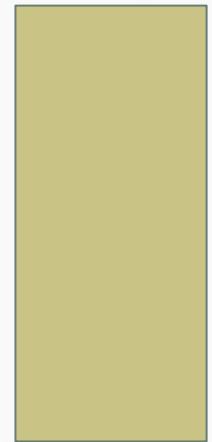


ГИПЕРТРОФИЯ НОСОВЫХ РАКОВИН



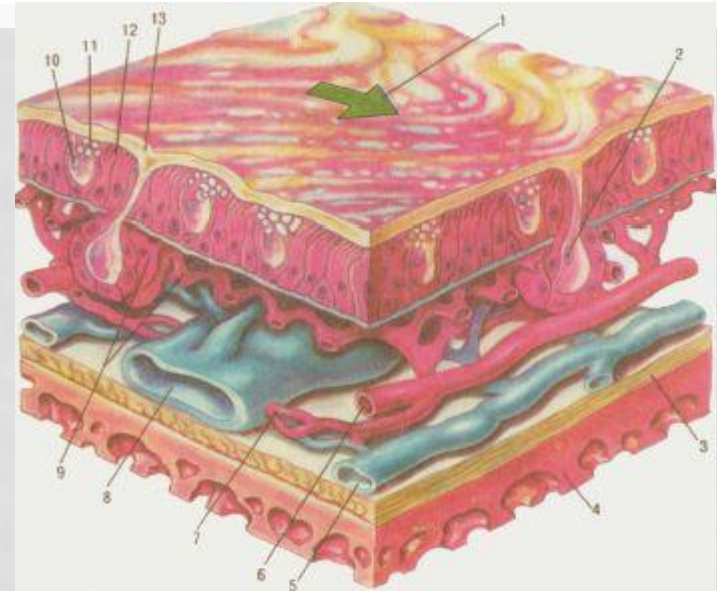
ВВЕДЕНИЕ



- За последнее десятилетие количество людей, злоупотребляющих сосудосуживающими каплями, неуклонно растет, что приводит к развитию у данной категории больных медикаментозного ринита. Причинами распространения данной патологии являются следующие факторы: доступность данного вида лекарственных препаратов, возможность приобрести капли без рецепта, огромное количество пациентов, самостоятельно занимающихся своим лечением.
- Недостатком данных препаратов является то, что в начале их применения наступает реактивная гиперемия, которая проявляется усилением кровотока в слизистой носа, а со временем возникают и стойкие нарушения кровообращения, ведущие в дальнейшем к морфологической перестройке сосудистого русла.

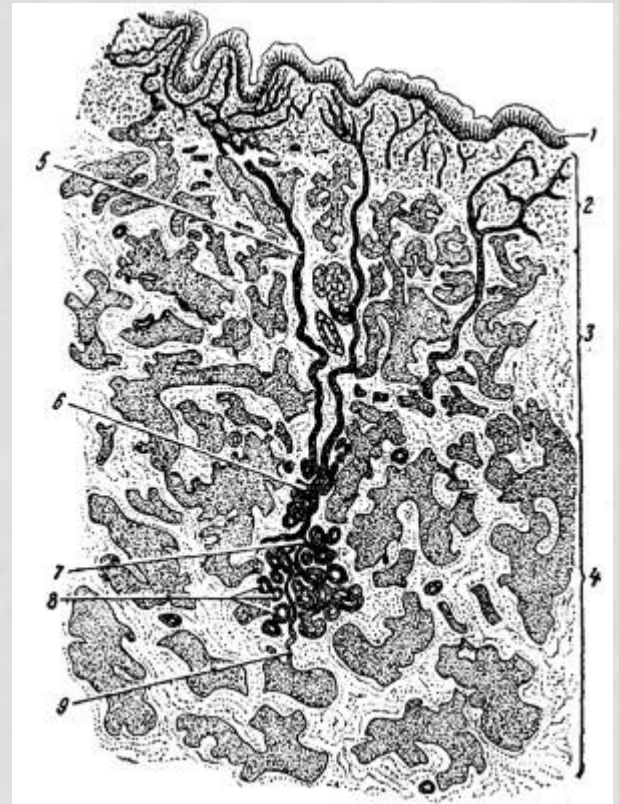
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ:

- Средняя и нижняя раковины покрыты довольно толстой слизистой оболочкой, которая, кроме эпителиального покрова, серозных и слизистых желез и лимфаденоидной ткани, содержит в обильном количестве кавернозную ткань, т.е. густую сеть богато снабженных гладкой мускулатурой широких венозных сплетений. Под влиянием всевозможных физико-химических, физиологических и патологических факторов (температура, атмосферное давление, влажность, пыль, токсины, химические агенты, рефлексy из отдаленных органов, эмоции и т. д.) кавернозная ткань раковин способна быстро сокращаться и расширяться, суживая или расширяя при этом полость носа.

