

Д.Ф. ШАМСИЕВ, О.М. КАРИМОВ

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ ВНУТРИНОСОВЫХ ОПЕРАЦИЯХ

*Каф. ЛОР-болезней (зав. – проф. А.М. Хакимов)
Ташкент. мед. академии (ректор – акад. Ш.И. Каримов)*

В раннем послеоперационном периоде при выполнении операций в полости носа и околоносовых пазухах важное значение имеет уход за полостью носа.

Анализ отдаленных результатов эндоназальных вмешательств показал, что эффект даже от безукоризненно выполненной операции может быть сведен к нулю за счет недостатков в предоперационной подготовке и в ведении послеоперационного периода [1, 2, 4].

Возможные причины, приводящие к рецидивированию воспалительного процесса в полости носа и околоносовых пазухах, должны обязательно учитываться при предоперационном обследовании. Этими причинами могут быть наличие аллергии, гиперреактивность слизистой оболочки полости носа, сопутствующая бронхиальная астма, устойчивая к антибиотикам микрофлора, обострение воспалительного процесса, нарушения в иммунной системе организма [1, 3].

В традиционную схему послеоперационного ведения больных обычно включается туалет носа с использованием сосудосуживающих препаратов, изотонического раствора хлорида натрия и различных мазей, которые применяются для лучшего удаления крови, слизи, корок, образующихся в носовых ходах. В настоящее время рекомендуется проводить туалет носа дважды в день, чтобы облегчить состояние пациента, страдающего от его заложенности. Самостоятельно больные могут использовать лишь сосудосуживающие капли, так как они выпускаются для индивидуального применения. Остается актуальным вопрос о поиске средств, местное применение которых уменьшает неблагоприятный побочный эффект хирургических вмешательств.

Для поддержания нормальной функции слизистой оболочки полости носа требуется определенная степень насыщения воздуха водяными парами. Несмотря на то, что увлажняющая способность слизистой оболочки полости носа у человека обладает большими

резервными возможностями, которые обеспечивают необходимое кондиционирование воздуха при резких сдвигах влажности, температуры окружающей среды, нередко возникают состояния, расценивающиеся как хронический субатрофический ринит, клинически проявляющийся сухостью, образованием корочек, заложенностью носа.

Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов, у которых были выполнены различные внутриносовые операции по поводу хронической воспалительной патологии околоносовых пазух. В связи с этим мы хотели бы привести некоторые основные принципы, которые, на наш взгляд, должны соблюдаться при подготовке данной категории больных к хирургическим вмешательствам и к дальнейшему наблюдению за ними в поликлинике.

В среднем послеоперационный период после внутриносовых операций составлял 5 дней. Температурная реакция возникла только у 5 обследуемых в первые сутки после операции и была субфебрильной. Не появлялись выраженные отеки в области вмешательства. Все больные были выписаны на 3-4-е сутки после операции и находились под нашим наблюдением в амбулаторных условиях. В дооперационном и послеоперационном периодах им назначались топические кортикостероиды. У 12 пациентов проведена системная антибиотикотерапия. Основным антибиотиком – цефтриаксон мы использовали для предупреждения послеоперационных осложнений по 1,0 г внутривенно во время операции.

Прооперированные больные, подразделены на две группы: в основной – 20 человек с полипозным риносинуситом, у которых выполнялся туалет носа с помощью сосудосуживающих препаратов и орошений полости носа аэрозолем «Маример» 3 раза в день по 1-2 дозы; в контрольной – 18 лиц с полипозным риносинуситом, у которых проводился туалет носа с использованием сосудосуживающих препаратов, а полость носа ороша-

лась физиологическим раствором хлорида натрия. У всех обследуемых осуществлялась эндоскопия носа, исследования мукоцилиарного транспорта и цитологический анализ

мазков-отпечатков со слизистой оболочки полости носа.

Результаты исследования представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Результаты цитологического исследования мазков со слизистой оболочки носовой полости при использовании препарата «Маример»					
Период исследования	Воспаление	Аллергия	Нормальная слизистая оболочка	Метаплазия	Всего
	количество больных				
До операции	14	2	–	4	20
<i>После операции</i>					
3-й день	13	-	2	5	20
5-й день	11	-	7 (35%)	2 (10%)	20
7-й день	3	-	10 (50%)	7 (35%)	20
14-й день	-	-	12 (60%)	8 (40%)	20

Таблица 2

Результаты цитологического исследования мазков со слизистой оболочки носовой полости при использовании физиологического раствора NaCl					
Период исследования	Воспаление	Аллергия	Нормальная слизистая оболочка	Метаплазия	Всего
	количество больных				
До операции	15	3	–	–	18
<i>После операции</i>					
3-й день	10	1	2	3	18
5-й день	9	-	4 (22%)	5 (27%)	18
7-й день	4	-	5 (27%)	9 (50%)	18
14-й день	-	-	8 (44%)	10 (56%)	18

При применении препарата «Маример» слизистая оболочка из метаплазированной переходит в нормальную уже на 5-й день после операции у 35% больных, а в контрольной группе – только у 22%.

