

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛОСТИ НОСА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ РИНИТЕ В ВОЗРАСТЕ 30-40 ЛЕТ

Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Рахимов С.К.,

Андижанский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Полость носа изнутри выстлана слизистой оболочкой, очищающей, согревающей и увлажняющей вдыхаемый воздух. Гипертрофический ринит - одна из форм постоянного воспалительного процесса в этой области. Патология сопровождается утолщением слизистой, увеличением количества желез в ней, разрастанием костных носовых раковин. Хронический гипертрофический ринит является причиной постоянного затруднения нормального носового дыхания.

Ключевые слова: гипертрофический ринит, морфологическая характеристика, полость носа.

30-40 ЁШЛИЛАРДА ГИПЕРТРОФИК РИНИТ КУЗАТИЛГАНДА БУРУН БЎШЛИГИНИНГ МОРФОЛОГИК ХАРАКТЕРИСТИКАСИ

Нарбаев З.К., Нарбаев К.П., Рахимов С.К.,

Андижон давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Бурун бўшлиғи ичкаридан нафас олаётган ҳавони тозалайдиган, иситадиган ва намлайдиган шилиқ қават билан қопланган. Гипертрофик ринит бу соҳада доимий яллиғланиш жараёнининг шакллари билан биригдир. Патология шилиқ қаватининг қалинлашиши, ундаги безлар сонининг кўпайиши ва суякли бурун конкасининг кўпайиши билан бирга келади. Сурункали гипертрофик ринит оддий бурун нафасида доимий қийинчилик туғдиради.

Калит сўзлар: гипертрофик ринит, морфологик хусусиятлар, бурун бўшлиғи.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE NOSE CAVITY IN HYPERTROPHIC RHINITIS AT THE AGE OF 30-40 YEARS

Narbaev Z.K., Narbaev K.P., Rakhimov S.K.,

Andijan State Medical Institute.

✓ Resume

The nasal cavity is lined from the inside with a mucous membrane that cleans, warms and moisturizes the inhaled air. Hypertrophic rhinitis is one of the forms of a constant inflammatory process in this area. Pathology is accompanied by a thickening of the mucous membrane, an increase in the number of glands in it, and the proliferation of bony nasal concha. Chronic hypertrophic rhinitis causes persistent difficulty in normal nasal breathing.

Key words: hypertrophic rhinitis, morphological characteristics, nasal cavity.

Актуальность

Гипертрофический ринит является серьезной патологией, которая развивается по причине разрастания перегородки носа. Пациентам с таким диагнозом становится трудно дышать, появляется гнусавость голоса и снижается обоняние. Гипертрофический ринит является патологией, которая требует обязательного лечения. Справиться с заболеванием удастся с помощью консервативной терапии, а при диффузном поражении показано хирургическое вмешательство [2,7].

Хронический ринит, острый и хронический синусит встречаются довольно часто и в структуре всей оториноларингологической заболеваемости занимают третье место (после тонзиллитов и отитов).

Под хроническим гипертрофическим ринитом понимают хроническое воспаление слизистой оболочки носа, основным патоморфологическим признаком которого является гипертрофия ее, а также межоточной ткани и железистого аппарата, обусловленная

дегенеративными тканевыми процессами, в основе которых лежит нарушение адаптационно-трофических дисфункций ВМС [1,5].

Хронический гипертрофический ринит представляет собой одну из последних стадий развития хронического катарального ринита, развивающуюся постепенно в течение многих лет у больных, страдающих хроническим катаральным воспалением слизистой оболочки носа. Однако эволюция хронического катарального ринита в хронический гипертрофический ринит не является обязательным следствием первого [3,8].

Вероятно, такое развитие процесса обусловлено рядом внешних (профвредности, табакокурение, злоупотребление алкоголем) и внутренних (нарушение трофической функции вегетативной нервной системы, аллергия и др.) факторов [9]. Вероятно, определенное значение имеют индивидуальные конституциональные и генетические особенности, способствующие возникновению пролиферативных процессов в локусах длительного воспаления [8]. Хронический ги-

перитрофический ринит делится на диффузный и ограниченный (локальный).

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения хронического гипертрофического ринита.

Материал и методы

Среди 30-40 возрастных групп населения ринит является, пожалуй, одним из самых давних и распространенных заболеваний. О насморке упоминалось еще во времена Гиппократов, который полагал, что выделения из носа нельзя останавливать, так как они являются слизью, оттекающей из полости черепа. Известны труды Галена, Абу Али ибн Сины, дающих различные описания ринитов и методов их лечения.

Несмотря на давнюю историю, эпидемиология ринитов мало изучена, так как их клинические симптомы могут быть очень постоянными или наблюдаться эпизодически.

Результат и обсуждения

Результаты исследования выводятся на мониторе в виде кривой в системе координат. Показатели, определяемые при ПАРМ: объемный поток носового дыхания, сопротивление воздушному потоку. Эти параметры исследуют для каждой из половин полости носа и суммарные для обеих половин.

За 1 сутки до исследования пациенты не должны были применять каких-либо средств в нос. Также им рекомендовали воздерживаться от физических нагрузок и упражнений в течение 60 минут до исследования.

