

УДК 616.21-085.8. ББК 56.8-5+53.54

Курбонов С.Х.

**Магистр 3 курса кафедра оториноларингологии
Андижанский государственный медицинский институт**

ЛЕЧЕНИЕ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Резюме: По статистике ВОЗ, на долю вазомоторного ринита приходится порядка четверти случаев хронического насморка. Заболевание чаще всего встречается у молодых людей в возрасте 20–40 лет.

Под влиянием неблагоприятных внешних и внутренних факторов сосуды носовой стенки приобретают склонность к гиперреактивности и расширению. Развивается хроническое воспаление – вазомоторный ринит. Он не связан с аллергической реакцией.

К вазомоторному не относятся случаи ринита, вызванные профессиональными факторами, непереносимостью салицилатов, атрофический вариант патологии и случаи болезни, не связанные с аллергией, но сопровождающиеся появлением в носовой слизи иммунокомпетентных клеток (эозинофилов, тучных клеток, нейтрофильных лейкоцитов).

Артериальная гипертония (АГ) и ее осложнения наряду с другими патологиями в том числе ВР являются основными причинами заболеваемости и смертности в развитых странах.

Ключевые слова: вазомоторный ринит, артериальная гипертония, лечения, профилактика.

Kurbanov S.Kh.

**Master of the 3rd year Department of Otorhinolaryngology
Andijan State Medical Institute**

A

TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Resume: According to WHO statistics, vasomotor rhinitis accounts for about a quarter of cases of chronic rhinitis. The disease most often occurs in young people aged 20-40 years.

Under the influence of unfavorable external and internal factors, the vessels of the nasal wall acquire a tendency to hyperreactivity and expansion. Chronic inflammation develops - vasomotor rhinitis. It is not associated with an allergic reaction.

The vasomotor rhinitis does not include cases of rhinitis caused by occupational factors, intolerance to salicylates, atrophic variant of pathology and cases of the disease not associated with allergies, but accompanied by the appearance of immunocompetent cells in the nasal mucus (eosinophils, mast cells, neutrophilic leukocytes).

Arterial hypertension (AH) and its complications, along with other pathologies, including BP, are the main causes of morbidity and mortality in developed countries.

Key words: vasomotor rhinitis, arterial hypertension, treatment, prevention.

Актуальность. Ринит (воспаление слизистой оболочки носа) – одно из самых распространенных заболеваний человека. Существует множество форм ринита, которые с трудом укладываются в единую классификацию[4].

Некоторые формы, такие как инфекционный, атрофический, гипертрофический ринит и др., представляют собой весьма устоявшиеся, определенные клинические понятия, и методы их лечения легко ложатся в конкретные схемы [2].

Методы и алгоритмы лечения аллергического ринита (AP) представлены в нескольких международных документах, в частности, в появившейся в 2001 году программе ВОЗ ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma).

В результате таких разногласий в классификациях для определения одних и тех же состояний используются различные термины («ринопатия», «вазомоторная, аллергическая риносинусопатия» и др.), а в лечении подобных «риносинусопатий» зачастую применяются любые методы, в том числе и те, эффективность которых весьма сомнительна [1].

К предрасполагающим факторам по развития вазомоторного ринита можно отнести следующие состояния:

хронические заболевания ЛОР-органов;
аномалии строения носовой полости;
искривление носовой перегородки на фоне перенесенных травм носа, переломов, ударов;

длительное и бесконтрольное использование некоторых интраназальный лекарственных препаратов – такие капли, как Фармазолин, Нафтазин, Оксиметазолин при использовании дольше 5 дней вызывают привыкание и способствуют сильному пересыханию слизистых оболочек носовой полости;

курение, в том числе пассивное;
постоянное вдыхание пыли или мелких частиц – часто встречается у работников промышленных предприятий;
нарушение психоэмоционального фона – люди, находящиеся в состоянии хронического стресса, часто страдают от вазомоторного ринита;
пребывание в помещении с сухим воздухом, особенно в период отопления.

Главной причиной развития вазомоторного ринита у беременных женщин является гормональная перестройка организма. Лечить в этом случае ринит не нужно, примерно со 2-3 триместра дискомфортные

симптомы пройдут самостоятельно. У некоторых женщин вазомоторный ринит проходит только после родов[5].

Таким образом, все вышеизложенное определяет актуальность исследования функционального состояния эндотелия и показателей гемодинамики при проведении ВРс различными анти-гипертензивными препаратами у больных АГ и такими факторами риска как курение.

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

Материалы и методы исследования. В период с 2018 по 2020 год нами обследовано 120 пациентов с ВР в сочетании с АГ, госпитализированных для ЛОР отделения клинике 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 дилататорных 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 клинико-

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 клинико-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 клинико-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 потока воздуха- 581,01 и 315,23 см³/с; суммарное сопротивление - 0,32 и 0,41 Па/ см³/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 см³/с, суммарное сопротивление- 0,55 Па/ см³/с) наблюдаются значимые и несинхронные сдвиги реактивности мозговых артерий, компенсированный дыхательный алкалоз (снижение парциального давления углекислого газа до 33,5мм.рт.ст., нарастание парциального напряжения кислорода до 110,93 мм.рт.ст.), компенсированный метаболический ацидоз (уменьшение буферных бикарбонатных оснований до $-0,04\pm0,22$ 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. Разработанный нами лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с хронической назальной обструкцией будет способствовать своевременному проведению фармакологической коррекции внутриносовой архитектоники и лучшей реабилитации данной категории пациентов.

Выявленные особенности церебральной гемодинамики и клинико-лабораторных показателей позволяют использовать полученные данные с целью формирования групп риска пациентов в плане развития церебральных заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдеева С.Н. Распространенность заболеваний ЛОР органов среди городского населения на современном этапе / С.Н. Авдеева // Российская оториноларинголог. 2016. №3 (22). - С. 33-37.
2. Баранов В.Л., Куренкова И.Г., Казанцев В.А., Харитонова М.А. Исследование функции внешнего дыхания// «Элби-Сп», Санкт-Петербург 2012, с. 163-170.
3. Лурье А.З. Изменение носового и мозгового кровенаполнения под влиянием магнитотерапии у больных аллергическим ринитом. // Вестник оториноларингологии 2018, №5 С. 6-11.

4.Шустер М.А., Каевицер М.М. 1980 г. Исследование дыхательной функции носа методом ринопневмографии // Вестн. Оторинолар. 2013. - №1 - С. 97 - 100.

5.Amelin A.V. The efficacy of different anticonvulsants in chronic daily headache. / Amelin A.-V., Tarasova S.V., Sokolov A., et al. // Zh Nevrol Psichiatr Im S S Korsakova. 2017. Vol.107, N1. - P. 16-20.

6.Tomkins G.E. Treatment of chronic headache with antidepressants: a metaanalysis / G.E. Tomkins, J.L. Jackson, P.G. O'Malley, et al. // Am J Med. - 2011,- Vol.1 11,N1.-P.54-63.