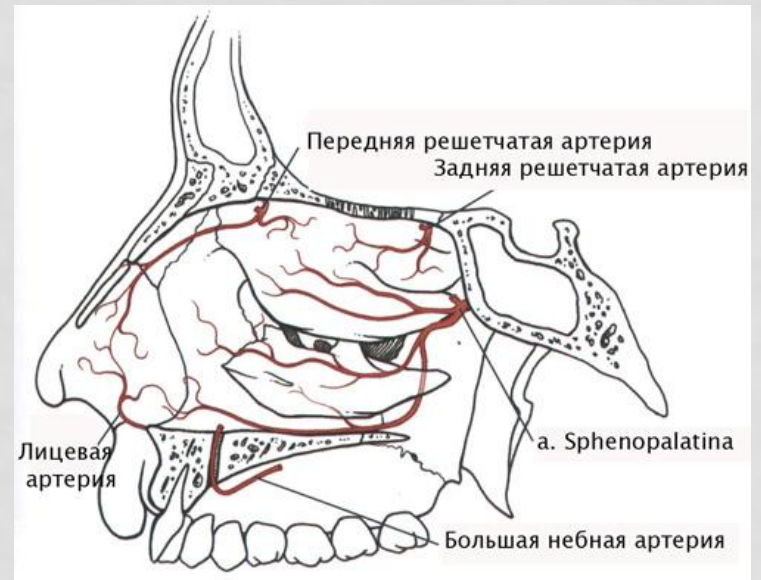


- 1 — направление мукоцилиарного потока;
- 2 — слизистая железа;
- 3 — надкостница;
- 4 — кость;
- 5 — вена;
- 6 — артерия;
- 7 — артериовенозный шунт;
- 8 — венозный синус;
- 9 — подслизистые капилляры;
- 10 — бокаловидная клетка;
- 11 — волосковая клетка;
- 12 — жидкий компонент слизи;
- 13 — вязкий (гелеобразный) компонент слизи

- Физиологическое значение кавернозной ткани для дыхания состоит главным образом в том, что она наподобие реостата автоматически регулирует силу тока воздуха и его направление в зависимости от свойств воздуха и требуемого в данный момент его количества. Естественно, что пыльный, сухой и холодный воздух особенно нуждается в подготовке со стороны носовой полости - в обогревании, очищении и увлажнении.
- Поэтому физиологически важно, чтобы в этом случае вдыхаемый воздух проходил через полость носа узкой и извилистой струей, в наиболее тесном соприкосновении со слизистой носа. Наоборот, влажный, чистый и теплый воздух менее нуждается в обработке, поэтому он может быть пущен более широкой струей.



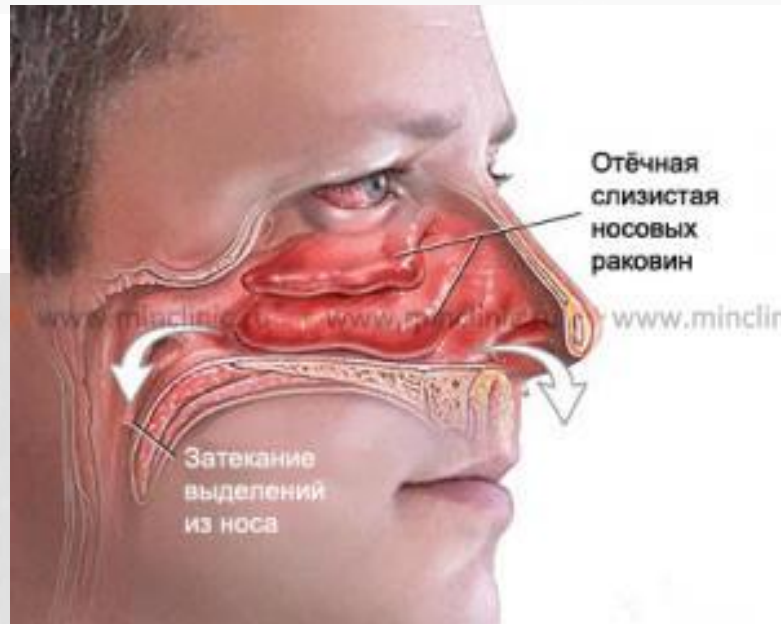
- Морфологические особенности системы кровообращения слизистой оболочки полости носа (замыкательные артерии, артерио-венные анастомозы, дроссельные вены, своеобразное строение эндотелия сосудов) создают необыкновенные возможности регулирования степени ее кровенаполнения. При изменении внешних условий адаптационные реакции сосудистой системы приводят к изменению окраски, толщины слизистой оболочки, просвета носовых ходов, что зависит в основном от объема и скорости кровотока. При хронических процессах расширение сосудов можно проследить также и в области сосудистой системы костного скелета раковин.