При этом в случае необходимости при эндоскопическом осмотре полости носа и носоглотки местного использования лекарственных средств (при анемизации и аппликационной анестезии слизистой оболочки полости носа) обследование по предложенной методике и эндоскопическую риноскопию проводили в разные дни. В качестве нормальных принимали значения, выведенные Л.Н. Елизаровой: СОП - $870 \text{ см}^3/\text{с}$ и более (при давлении 150 Па), суммарное сопротивление $-0,16-0,20 \text{ Па}/\text{см}^3/\text{с}$. Носовую обструкцию 1 степени констатировали при значениях СОП - $700-870 \text{ см}^3/\text{с}$, носовую обструкцию 2 степени - при $500-700 \text{ см}^3/\text{с}$, носовую обструкцию 3 степени - менее $500 \text{ см}^3/\text{с}$. Эти значения СОП для различных степеней носовой обструкции были подтверждены при сопоставлении с жалобами и данными оториноларингологического и эндоскопического осмотров ЛОР-органов.

Концепция носовой резистентности, на которой основана предложенная методика дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов (Патент на изобретение № 2400136 от 27.10.2010), базируется на 2 основных постулатах:

Носовая полость является сложной лабиринтной системой, изменяемой в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма.

Человек находится в состоянии сна в среднем около $1/3$ всей жизни, поэтому необходимо оценивать носовое дыхание не только в положении сидя, но и в горизонтальном положении тела.

В носовой резистентности можно выделить две составляющие: структурную и функциональную.

Структурная составляющая носовой резистентности является постоянной. Она не изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Представлена структурная составляющая носовой резистентности всеми анатомическими структурами полости носа, всеми тканями полости носа в момент их максимального уменьшения. Структурная составляющая стабильна и не изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Медикаментозная терапия не оказывает влияния на величину структурной составляющей.

Функциональная составляющая отличается непостоянством. Она изменяется в зависимости от факторов внешней среды и внутренних факторов организма. Функциональная составляющая представлена возможностью мягких тканей полости носа, в большинстве своем кавернозной ткани с густой сосудистой сетью, изменяться в зависимости от воздействующих факторов. Функциональная составляющая может подвергаться медикаментозной коррекции.

Для того чтобы воздействовать на структурную составляющую носовой резистентности требуется оперативное вмешательство. Никакие фармакологические средства, физические нехирургические методы не выражают носовую обструкцию, обусловленную структурной составляющей, влиять не могут. В то же время для уменьшения носовой обструкции, связанной с функциональной составляющей, возможно применение фармакологических средств, в частности топических интраназальных глюкокортикостероидов.

Знание о том, какая составляющая преобладает в носовой резистентности, важно прежде всего для дифференциальной диагностики хронических ринитов. Если при искривлении носовой перегородки тактика лечения в большинстве случаев понятна и выбора помимо хирургической коррекции не оставляет, то в случае с хроническим ринитом для правильной дифференциальной диагностики его форм важно оценивать значимость каждой составляющей носовой резистентности.

Структурная составляющая играет ведущую роль при хроническом гипертрофическом рините, особенно при фиброзных, костных формах; функциональная составляющая - при вазомоторном рините. При отсутствии преобладания какой-либо составляющей носовой резистентности необходимо говорить о наличии у пациента хронического гипертрофического ринита с вазомоторными явлениями.

Вывод

В результате проведенных исследований доказана эффективность применения сорбирующих материалов на примере углеродной сорбирующей повязки "ПУСТ" для тампонады полости носа после хирургического вмешательства на носовых раковинах.

Отмечено повышение клинического эффекта щадящих хирургических методов лечения хронического гипертрофического ринита под эндоскопическим контролем: парциальной шейверной конхотомии и подслизистой шейверной конхотомии при их сочетании с топической глюкокортикостероидной терапией, что спо-

способствует снижению воспалительной реакции после хирургического лечения, ускорению репаративных процессов, нормализации функций слизистой оболочки, более быстрой реабилитации пациентов и возвращении им социальной активности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анютин Р.Г. Хирургическое лечение гипертрофического ринита у больных бронхиальной астмой /Р.Г. Анютин, И.И. Беляева // Рос. ринология. -2002. №2. - С. 200-203. - Библиогр.: 10 назв.
2. Брызгалова Н.В. Наш опыт хирургического лечения хронических ринитов / Н.В. Брызгалова, К.А. Брызгалов, Д.А. Поберский // Ж. вушних, носових і горлових хвороб. 2003. - №5. - С.8. - Библиогр.: 3 назв.
3. Лапченко А.С. Ретроспектива и возможности применения высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии / А.С. Лапченко // Вестник оториноларингологии. 2002. - №3. - С.61-64. - Библиогр.: 9 назв.
4. Титова Л.А. Радиоволновая биполярная субмукозная коагуляция нижних носовых раковин при гипертрофическом рините после подслизистой резекции перегородки носа /Л.А. Титова, М.П. Николаев // Вестник оторинолар.- 2001. №2. - С.42-43. - Библиогр.: 9 назв.
5. Худиев А.М. Возможности эндоскопической ринопластики при хроническом гипертрофическом рините /А.М. Худиев // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. 2003. - №5. - С.58.
6. Berger G. The normal inferior turbinate: histomorphometric analysis and clinical implications / G. Berger, M. Balum-Azim, D. Ophir // Laryngoscope.- 2003.-V. 113 (7). P.1 192-1 198.
7. Mucosal T-cell phenotypes in persistent atopic and nonatopic rhinitis show an association with mast cells / D.G. Powe, R.S. Huskisson, A.S. Carney et al. // Allergy. 2004. - V. 59 (2). - P.204-212.
8. White S.A. A complication of indoor pistol shooting / S.A. White, A.A. Narula// J. Laryngol. Otol. 1996. - V.1 10 (7). - P.663-664.
9. Wolfson S. CO2 laser inferior turbinectomy: a new surgical approach / S. Wolfson, L.R. Wolfson, I. Kaplan // J. Clin. Laser Med Surg. 1996. - V. 14 (2). -P.81-83.

Поступила 09. 11. 2020