

ВИСНОВКИ 1. ГСУ є одними з найважчих у невідкладній хірургії тонко та товсто кишок.

2. Зміни вмісту Ig A, БСММ та СРБ в сироватці крові є інформаційними критеріями порушення неспецифічно резистентності організму хворого з гострими хірургічними захворюваннями тонко та товсто кишок.

3. Порушення неспецифічно резистентності організму при ГСУ в ургентній хірургії тонко та товсто кишок можуть бути компонентом методу математичного прогнозування розвитку ГСУ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Винницький Л.И. Проблемы клинического применения иммунокорректоров в хирургической клинике // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – Т. 45, № 12. – С. 12-16.

2. Демидов В.М. Перспективи застосування коректорів нейропептидів при лікуванні перитоніту // Одеський мед. журнал. – 1998. – № 2. – С. 14-16.

3. Грубник В.В., Зайчук А.И. Значение инфекционного контроля в хирургии // Кліні. хірургія. – 2007. – № 11-12. – С. 16-17.

4. Гюльмамедов Ф.И., Кухто Г.К., Шаламов В.И., Нестеренко А.Н., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П. Антибактериальная терапия в хирургическом лечении больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона // Матеріали ХХ з'їзду хірургів Укра ни. – Тернопіль, 2002. – С. 387-388.

5. Кавин В.О. Прогнозування ускладнень у хворих на гострий апендицит та хлікування: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тернопіль, 2003. – 19 с.

6. Кулаков А.В., Карсонова М.И., Пинегин Б.В. Прогнозирование гнойных осложнений в хирургии с помощью определения аффинности антител // Хирургия. – 2001. – № 11. – С. 55-58.

7. Перфильев Д.Ф. Иммунологические аспекты послеоперационного перитонита // Хирургия. – 1998. – № 13. – С. 24-27.

8. Потапов А.Л. Синдром системного воспалительного ответа и антиэндоксинный иммунитет после операций на органах брюшной полости // Кліні. хірургія. – 2008. – № 1. – С. 22-24.

9. Hill A.G. Metabolic response to severe injury // Br. J. Surg. – 1998. – Vol. 85, № 7. – P. 884-888.

Попович В.І., Савчук О.І.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ РАНЬО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНО РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ РИНОСИНУТИ

Івано-Франківський державний медичний університет

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ РАНЬО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНО РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ РИНОСИНУТИ – Доведена необхідність активного введення раннього післяопераційного періоду у хворих з хронічними риносинуситами. Вивчено зміни ендориноскопічно картини слизово оболонки носа і синусів під дією різних методик ранньої післяопераційно реабілітації, проаналізована їх клінічна ефективність.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУИТАМИ – Обоснована необхідність активного ведення раннього післяопераційного періоду у хворих з хронічними риносинуситами. Изучены изменения эндориноскопической картины слизистой оболочки носа и синусов под влиянием различных методик ранней послеоперационной реабилитации, проанализирована их клиническая эффективность.

COMPARATIVE ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF SCHEDULES OF EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITES – The necessity of active conducting of early postoperative period at the patients with chronic rhinosinusitis has been proved. The changes of endorhinoscopic picture of nasa and sinus mucosa under the influence of various methods of early postoperative rehabilitation have been investigated, their clinical efficiency has been analysed.

Ключові слова: рання післяопераційна реабілітація, ендориноскопічна картина слизово оболонки носа і синусів.

Ключевые слова: ранняя послеоперационная реабилитация, эндориноскопическая картина слизистой оболочки носа и синусов.

Key words: early postoperative rehabilitation, endorhinoscopic picture of nasal and sinus mucosa.

ВСТУП Щорічний приріст захворюваності на хронічні риносинусити на сучасному етапі перевищив 2 %, а питома вага дано патології в структурі стаціонарно захворюваності складає 50-60 %, що є переконливим свідченням недостатньо ефективності існуючих методів лікування [1, 2, 5, 7, 10].

Сьогодні загальновизнаною вважається необхідність комплексного лікування хронічних риносинуситів. Такий принцип передбачає обов'язковість адекватного оперативного втручання, яке є основною ланкою комплексно терапії і проводиться після належно передопераційно підготовки, та післяопераційну реабілітацію, покликану потенціювати ефект операції та попередити рецидивування хвороби [3, 5]. На тлі відчутного прогресу функціонально ендоназально хірургії, дедалі ширшого впровадження в роботу отоларингологічних відділень, увага, що приділяється удосконаленню методик післяопераційного лікування хворих, на наш погляд, є недостатньою.

