

УДК 616.211-002

Улмасов А.О., Нарбаев З.К., Хусанов Ш.Р.

Кафедра оториноларингологии

Андижанский Государственный медицинский институт

**ОЦЕНКА КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
ВОСПАЛЕНИЯ НОСОВОЙ И БОКОВЫХ ПОЛОСТЕЙ НОСА ПРИ
АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ**

Аннотация: В последние годы отмечен значительный рост распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП). Воспалительные заболевания слизистой оболочки полости носа (риниты) сопровождаются затруднением носового дыхания и выделениями из носа.

Хроническими формами ринита страдает 10-20% населения, а в эпидемиологических исследованиях симптомы ринита отмечают у себя 40% опрошенных. Среди хронических форм ринита большое место занимает вазомоторный ринит (ВР) наряду с аллергическим, инфекционным, гипертрофическим, катаральным и атрофическим ринитами.

Ключевые слова: околоносовый пазух, аллергический ринит, морфология, оценка.

Ulmasov A. O., Narbayev Z. K., Khusanov Sh. R.

Department of Otorhinolaryngology

Andijan State Medical Institute

**ASSESSMENT OF CLINICAL AND MORPHOLOGICAL
INDICATORS OF INFLAMMATION OF THE NASAL AND LATERAL
NASAL CAVITIES IN ALLERGIC RHINITIS**

Abstract: In recent years, there has been a significant increase in the prevalence of diseases of the nose and paranasal sinuses (ONP). Inflammatory diseases of the nasal mucosa (rhinitis) are accompanied by difficulty in nasal breathing and nasal discharge.

10-20% of the population suffers from chronic forms of rhinitis, and 40% of respondents note symptoms of rhinitis in epidemiological studies. Among the chronic forms of rhinitis, vasomotor rhinitis (VR) occupies a large place along with allergic, infectious, hypertrophic, catarrhal and atrophic rhinitis.

Key words: paranasal sinus, allergic rhinitis, morphology, assessment.

Актуальность. Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух являются наиболее распространёнными из заболеваний ЛОР-органов.

Начальным отделом дыхательного тракта является нос, представляющий собой мощный защитный барьер, осуществляющий кондиционирование вдыхаемого воздуха, очищающий его от взвешенных частиц, бактерий и вирусов, способных оказать вредное воздействие на организм[2].

Загрязненность и загазованность воздушной среды, ее бактериальная обсеменённость, увеличение числа респираторных вирусных инфекций и количества ингалируемых аллергенов способствуют росту заболеваний слизистой оболочки носа и околоносовых пазух[1].

Инфекционный воспалительный процесс в области верхних дыхательных путей развивается при воздействии вирулентного возбудителя и несостоятельности местных и общих защитных механизмов организма. Например, после тонзиллэктомии и аденотомии могут нарушаться иммунологические барьеры слизистой оболочки верхних дыхательных путей, у таких больных появляется риск рецидивирующих инфекций[5].

Используемые в настоящее время методы консервативного лечения рецидивирующих синуситов не всегда заканчиваются выздоровлением, возможность рецидивов заболевания достаточно высока.

Несмотря на то, что использование антибиотиков является общепринятой практикой в лечении синусита, их клиническая эффективность и влияние на частоту рецидивов остаются предметом научных и социоэкономических разногласий[1].

Актуальность изучения проблемы острых и рецидивирующих воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух обусловлена еще и тем, что она выходит далеко за рамки оториноларингологии и тесно связана с бронхолёгочной патологией, аллергизацией организма и изменениями в местном и гуморальном иммунитете[4].

В литературе большое внимание оказывается экзогенным патологическим факторам, вызывающим воспалительные заболевания слизистой оболочки дыхательных путей. Чаще всего ими оказываются вирусы; бактерии гораздо реже становятся причиной первичного заболевания[2]. В тоже время, одной из причин развития острых и рецидивирующих воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух являются анатомические аномалии полости носа, приводящие к нарушению аэродинамики, а впоследствии - к длительно протекающим иммунодефицитным состояниям.

Роль анатомических аномалий полости носа недостаточно полно отражена в соответствующих литературных источниках. Причину рецидивирующих инфекций часто следует искать в нарушении защиты, обусловленном затрудненным оттоком секрета. А D.Kennedy и соавт. (1985) отметили, что анатомические аномалии строения внутриносовых структур, могут вызывать нарушение проходимости естественных соустьев параназальных синусов и предрасполагать к возвратной инфекции.

Цель исследования. Экспериментально изучить морфологическую структуру слизистой оболочки носа и околоносовых пазух при остром синусите протекающем на фоне аллергического ринита.