- Кровь течет от задних отделов полости носа вперед к преддверию. Таким образом, ток крови имеет противоположное направление потоку вдыхаемого воздуха, что способствует более эффективному его согреванию.
- Носовое сосудистое русло приспособлено для быстрого прохождения жидкости из крови в ткань и наоборот. Стенки кровеносных сосудов слизистой оболочки характеризуются повышенной порозностью, имеются дефекты в эндотелии сосудов, что способствует быстрому перемещению жидкости из сосудов в окружающую соединительную ткань, а также создает благоприятные условия для поступления в просвет сосудов различных лекарственных препаратов, например, симпатомиметиков, гистамина, кортикостероидов.



- В многочисленных клинических и морфологических исследованиях, посвященных вазомоторному и гипертрофическому риниту, отмечено, что ведущим фактором в патогенезе развивающихся морфологических и функциональных нарушений при этих формах ринита является набухание кавернозных сплетений, переполнение их кровью, приводящее к увеличению размеров носовых раковин и затруднению носового дыхания. В последующем под влиянием хронического катарального и продуктивного воспаления происходит гиперплазия всех тканей раковины, начиная с эпителия желез, соединительной ткани, и кончая ее костной основой.



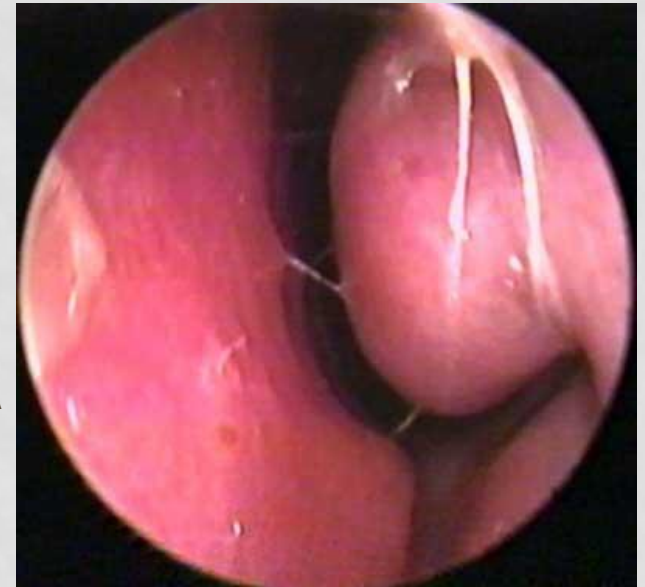
- Очень часто наблюдается усиление секреции, постоянное или периодическое. Характер секрета может быть серозный, слизистый, гнойный и смешанный и у одного и того же больного меняться в разные периоды болезни. В части случаев секрет засыхает в носу в виде корок, особенно при выраженной метаплазии эпителиального покрова. При некоторых формах хронического ринита значительную роль во временном улучшении или ухудшении носового дыхания, уменьшении и увеличении секреции играют вазомоторные факторы.
- Недостаточное обогревание, увлажнение и очищение воздуха при выключении носового дыхания легко влечет за собой развитие фарингитов, ларингитов, трахеитов, бронхитов и т.д., а уменьшенное давление в грудной клетке при ротовом дыхании по сравнению с носовым ведет к уменьшению окисления и нарушению газообмена. У больных гипертрофическим ринитом поэтому часто наблюдается головная боль, общая вялость, быстрая утомляемость, особенно при умственной работе, и ряд других общих расстройств.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- С хирургической точки зрения целесообразно выделить следующие формы воспалительного увеличения раковин (Б. С. Преображенский):
- диффузная и ограниченная;
- экссудативная, когда отмечается значительная отечность раковины ;
- фиброзная, когда при зондировании обнаруживается значительная плотность раковины вследствие обилия в ней соединительной ткани;
- сосочковая, когда гипертрофированные части раковины, чаще всего заднего конца, имеют вид малины или цветной капусты;
- гиперваскулярная с обилием кавернозных и других сосудов, характеризуется резким уменьшением объема раковины после смазывания раствором кокаина с адреналином;
- Особняком стоят нехирургические вазомоторные и аллергические риниты, не входящие в рамки этой работы.