В ранньому післяопераційному періоді в результаті операційно травматизації виникає набряк слизово оболонки, застій патологічного вмісту в порожнині носа та синусів, блокада співусть та порушення аерації навколоносових пазух, несприятливі зміни реологічних властивостей носового секрету, його вторинне інфікування [6, 8, 10, 11]. Згодом виникає патологічна регенерація слизово оболонки, втрачаються основні фізіологічні функції, що, зрештою, створює передумови для розвитку рецидивів. В зв'язку з цим постає необхідність активного ведення раннього післяопераційного періоду у хворих, що перенесли органозберігаючі ринохірургічні втручання з приводу хронічних риносинуситів. З'ясування клінічної ефективності запропонованих методик післяопераційно реабілітації стало метою даного дослідження.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ До комплексного обстеження та лікування було залучено 110 хворих з хронічними гнійними та поліпозно-гнійними гайморозом дитими віком від 21 до 60 років. Жінок було 64, чоловіків – 46. Клінічний діагноз встановлювали на підставі збору скарг та анамнезу, за даними ендориноскопії порожнини носа та синусів і результатами рентгенологічного та комп'ютерно-томографічного методів дослідження [1, 3]. Комплексне лікування хворих на першому етапі включало в себе оперативне втручання, об'єм якого залежав від результатів попереднього обстеження. Хворим проводились традиційні синусотомії та ендоскопічні оперативні втручання (табл. 1).

В порожнину носа після операції вводили фрагмент стерильно гумово рукавички, який виконував функції тампона і видаляли наступного дня після оперативного втручання. Кровотеч при цьому не спостерігали. З першого дня післяопераційного періоду хворим проводили туалет носово порожнини, анемізували слизову оболонку, призначали десенсибілізатори та системні деконгестанти, а через 4-5 год після видалення тампонів – курс ранньої післяопераційно реабілітації, об'єм якого визначав розподіл досліджуваного контингенту хворих на групи спостереження (табл. 2).

Хворим контрольно групи призначали "Салін" – офіційний сольовий розчин, який здійснює активне зволоження слизово оболонки носа, розріджує густий слиз та кірки, полегшуючи х евакуацію з порожнини носа і навколоносових пазух [8]. Препарат використовувався 5-6 разів на день по 1 розпиленню в кожен носовий хід. II групу сформували 40

Таблиця 1. Способи та об'єми оперативних втручань

Назва операції		Кількість хворих (абс/%)	
Класична синусотомія		20/18,1	
Ендоскопічна синусотомія		90/81,9	
Симультанні втручання	Реконструктивні операції на носовій перегородці	61/55,4	42/38,1
	Операції на носових раковинах		19/17,3

Таблиця 2. Клінічні групи хворих

Групи хворих	Методика реабілітації	Кількість хворих
I	Назальний спрей "Салін"	30
II	Полідекса з фенілефрином	40
III	"Полідекса з фенілефрином" + "Синуфорте"	40

пацієнтів, які лікувались з використанням комплексного препарату "Полідекса з фенілефрином". Останній завдяки антибіотикам (поліміксин та неоміцин), дексаметазону і вазоконстриктору (фенілефрин) чинить різний вплив на всі ланки запального процесу відповідно до основних критеріїв комплексно терапію синуситів. "Полідекса з фенілефрином" всім хворим призначали місцево – по одній інстиляції в кожен носовий хід 3-4 рази на добу протягом 5-6 днів [9].

До III групи увійшли 40 хворих, яким в післяопераційному періоді призначали рослинний секретомоторик "Синуфорте" та "Полідекса з фенілефрином". Фармакологічний ефект "Синуфорте" здійснюється через рефлекторну активізацію власної секреції залоз слизової оболонки носа та навколосових пазух, що сприяє природному самоочищенню цих анатомічних структур [2, 4, 10]. З першого дня після операції проводилось одноразове впрорскування "Синуфорте" в обидва загальні носові ходи. Після припинення ринореї хворим призначали інстиляції "Полідекса з фенілефрином" за зазначеною вище методикою. Лікування тривало, як і в усіх групах хворих, 5-6 днів.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ

Обов'язкова щоденна риноскопія, котру здійснювали у всіх хворих в процесі лікування, давала можливість вести спостереження за інтенсивністю реактивних явищ у порожнині носа. Динаміка ліквідації об'єктивних ознак запалення оцінювалася за станом слизової оболонки (наявність гіперемії та набряку), а також за кількістю та характером виділень в загальному носовому ході. У ста відсотків хворих I та II клінічних груп та в (97,5 ± 2,4) % пацієнтів III групи до початку лікування мали місце гіперемія та набряк слизової оболонки порожнини носа, а в носових ходах скупчувались густі, іноді кіркоподібні виділення з геморагічними домішками. Прикметно, що швидкість елімінації досліджуваних ознак запалення на 3-й день лікування виявилася різною у всіх трьох груп пацієнтів.