Кроме того, все пациенты отмечали, что при использовании препарата «Маример» клинические симптомы в послеоперационном периоде беспокоят меньше и проходят быстрее, ни один из них не отметил побочных действий препарата. В послеоперационном периоде мы наблюдали меньшее количество сухих корочек в носовой полости после операции и быстрое уменьшение отека слизистой оболочки. Проведенное исследование подтвердило, что в послеоперационном периоде слизистая оболочка полости носа всегда приобретает признаки метаплазии; хирургическое вмешательство угне-

тает мукоцилиарный клиренс; препарат «Маример» не угнетает мукоцилиарный клиренс, но и не ускоряет его; метаплазия слизистой оболочки после операции подвергается трансформации в нормальную слизистую оболочку быстрее при использовании изотонического раствора океанической воды.

После выписки из стационара больные находились под динамическим наблюдением, которое подразумевает периодические осмотры: первые 3 месяца – 1 раз в месяц; затем 1 раз в два месяца; осмотр при каждом эпизоде острого респираторного вирусного заболевания; назначение топических кортикостероидных препаратов на срок от 3 до 6 мес. после операции.

Только у 2 человек, которые находились под нашим наблюдением от 1 до 2 лет, насту-

пил рецидив полипозного процесса, потребовавший повторного хирургического вмешательства. Это объясняется тем, что по личным причинам они не являлись на периодические осмотры. У 4 пациентов, перенесших эндоскопическую синусотомию рецидив воспаления наступил в сроки от 6 до 12 мес. Обострение было купировано промываниями верхнечелюстных и других оперированных пазух через естественные, или расширенные во время эндоскопического вмешательства соустья с назначением топических кортикостероидных препаратов. У остальных 32 пациентов рецидива заболевания не наступило в течение указываемых сроков наблюдения.

Полученные результаты подтверждают эффективность проводимого динамического наблюдения за больными хроническим полипозным риносинуситом для предотвращения рецидива заболевания.

При неосложненном течении послеоперационного периода пациенты обычно выписываются под амбулаторное наблюдение на 3-5-е сутки после вмешательства. На наш взгляд, в ведении раннего послеоперационного периода особое внимание следует уделять инструментальному туалету полости носа, орошению её физиологическим раствором или препаратом «Маример», местному использованию бактерицидных и стимулирующих регенерацию препаратов. Основной целью этих мероприятий было удаление корок, налетов фибрина, предупреждение избыточного роста грануляций, а следовательно, скорейшее восстановление носового дыхания и других важных функций полости носа и околоносовых пазух. Кроме того, данные мероприятия являются профилактикой развития синехий и стеноза наложенных соустьев между пазухами и полостью носа. В течение первых 2-х нед после вмешательства пациенты должны наблюдаться у оперировавшего их врача не менее 2 раз в неделю. При осмотре

врачу необходимо оценивать состояние репаративных процессов, диаметр соустьев околоносовых пазух, наличие в них экссудата, выявлять области избыточного гранулирования и отека слизистой оболочки, а также контактирующие раневые поверхности, где могут образоваться синехии.

Большинство эндоназальных хирургических вмешательств требует тампонады, которая производится с целью остановки кровотечения, фиксации внутриносовых структур и отслоенной слизистой оболочки. При этом традиционные тампоны из марлевых турунд не лишены недостатков. Эти тампоны, как правило, прилипают к слизистой оболочке, и их удаление сопряжено с болью и кровотечением. Мы обычно используем марлевый или поролоновый тампон в пальце от медицинской перчатки. Такой тампон легко вводится в полость носа и так же легко удаляется. Можно сделать самостоятельно тампон любого необходимого размера, возможно применение нескольких небольших тампонов для прицельной тампонады. Тампоны мы удаляем на следующий день, так как, на наш взгляд, для более длительного тампонирования полости носа нет показаний.

Больным следует рекомендовать самостоятельно промывать полость носа теплым физиологическим раствором 2 раза в день в течение трех недель после операции. При большом количестве корок в полости носа назначаются растительные масла (шиповниковое, персиковое) для закапывания в неё 2-3 раза в день. По нашему убеждению, положительный результат эндоназальной операции лишь наполовину зависит от тщательности самого вмешательства, остальная половина заключается в правильной подготовке больного к операции, грамотном ведении послеоперационного периода и добросовестном выполнении самим пациентом данных ему рекомендаций.

1. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух // Вестн. оториноларингологии. – 1995. – №6. – С. 35-40.
2. Пискунов Г.З. Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при аллергическом рините. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода // Рос. ринология. – 1999. – №1. – С. 61-64.
3. Сватко Л.Г., Батыршин Р.У., Красножен В.Н., Латыпов Р.В. Послеоперационное ведение больных, перенесших эндоскопические операции // Рос. ринология. – 1997. – №2. – С. 47.
4. Шиленков А.А., Козлов В.С., Жуков С.К. Тактика ведения больных после микроэндоскопических эндоназальных операций на околоносовых пазухах // Рос. ринология. – 1997. – №2. – С. 53-54.

Поступила в редакцию 29.03.11.

© Д.Ф. Шамсиев, О.М. Каримов, 2011