to 53 years, of which 102 were men, 46 were women. The study included nasal endoscopy with rigid and flexible endoscopes from Karl Storz and Olimpus - 10 CT PNS (Somatom -16 by Siemens), rhinopneumometry, olfactometry, determination of motor activity of MCT and nasal secretion pH.

The results obtained and their novelty. In the conditions of Tajikistan, for the first time, a study was conducted to study the features of the clinical course and rhinoscopy, the functional state of the nose and local immunity in patients with nasal septal deformity, associated with allergic rhinitis. With the use of modern rhinoendoscopy of the nasal cavity and CT of the PNS, for the first time, the nature of pathological changes in the intranasal structures that occur when the deformity of the nasal septum is combined with allergic manifestations of the nasal mucosa has been reliably studied. Studies of the functional state of the nose revealed that patients with deformity of the nasal septum, combined with allergic rhinitis, have the most pronounced violations of the nasal passages, a decrease in the transport function of the ciliated epithelium, an increase in the thresholds of smell and a shift in the pH of the nasal mucus to the acid side. A cytological study of the nasal secretion showed an increase in eosinophils in the nasal secretion in patients with combined pathology of intranasal structures compared to lymphocytes, neutrophils and monocytes, indicating an increased level of allergization than inflammatory parameters, which is important in terms of differential diagnosis of the pathological process in the nasal cavity. For the first time, studies have revealed that with nasal septal deformity associated with allergic rhinitis, of varying degrees of clinical course, there is a tendency to increase the concentration of immunoglobulin IgE in peripheral blood, which indicates a violation of the immune response in this category of patients. Taking into account the peculiarities of the clinical course, rhinoscopic picture, functional state of the nose and local immunity in patients with nasal septal deformities, associated with allergic rhinitis, an effective and sparing method of surgical treatment against the background of antihistamine and corticosteroid therapy has been developed, which is of direct practical importance for otorhinolaryngologists.

Recommendations for use. Widespread use of endoscopy and CT of PNSs for assessing the state of intranasal structures and planning surgical intervention, using a modified maxillo-premaxillary Cottle approach, suction-raspator of our modification and a gentle version of quadrangular cartilage correction using microknives, and to accelerate the healing process and eliminate postoperative reactive edema and exudation of the nasal mucosa recommend the use of submucosal intraturbine and intraseptal injection of dexamethasone.

Scope: ear, nose and throat diseases, clinical allergology and immunology.