

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ РИНОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Карпищенко С.А.^{1,2}, Верещагина О.Е.¹, Лавренова Г.В.¹

¹ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. акад.

И.П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²ФГБОУ «СПБ НИИ ЛОР» Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Внутриносовая хирургия за последние десятилетия существенно изменилась. Новые возможности в связи применением оптики, эндоскопической и навигационной техники позволяют планировать и выполнять такие вмешательства, которые были невозможны для оториноларинголога с лампой и рефлектором. Масштабы вмешательств выросли в десятки раз. Если ранее наиболее частыми из них были операции при девиации перегородки носа, то сейчас нередко септум-операции, кроме восстановления дыхания, являются проводниками для хирургии на околоносовых структурах и полости черепа. Концепция современной ринохирургии предполагает щадящее отношение к слизистой оболочке полости носа и носовым структурам [1]. Сочетание в ринохирургии конвейерного подхода с высокими технологиями требует индивидуального подхода к пациенту в пред-и послеоперационном периоде, когда в учет берут и соматический статус, и состояние слизистой оболочки, особенно в тех случаях, когда вмешательства в полости носа повторяются. Изменения, возникающие в слизистой оболочке полости носа даже после эндоскопических щадящих хирургических вмешательств, требуют предоперационной профилактики и медикаментозной подготовки [2]. В послеоперационном периоде в зависимости от ситуации необходима коррекция воспалительного и регенераторного процессов для уменьшения послеоперационных реактивных явлений, своевременного заживления, снижения риска развития кровотечений, осложнений в раннем и отдаленном периодах. Использование современных средств, способствующих активной репарации, предлагается авторами нередко без учета истинных механизмов восстановления тканей. Поскольку эпителий относится к быстро-обновляющимся тканям, важным является использование различных препаратов, регулирующих течение воспалительного и регенераторного процесса после операций в полости носа и околоносовых пазухах, подавляющих инфекционный фактор.

Вследствие хирургической травмы слизистой оболочки полости носа происходит выброс биологически активных веществ – медиаторов воспаления, в первую очередь так называемых эйкозаноидов – простагландинов и лейкотриенов, что поддерживает отек слизистого и подслизистого (росткового) слоев, нарушает микроциркуляцию. Все это приводит при повышенной кровоточивости, образованию кровяных сгустков к активации микробной флоры, усугублению воспаления, замедлению процессов восстановления тканей [3].

Щадящая элиминационная терапия в стационаре под контролем врача и затем в домашних условиях обеспечивает минимальное раздражающее действие при “туалете” полости носа. Чаще всего используются доступные официальные средства морской воды с различными добавками в виде масел, пантенола и других. Препараты морской воды можно использовать как в профилактических, так и в лечебных целях для ежедневной гигиены полости носа после операции, облегчения дыхания, деликатного очищения носовых ходов от секрета и корок, обеспечения определенного антибактериального действия. Их можно использовать для гигиены полости носа перед применением других лекарственных препаратов, например, местных антибактериальных, противовоспалительных, заживляющих и протекторных. Микроэлементы, входящие в состав препаратов морской воды, также оказывают

противовоспалительное действие, стимулируют репаративные процессы, улучшают функцию мерцательного эпителия, что усиливает резистентность слизистой оболочки к внедрению болезнетворных бактерий и вирусов, способствует ее очищению [4].

Добавление магния к растворам для промывания снижает метаболизм эйкозаноидов, непосредственно ингибируя фермент 5-липоксигеназы, стимулируя восстановление клеток и ограничивая воспаление. Магний в ассоциации с цинком также ингибирует экзоцитоз эозинофилов и снижает апоптоз клеток [5].

Многими специалистами установлен тот факт, что заживление ран - это сложный процесс, который должен опираться на базовые функции организма, поддерживающие гомеостаз. Комплекс механизмов, способных восстанавливать анатомическую и функциональную целостность тканей, подвергшихся травме вследствие механических факторов достоверно неизвестен [6]. Процесс высокоорганизованный, включающий тканевой стресс, воспаление, реэпителизацию, депонирование матрикса и ремоделирование ткани, регулируется широким спектром цитокинов, факторов роста посредством привлечения воспалительных лейкоцитов, фибробластов и эпителиальных клеток [7, 8, 9]. Для обеспечения работы всех звеньев восстановления тканей требуется поддержка адаптогенов и седативных средств [10].