Гіперемія слизової оболонки спостерігалася у (26,6 ± 8,3) % хворих I групи, (20 ± 7,3) % – у II і (10,0 ± 4,7) % у III групи (різниця достовірна між показниками I та III груп, p < 0,05). Зникнення гіперемії слизової оболонки носа, як правило, супроводжувалось і ліквідацією інфільтративних змін. На третій день лікування набряк слизової оболонки носа мав місце в (26,6 ± 8,0) % хворих I групи, (20,0 ± 7,3) % II, (7,5 ± 4,1) % пацієнтів III групи. Вірогідною виявилась різниця в результатах лікування тільки між хворими I та III груп (p < 0,05). Відбувались також зміни кількості та характеру виділень у носових ходах. Так, уже на 3-й день лікування у хворих III групи зникли кірки, виділення стали значно рідшими, без патологічних домішок і рееструвалися у (15 ± 5,6) відсотків хворих. У пацієнтів I та II клінічних груп наявність блідо-рожевих серозних виділень в загальному носовому ході встановлено, відповідно, в (20 ± 7,3) та (17,5 ± 6,7) відсотках випадків, в окремих хворих ще зберігалися кірки на слизовій оболонці носової порожнини. Поширеність позитивно динаміки у хворих I групи склала в середньому 74,3 %, в II – 81,7 %, у пацієнтів III групи – 89,2 %. У хворих III групи спостереження на 7-й день післяопераційного періоду було

виявлено близьку до нормальної риноскопичну картину, не фіксувався набряк слизової оболонки носа у пацієнтів II клінічної групи. Нерізка гіперемія слизової оболонки носа спостерігалась у 3,3 ± 3,2 % хворих I групи та 5,0 ± 3,2 % пацієнтів II групи. Легкий набряк виявлено у 3,3 ± 3,2 % хворих першої групи.

Таким чином, поєднане використання "Синуфорте" та ендоназального спрею "Полідекса" в ранньому післяопераційному періоді виявилось найефективнішим у плані нормалізації показників риноскопичної картини обстежуваного контингенту хворих. Зникнення гіперемії та набряку слизової оболонки носа та синусів, ліквідація виділень з носових ходів у дослідних групах хворих відбувались достовірно швидше, ніж у контрольній групі пацієнтів.

ВИСНОВКИ 1. Застосування комплексу реабілітаційних заходів в післяопераційному періоді прискорює нормалізацію ендориноскопічної картини у хворих.

2. Реабілітаційні заходи виявились найефективнішими у хворих які отримували в післяопераційному періоді комбінацію "Полідекса з фенілефрином" та "Синуфорте": на 7-й день лікування у 97,5 % з них не зафіксовано скарг та об'єктивних проявів захворювання. В II-й групі клінічне одужання на 7-й день досягнуто у 90 % пацієнтів, в контрольній у 85 %.

3. Використані методики реабілітації виявились безпечними та не супроводжувались алергічними чи іншими небажаними побічними ефектами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бачинський І.В., Дудій П.Ф., Попович В.І., Рижик В.М., Ванченко В.М. Комплексна оцінка змін в носовій порожнині при параназальних синуситах // Ринологія. – 2004. – № 3. – С. 22-27.
2. Безшапочний С.Б. Результати застосування препарату "Синуфорте" в ліченні больних острым гнойным риносинуситом // Ринологія. – 2004. – №3. – С. 65 – 70.
3. Безшапочний С.Б., Лобурець В.В. Ендоскопічна ендоназальна функціональна хірургія: достоїнства, недоліки, перспективи // Ринологія. – 2002. – № 2. – С. 3 – 11.
4. Гедеванишвили М.Д. Синуфорте – нове слово в ліченні синуситів // Ринологія. – 2002. – № 2. – С. 67-69.
5. Колотилов Н.Н., Малеев О.В. Полипозный риносинусит: элементы методологии лечения и профилактики // Журнал ушных, носовых і горлових хвороб. – 1999. – № 5. – С. 86 – 90.
6. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление // Медицина. – 1991. – 272 с.
7. Митин Ю.В., Криничко Л.Р., Островская О.А. Современная фармакотерапія простудных заболеваний и их самых частых осложнений // Здоров'я України. – № 8 (141). – 2006.
8. Митин Ю.В., Науменко О.М., Джурко Л.Р., Бурак О.О. Досвід використання препарату "Салін" в комплексному ліченні пацієнтів із захворюваннями порожнини носа та навколосових пазух // Журнал ушних, носових і горлових хвороб. – 2000. – № 2. – С. 14 – 17.
9. Рязанцев С.В. Отофа, изофра и полидекса – новые препараты для лечения отитов и риносинуситов // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1999. – № 2. – С. 115-116.
10. Popovich V.I., Savchuk O.I., Ryzchik V.N. Utilizacion de extracto acuoso de Cyclusen europaeum en el tratamiento postoperatorio inicial de pacientes con sinusitis productivas // Acta ORL Espanola. – 2006. – P. 1051.
11. Stammberger H., Hawke M. Postoperative problems and complications // Essentials of Functional Endoscopic Sinus Surgery. – St. Louis. – 1993. – P. 199-208.