ДИАГНОСТИКА

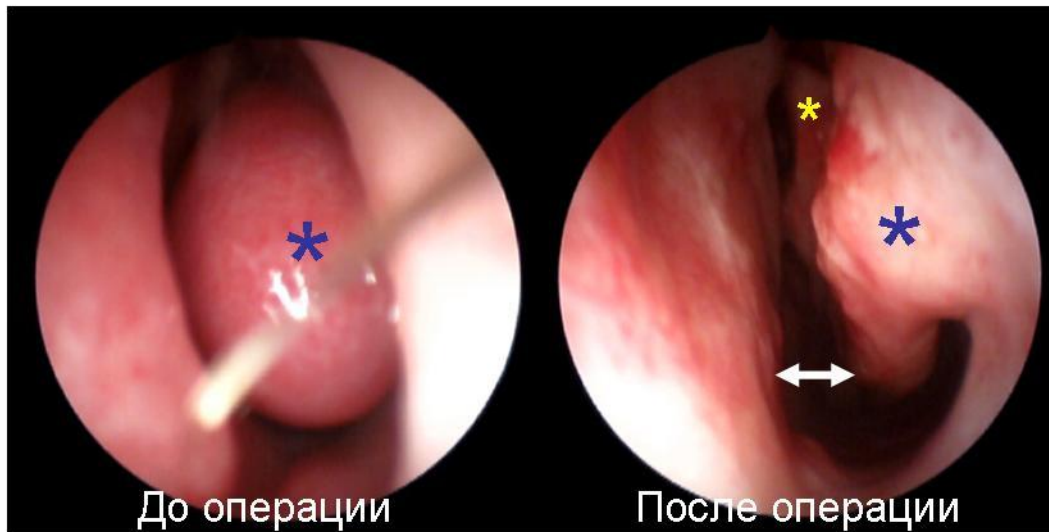
- При передней риноскопии отмечается равномерное увеличение размеров всей раковины или главным образом переднего ее конца, достигающего иногда до носового отверстия. Поверхность раковин может быть гладкая, сосочковая или складчатая. Цвет большей частью красный, нередко с синеватым оттенком; местами иногда отмечается серая окраска, зависящая от метаплазии и утолщения эпителиального слоя. При ощупывании пуговчатым зондом ощущается мягкая подушкообразная консистенция, плотная или костная, в зависимости от характера гиперплазии.
- При задней риноскопии можно отметить гипертрофию заднего конца раковины, которая нередко не только закрывает всю хоану, но выходит в носоглотку и прикрывает задний край сошника и часть второй хоаны, а также устье евстахиевой трубы. Очень часто гипертрофированная часть имеет сосочковидную поверхность и напоминает крупную малину. Если же она имеет гладкую поверхность, то иногда ее трудно отличить от хоанального полипа.