Проблемы заживления слизистой оболочки полости носа, включая формирование синехий и чрезмерное образование корок, являются одними из важных причин неудач или рецидивов заболеваний после операций. Эти проблемы могут влиять на операционный успех [11] и, соответственно, требуют своевременного разрешения.

Нами разработана ступенчатая медикаментозная предоперационная и послеоперационная подготовка для ринологических пациентов. Послеоперационное медикаментозное сопровождение в раннем и продолженном операционных периодах для каждой группы пациентов составлялось на основании нашего клинического опыта и стандартов лечения заболеваний.

Шаг 1. Назначение адаптогенов растительного происхождения в зависимости от артериального давления пациентов.

Шаг 2. Щадящая седативная терапия с минимальной медикаментозной нагрузкой (10% настой травы тысячелистника, таблетки валерьяны или настойка корня валерьяны по 5 капель 5 раз в день, новопассит, афобазол).

Шаг 3. Санация околоносовых пазух и полости носа (при необходимости промывание пазух пункционно и по Проетцу).

Шаг 4. Антигистаминные и иммуномодулирующие препараты по необходимости.

Шаг 5. Поддерживающая терапия соматических заболеваний, которые есть у пациентов.

Нам представилось возможным разработать и предложить алгоритмы послеоперационного ведения пациентов, перенесших эндоскопические ринохирургические вмешательства при искривлении перегородки носа, патологии околоносовых пазух и структур.

Акценты, которые мы предлагаем расставить на восстановительной терапии в процессе ринохирургических операций, представляются следующим образом:

- 1) Профилактика интраоперационных осложнений (кровотечения, гематомы, гематосинус, разрывы слизистой оболочки, перфорации перегородки носа).
- 2) Купирование воспалительной реакции.
- 3) Обеспечение репарации и регенерации.
- 4) Профилактика спаечного процесса.

5) Повышение неспецифической активации организма (адаптогенами).

Это основной подготовительный антистрессорный курс. Что касается подготовки слизистой оболочки к травме, то за неделю до операции назначается олифрин 1 раз в день утром и мазь Флеминга на ночь. В состав олифрина входит натрия гиалуронат, который по данным исследований [12] является одним из эффективных средств в восстановлении эпителия. Альфа-токоферола ацетат рацемический (вит. Е) – известное средство в обеспечении эпителиальной выстилки любой локализации, и эфирное масло лимона, оказывающее существенное бактерицидное действие. Препарат способствует защите слизистой оболочки от механических и других воздействий и рекомендуется нами в предоперационном периоде в течение недели и в раннем послеоперационном периоде в качестве протекторного средства. Что касается мази Флеминга, состоящей из природных регуляторных компонентов (календула, гаммелис, каштан, ментол, цинка оксид) ее использовали в качестве «разгрузочной» мази в позднем послеоперационном периоде в течение 7-10 дней.

Послеоперационное медикаментозное сопровождение включает обработку слизистой оболочки полости носа непосредственно в операционной перед тампонированием гемостатическим и ранозаживляющим гелем (Абисил), содержащим терпены, выполняется адекватное травме тампонирование.

При изучении безопасности препарата «Абисил» на лабораторных животных установлено, что он не вызывает токсических и аллергических реакций, не обладает мутагенным и эмбриотоксическим действием. Абисил имеет широкий спектр фармакологической активности: противовоспалительной, иммуномодулирующей, обезболивающей [13].

Литература:

1. Карпищенко С.А. Опыт эндоскопической септопластики / С.А. Карпищенко, О.Е. Верещагина, Е.О. Теплова //Inquiry. – 2020. – Т. 4. – №. 4. – С. 254-258.
2. Карпищенко С.А. Острые и хронические риносинуситы: дополнительные возможности консервативной терапии / С.А. Карпищенко и соавт. //Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae. – 2018. – Т. 24. – №. 4. – С. 62-68.
3. Глухов А.А. Патофизиология длительно незаживающих ран и современные методы стимуляции раневого процесса / А.А. Глухов, М.В. Арламов //Новости хирургии. – 2015. – Т. 23. – №. 6.
4. Macchi A. Hyaluronan plus saline nasalwashes in the treatment of rhino-sinusal symptoms in patients undergoing functional endoscopic sinus surgery for rhino-sinusal remodeling / A. Macchi, Terranova, E. Digilio, P. Castelnuovo // International journal of immunopathology and pharmacology. 2013;26 (1):137-145. doi: 10.1177/039463201302600113.
5. Chhonker Y.S. Quantification of eicosanoids and their metabolites in biological matrices: a review / Y.S. Chhonker, V. Bala, D.J. Murry // Bioanalysis. 2018 Dec;10(24):2027-2046. doi: 10.4155/bio-2018- 0173. Epub 2018 Nov 6. PMID: 30412686; PMCID: PMC6562698.
6. Завалий М.А. Морфологические изменения в слизистой оболочке у больных хроническим гнойным риносинуситом / М.А. Завалий //Журнал ушных, носовых и горловых хвороб. – 2014. – Т. 4. – С. 21-27.
7. Ленгина М.А. Биохимические показатели оксидативного стресса слизистой оболочки полости носа при риносептопластике и возможности их коррекции / М.А. Ленгина, М.Ю. Коркмазов, А.И. Синицкий // Российская оториноларингология. - 2012. - № 6. - С.96-100.

8. Шехтер А.Б. Воспаление, адаптивная регенерация и дисрегенерация (анализ межклеточных взаимодействий) / А.Б. Шехтер, В.В. Серов // Архив патологии. - 1991. - № 53 (7). - С. 7-14.
9. Ким И.А. Совершенствование патогенетической коррекции послеоперационных изменений слизистой оболочки носа в современной ринохирургии / И.А. Ким, Е.В. Носуля // Российская оториноларингология. - 2009. - №1. - С. 184-187.
10. Яременко К.В. Злокачественные опухоли. Лечение и лекарственная профилактика / К.В. Яременко, В.Г. Пашинский // Psychopharmacol. Biol. Narcol. – 2005. – Т. 5. – №. 4. – С. 1086-1092.
11. Русецкий Ю.Ю., Седых Т.К., Мартянова Н.М., Лаптев В.В., Гурьянова Н.И. Микробиологическая характеристика операционного поля и операционной раны при реконструкции перегородки носа и вмешательствах в носоглотке / Ю.Ю. Русецкий, Т.К. Седых, Н.М. Мартянова и соавт. // Российская ринология. - 2005. - №2. - С. 120-121.
12. Карпищенко С.А. Современная терапия атрофического ринита / С.А. Карпищенко, Г.В. Лавренова, О.А. Куликова // Лечебное дело. – 2018. – №. 1.
13. Лавренова Г.В. Серома ушной раковины (Клинический случай) / Г.В. Лавренова и соавт. // Журнал оториноларингологии и респираторной патологии. – 2020. – Т. 26. – №. 1. – С. 71.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЙ МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА ПРЕДДВЕРИЯ НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ

Клочихин А.Л., Бырихина В.В.

ФГБОУ ВО Ярославский государственный медицинский университет,
г. Ярославль

Злокачественные опухоли преддверия носа встречаются очень редко (0,5% от числа всех опухолей носа). Чаще всего новообразование носит эпителиальный характер поражения (73,2%). Различают 58 гистологических типов рака, но чаще всего встречается плоскоклеточный рак, составляя до 80% случаев. Возможной причиной возникновения данной патологии являются хронические гипертрофические процессы в полости носа (хроническая язва, пигментный невус, постлучевые повреждения тканей, плоскоклеточная папиллома и т.д.). Кроме того, развитию патологических состояний способствуют неблагоприятные факторы внешней среды, воздействие (вдыхание) канцерогенных веществ физической и химической природы, особенно в группе лиц, связанных с вредным производством, прижигание или удаление новообразований.

Симптомы злокачественной опухоли преддверия носа зависят от её вида, локализации и стадии развития. Большинство пациентов обращаются к врачу с III-IV стадией заболевания. Изначально новообразование имеет вид изменённой кожи в преддверии носа или незаживающего плотного узелка. Для плоскоклеточного рака характерен быстрый рост и быстрый распад с образованием кратерообразной язвы. При данном виде рака происходит раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы. Возможно прорастание опухоли в окружающие органы и ткани.

Для подтверждения диагноза выполняют биопсию опухоли и регионарных лимфоузлов.

Современное лечение злокачественных опухолей преддверия полости носа