

УДК: 616.211-009.86:618.2-08-031-059

*Нарбаев З.К. Нарбаев К.П. Нарбаев З.З.*

*Кафедра оториноларингологии*

*Андижанский государственный медицинский институт*

**КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА  
ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ  
ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Резюме:** Комплексный подход к лечению и диагностику вазомоторного ринита у больных, причиной которого является алиментарной статус, позволяет безопасно и эффективно справиться с явлениями симптома назальной обструкции практически на любом групповом риске АГ.

**Ключевые слова:** вазомоторный ринит, артериальная гипертензия, назальная обструкция.

*Narbaev Z.K. Narbaev K.P. Narbaev Z.Z.*

*Department of Otorhinolaryngology*

*Andijan State Medical Institute*

**COMPREHENSIVE TREATMENT AND DIAGNOSIS OF  
VASOMOTOR RHINITIS IN PATIENTS WITH ARTERIAL  
HYPERTENSION**

**Resume:** An integrated approach to the treatment and diagnosis of vasomotor rhinitis in patients, the cause of which is alimentary status, allows you to safely and effectively cope with the symptoms of nasal obstruction in almost any group risk of hypertension.

**Key words:** vasomotor rhinitis, arterial hypertension, nasal obstruction.

**Актуальность.** Вазомоторный ринит — наиболее широко распространенная форма хронического неаллергического ринита: только в

США насчитывается 19 млн больных с неаллергическим (вазомоторным) ринитом[7,8].

Еще 26 млн страдают от смешанных форм. В настоящее время не существует общепринятого определения и классификации заболевания. Более того, само существование данной формы ринита ставится под сомнение в последних версиях международных рекомендательных документов[2,4].

Понятия “вазомоторный ринит”, “идиопатический ринит”, “неинфекционный круглогодичный неаллергический ринит”, “нейровегетативная форма вазомоторного ринита” (по классификации Л.Б. Дайняк) описывают группу схожих по патогенезу и клиническим проявлениям заболеваний, которые могут быть вызваны различными причинами[4,7].

Сам термин “вазомоторный ринит” в последние годы подвергался обоснованной критике, в первую очередь потому, что нарушение вазомоторной иннервации, лежащее в основе патогенеза ВР, имеет место при всех формах ринита за исключением атрофического[1,3].

В результате диагноз ВР становится чем-то вроде “мусорной корзины”, куда попадают все формы ринита, природу которых не удалось установить либо из-за диагностической сложности клинического случая, либо из-за отсутствия у врача возможности или желания провести необходимые дополнительные исследования[5,6].

**Цель исследования.** Целью настоящего исследования явилась оценка состояния эндотелиальной функции у больных вазомоторного ринита с артериальной гипертонией и влияние на нее антигипертензивных препаратов различных классов при острой фармакологической пробе.

**Материалы и методы исследования.** В период с 2020 по 2022 год нами обследовано 70 пациентов с ВР в сочетании с АГ, госпитализирован-

ных для ЛОР отделения клиник АГМИ. Мужчин было 77, женщин 43, в возрасте от 20 до 40 лет.

**Результаты исследования.** У всех пациентов с длительностью затруднения носового дыхания более 1 года имеют место сдвиги церебральной сосудистой ауторегуляции и изменения кислотно-основного состояния вне зависимости от этиологии заболевания.

При сроках назальной обструкции от 1 года до 5 лет - повышение реактивности мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилаторных реакций) и компенсированный дыхательный алкалоз; от 6 до 10 лет - снижение реактивности церебральных сосудов и компенсированный дыхательный алкалоз; более 10 лет — грубое нарушение ауторегуляции мозговых артерий (диспропорция реактивности двух сосудистых бассейнов головного мозга) и компенсированный дыхательный алкалоз с компенсированным метаболическим ацидозом.

Консервативное лечение пациентов с длительностью назальной обструкции до 5 лет приводит к полной нормализации клинко-лабораторных показателей и церебральной гемодинамики в первый месяц после операции. У пациентов с длительностью назальной обструкции до 10 лет хирургическая коррекция носового дыхания приводит к полной нормализации клинко-лабораторных показателей через 3 месяца после операции, однако при этом сохраняется напряжение церебральной сосудистой ауторегуляции.