- На сегодняшний день предложено и внедрено в практику огромное количество методик воздействия на слизистую нижних носовых раковин, которые имеют как преимущества, так и недостатки, но их количество говорит о том, что оптимальный метод воздействия до сих пор еще не найден.
- К данным методикам относятся:
 - подслизистая вазотомия,
 - электрокоагуляция слизистой,
 - криодеструкция нижних носовых раковин (аппликационная или внутрислизистая),
 - ультразвуковая дезинтеграция,
 - радиоволновое воздействие

ПОДСЛИЗИСТАЯ ВАЗОТОМИЯ

- Техника проведения подслизистой вазотомии проста и заключается в пересечении сосудов, идущих из костной основы носовой раковины в собственный слой слизистой оболочки, где они принимают участие в образовании артерио-венозных анастомозов. Особенностью данного метода является то, что он максимально щадит основные функциональные структуры слизистой оболочки: мерцательный эпителий, собственный слой с содержащимися в нем железами и венозными сплетениями.
- После инфильтрационной анестезии узким скальпелем в области переднего конца нижней носовой раковины производится разрез слизистой оболочки до кости длиной 0,3-0,5 см. Через разрез вводится микрораспатор или распатор, которым отслаивается слизистая оболочка носовой раковины, и поперечными движениями продвигается по поверхности кости, отслаивая слизистую оболочку на участке поражения гипертрофическим процессом.



- Хорошие функциональные результаты объясняются, по-видимому, не только воздействием в ходе операции на сосуды пещеристых венозных сплетений, но и на нервные структуры слизистой оболочки, так как в подслизистом слое нижней носовой раковины располагаются два выраженных вегетативных сплетения.
- Необходимо подчеркнуть еще одно важное достоинство этого щадящего способа хирургического воздействия: для его выполнения не требуется каких-либо особых дорогостоящих инструментов или дефицитной аппаратуры. Подслизистая вазотомия может быть освоена врачом любого оториноларингологического отделения.

ЛАЗЕРНАЯ ВАЗОТОМИЯ

- Методика с применением воздействия полупроводникового лазера заключается в точечном лазерном воздействии на рефлексогенные зоны слизистой оболочки полости носа. Данные зоны представляют собой сплетения волокон симпатического, парасимпатического и тройничного нервов преимущественно в области передних и задних отделов нижней и средней носовых раковин. Если это не приводит к ожидаемому результату, рекомендуется произвести коагуляцию вдоль всей носовой раковины, начиная с ее задних отделов и медленно продвигаясь к передним. Данная методика обладает высокой эффективностью. Основное преимущество ее проведения – это бескровность, хотя нельзя избежать травмирующего воздействия на поверхностные слои слизистой оболочки.



РАДИОВОЛНОВАЯ ХИРУРГИЯ

- **Радиоволновая хирургия** - это новейший метод, применяемый для разреза и коагуляции мягких тканей. Эффект возникает за счет тепла, образующегося в ткани, при контакте медицинского электрода, передающего высокочастотные радиоволны, со слизистой носовой раковины
- Необходимый результат (оперативный или лечебный) зависит от времени контакта с тканью, размера электрода и формы волны.
- Преимущества метода:
- Безкровность и стерильность, т.к. разрез делается без воздействия на ткани и не сопровождается механическим разрушением клеток и некрозом окружающих слоев.
- Безболезненность.
- Быстрое заживление, т.к. тканевые разрушения очень малы.
- Высокий косметический эффект, т.к. заживление без грубого рубцевания тканей .



ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИЯ



- это лечебный метод прижигания тканей электрическим током. С этой целью могут применяться постоянный ток (гальванокоаустика), а также токи высокой частоты (диатермокоагуляция, дарсонвализация, УВЧ-Бревилюкс-терапия).

КРИОХИРУРГИЯ (КРИОДЕСТРУКЦИЯ)

- **Криодеструкция носовых раковин** – хирургическое вмешательство с использованием низких температур. Производится при выраженной гипертрофии слизистой оболочки полости носа. Низкая температура вызывает частичное разрушение гипертрофированных нижних носовых раковин. Операция проводится в плановом порядке после соответствующего обследования. Обезболивание не требуется, поскольку быстрое охлаждение тканей обеспечивает анальгетический эффект. После вмешательства (когда ткани согреются до своей нормальной температуры) ощущается незначительное покалывание или жжение.

ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ НИЖНИХ НОСОВЫХ РАКОВИН



- Хорошие результаты дает лечение хронических гипертрофических вазомоторных ринитов методом ультразвуковой дезинтеграции носовых раковин.
- Метод основан на нарушении сложившейся системы кровоснабжения гипертрофированных нижних носовых раковин ультразвуковым волноводом. Происходит склерозирование и запустевание сосудов гипертрофированной слизистой, и как следствие, ее сокращение и нормализация носового дыхания.
- Ультразвуковые колебания инструмента коагулируют разрушаемые сосуды и практически исключают кровотечение.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