Материал и методы исследования. Исходя из выше изложенного, нами экспериментально на морских свинках было гистологически изучен характер воспалительного процесса слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух при остром синусите, протекающем на фоне аллергического ринита.

Результаты исследования. Аллергические риниты и анатомические деформации внутриносовых структур следует рассматривать как ведущие факторы, способствующие нарушению функций мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа и рецидивирования гнойно-воспалительных процессов в околоносовых пазухах. У больных с рецидивирующими синуситами аллергический ринит имел место в 72% случаев, гипертрофический ринит — в 26 % случаев, искривление носовой перегородки - у 39 % пациентов, гипертрофия решётчатой буллы - у 7 % пациентов, гипертрофия крючковидного отростка - у 2,5% пациентов.

У больных рецидивирующими синуситами в верхнечелюстных пазухах превалирует условно-патогенная микрофлора, которая в 85,4% случаев встречается в виде монокультуры. В полости носа преобладает сапрофитная и условно-патогенная микрофлора, в 69,9 % случаев присутствующая в виде микробных ассоциаций.

Полученные данные дают основания полагать, что возбудителем заболевания является микрофлора, выделенная из пунктата верхнечелюстной пазухи. Микрофлору полости носа следует рассматривать как «путевую», не имеющую этиологического значения.

Значительная обсеменённость слизистой оболочки полости носа, в том числе грамотрицательной условно-патогенной микрофлорой с широким спектром резистентности к антибиотикам, является одним из факторов формирования у больных с анатомическими аномалиями полости носа местной иммунной недостаточности.

При рецидивирующих синуситах в 58,5% случаев наблюдается снижение уровня секреторного иммуноглобулина А в слюне - до $0,0232 \pm 0,002$ г/л, в назальном секрете - $0,0349 \pm 0,0018$ г/л, сопровождающееся повышением иммуноглобулина G в слюне — до $0,2895 \pm 0,018$ г/л и назальном секрете - до $0,4350 \pm 0,031$ г/л.

Компьютерная томография ОНП, оптическая эндоскопия, исследование мукоцилиарного транспорта, местного иммунологического статуса и микрофлоры полости носа и верхнечелюстных пазух дают возможность получить полную объективную информацию о состоянии патологического процесса в околоносовых пазухах при рецидивирующем воспалении и определить оптимальный подход к лечению.

При рецидивирующих синуситах в случае дефицита секреторного иммуноглобулина А наиболее рациональным является применение хирургической коррекции внутриносовых структур в комбинации с курсовым интраназальным введением иммуномодулятора ИРС-19. Разработанный подход позволяет предотвратить рецидивирование гнойного воспаления в околоносовых пазухах и снизить заболеваемость ОРВИ на 65 %.

Вывод. Таким образом, результаты морфологического исследования тканевых элементов стенки носовой полости и околоносовых пазух показали, что при экспериментальном синусите на фоне аллергического ринита развиваются как общие патологические, так и характерные для фонового воспалительного процесса изменения.

Характерные изменения для аллергического ринита начинались с поражением стенок сосудов, прежде всего микроциркуляторного русла, затем других крупных сосудов в виде повышения проницаемости стенки за счет альтеративных повреждений их и миграции воспалительных клеток через стенку сосудов в окружающие ткани.

Воспалительные инфильтраты и дисциркуляторные явления привели к развитию вторичных изменений в виде белковой дистрофии в цитоплазме покровного эпителия и мукоидного, фибриноидного набухания, фибриноидного некроза во всех волокнистых структурах соединительной ткани собственной пластинки и подслизистого слоя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Марушко Ю. В. Опыт применения топических деконгестантов у детей раннего детского возраста / Ю. В. Марушко // Лечащий врач. – 2010. – № 11. – С. 86–90.
2. Bachert, C. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs desloratadine mg in seasonal allergic rhinitis patients / C. Bachert, [et al.] // Allergy. – 2009. – № 64. – P. 158–165.
3. Meltzer E. O. Evaluation of the optimal oral antihistamine for patient with allergic rhinitis / E. O. Meltzer // Mayo Clin Proc. – 2005. – № 80 (9). – P. 1170–1176.
4. Mösges, R. The Effectiveness of Modern Antihistamines for Treatment of Allergic Rhinitis – An IPD Meta-Analysis of 140,853 Patients / R. Mösges, V. König, J. Köberlein // Allergol Int. – 2013. – № 62 (2). – P. 215–222.
5. Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials Focusing on Different Allergic Rhinitis Medications / Juan Xiao, [et al.] // American Journal of Therapeutics. – 2016. – № 23 (6). – P. e1568– e1578.
6. Petersen, T. H. Corticosteroids for Allergic Rhinitis // T. H. Petersen, L. Agertoft // Curr Treat Options Allergy. – 2016. – № 3. P. 18.