При назальной обструкции длительностью более 10 лет хирургическое лечение приводит к нормализации клинко-лабораторных показателей через 6 месяцев, однако, при этом сохраняются грубые нарушения церебральной гемодинамики и механизмов церебральной сосудистой ауторегуляции, что ведет в дальнейшем к формированию церебральной патологии.

У пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха- 581,01 и 315,23 см<sup>3</sup>/с; суммарное сопротивление - 0,32 и 0,41 Па/ см<sup>3</sup>/с, соответственно) повышается реактивность мозговых сосудов (однонаправленный сдвиг констрикторных и дилататорных реакций). У пациентов с тяжелой степенью назальной обструкции (суммарный объемный поток воздуха -284,34 см<sup>3</sup>/с, суммарное сопротивление- 0,55 Па/ см<sup>3</sup>/с) наблюдаются значимые и несинхронные сдвиги реактивности мозговых артерий, компенсированный дыхательный алкалоз (снижение парциального давления углекислого газа до 33,5 мм.рт.ст., нарастание парциального напряжения кислорода до 110,93 мм.рт.ст.), компенсированный метаболический ацидоз (уменьшение буферных бикарбонатных оснований до  $-0,04 \pm 0,22$  при нормальной концентрации водородных ионов  $-7,403$ ).

Консервативное лечение пациентов с легкой и средней степенью назальной обструкции приводит к восстановлению церебральной сосудистой реактивности в каротидном и вертебрально-базилярном бассейнах, а также параметров кислотно-основного состояния в течение 3-х месяцев после операции. При тяжелой степени назальной обструкции параметры кислотно-основного состояния нормализуются в течение 6 месяцев после операции, однако изменения церебральной гемодинамики сохраняются.

Восстановление носового дыхания ведет к значительному улучшению качества жизни пациентов с различной степенью выраженности и длительностью поли-этиологической назальной обструкции не только за счет нормализации носового дыхания, но и благодаря уменьшению степени цефалгии (в 2,5 раза) в течение 3-6 месяцев после операции.

**Вывод.** Полученные данные позволяют стандартизировать подход к диагностике и лечению хронического гипертрофического и вазомоторного

ринитов. Улучшение качества дифференциальной диагностики повышает уровень проводимого лечения, что положительно сказывается на экономической и социальной эффективности оказываемой медицинской помощи.

Разработанный способ дифференциальной диагностики хронического гипертрофического и вазомоторного ринитов с успехом может быть применен в оториноларингологических отделениях стационаров и поликлиник. Он не требует длительной подготовки медицинского персонала, дорогостоящих средств и медицинского оборудования, осуществляется в течение небольшого промежутка времени и может быть использован в повседневной практике каждого врача-оториноларинголога.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Дайняк Л.Б. Вазомоторный ринит. — М.: Медицина, 1966.
2. Лопатин А.С., Варвянская А.В. Вазомоторный ринит: Современный взгляд на проблему // *Consilium medicum*. — 2008. — Т. 10, №3. — С. 114—118.
3. Лопатин А.С. Ринит. М.: Литтерра, 2010.
4. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 2-е изд. М.: МИА, 2006.
5. Пухлик С.М. Вазомоторный ринит — роль вегетативной нервной системы в патогенезе. Методы диагностики и лечения // *Рос. риол.* — 1999. — №3. — С. 23—29.
6. Bachert C. Persistent rhinitis - allergic or nonallergic? *Allergy*. 2004; 59 Suppl 76:11—15.
7. Corey J.P. Vasomotor rhinitis should not be a wastebasket diagnosis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003; 129(5):588—589.
8. Iguchi Y., Yao K., Okamoto M. A characteristic protein in nasal discharge differentiation non-allergic chronic rhinosinusitis from allergic rhinitis. *Rhinology* 2002; 40 (1): 13—17.