

«инфекционные» (нейтрофильные) и «аллергические» (эозинофильные). Это обстоятельство основано на преобладании эозинофилов при аллергическом характере воспаления и нейтрофилов при неаллергическом воспалении [7].

**Цель исследования.** Изучение ретикулярных волокон при различных формах хронического полипозного риносинусита.

**Пациенты и методы исследования.** Материалом данного исследования послужили парафиновые срезы операционного материала, удаленного во время эндоскопической операции в носу и околоносовых пазухах 45 больных, в возрасте 18–77 лет, которые находились на стационарном лечении в 3-й клинике Ташкентской медицинской академии (32 мужчины и 13 женщин) в 2013 году.

Морфологические и иммуногистохимические исследования проводили на парафиновых срезах операционного материала толщиной 3 мкм. Для изучения некоторых морфологических особенностей слизистой оболочки носа проводили морфометрические исследования: подсчет количества, определение оптической плотности ядер и измерение площади тканевого отека в образцах ткани. Для окраски использовали гематоксилин. Результаты оценивали на световом микроскопе Axiostar Plus с увеличением  $\times 200$ . Результаты документировали с помощью программы ВидеоТесТ-Морфология 5.2. О концентрации искоемых компонентов в тканях судили по оптической плотности, оцениваемой по числу точек изображения (пикселей), принадлежащих объекту, в одном поле зрения при увеличении  $\times 200$ . С помощью морфометрии выявляли формы полипозного риносинусита путем определения преобладания инфильтрации эозинофилами или нейтрофилами.

Иммуногистохимическое исследование проводили в лаборатории иммуногистохимии Российского научного центра радиологии и хирургических технологий (зав. лабораторией, проф. К. М. Пожарисский). Иммуногистохимическое исследование с импрегнированием серебром проводили при окраске по Гордону–Свиту для определения ретикулярных волокон стромы носовых полипов. Результаты проведенных исследований оценивали при увеличении  $\times 400$  на световом микроскопе. Статистическая обработка данных исследования проводилась на программе Microsoft Excel 2010.

**Результаты исследования.** При морфологическом исследовании слизистой оболочки полипов больных ХПРС констатировали десквамацию мерцательного эпителия вплоть до базального слоя, собственная пластинка слизистой оболочки была отечной, густо инфильтрированной эозинофилами и нейтрофилами, плазматическими,

бокаловидными клетками, сосуды собственной пластинки – кровенаполнены.

Поверхность полипов была покрыта реснитчатым эпителием, который на одних участках был представлен многоядным эпителием, снабженным многочисленными ресничками, а на других – слизеобразующими призматическими клетками, большей частью слущенными или подвергнутыми метаплазии.

При обширных (тотальных) экссудативно-гиперпластических (полипозных и полипозно-гнойных) процессах в верхнечелюстной пазухе изменения слизистой оболочки носят трудно обратимый характер. При данных состояниях вмешательства в области латеральной стенки полости носа мы рекомендуем дополнять частичным удалением слизистой оболочки пазухи. Неизменная слизистая оболочка при этом не удаляется.

Скорее всего, трудно обратимые деструктивно-дистрофические изменения слизистой оболочки, развивающиеся на протяжении многих лет, затрагивают все слои слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи, а не отдельные ее участки. В связи с этим мы считаем, что слизистая оболочка с явлениями выраженного фиброза базальной мембраны и отсутствием мерцательного эпителия на фоне очаговой лейкоцитарной инфильтрации и гиалинизации сосудов абсолютно не выполняет своих основных функций. Это создает предпосылки для развития рецидивирующего воспаления в верхнечелюстной пазухе.

Выявленный полиморфизм строения реснитчатого эпителия, кроме теоретического, имеет и большое практическое значение. В настоящее время большинство эндоназальных операций выполняется без учета особенностей морфологического строения слизистой оболочки полости носа. Достаточно часто в целях создания широкого сообщения пораженной пазухи с полостью носа удаляется большой объем важных в функциональном отношении участков мерцательного эпителия.

При морфометрии послеоперационного материала у 33 препаратов (73,3%) отмечалось преобладание эозинофильной инфильтрации стромы слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, у 12 препаратов (26,7%) отмечалось преобладание нейтрофильной инфильтрации стромы слизистой оболочки носа и околоносовых пазух (рис. 1, 2). В связи с этим больные были разделены на две группы: больные с хроническим «эозинофильным» полипозным риносинуситом и больные с хроническим «нейтрофильным» полипозным риносинуситом.

Учитывая результаты морфологического исследования, можно сказать, что разделение полипов по гистологическому строению на «эозинофильные» и «нейтрофильные» формы является