

© М. В. БАТРАК, Е. В. БОРЗОВ, 2012

УДК 615.849.19.03:616.211-089.168.1].036

М. В. Батрак, Е. В. Борзов

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РИНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России

Изучено влияние низкоэнергетического лазерного излучения на течение послеоперационного периода после хирургических вмешательств в полости носа для уменьшения сроков реабилитации. Использование после ринохирургических вмешательств низкоинтенсивного лазерного излучения способствует более быстрому восстановлению функций носа и улучшает течение послеоперационного периода, что уменьшает сроки реабилитации таких больных и способствует восстановлению их трудоспособности.

Ключевые слова: реабилитация, ринохирургические вмешательства, лазеротерапия, послеоперационный период, назальная обструкция.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER RHINO-SURGICAL OPERATIONS

M.V.Batrak, E.V.Borzov

The influence of low-energy laser radiation on the patients' condition during postoperational period after operation on the nasal cavity for the reduction of rehabilitational period. The usage of low-energy radiation laser during rhinosurgical operations supports more rapid functional recovery and decreases rehabilitation period of such patients group and supports the recovery of working capacity.

Key words: rehabilitation, rhinosurgical interference, laser therapy, postoperational period, nasal obstruction.

Деформация перегородки носа и вазомоторный ринит являются одной из основных причин хронической назальной обструкции [1, 2]. Удельный вес таких заболеваний составляет от 23 до 31% от числа всех операций, производимых в оториноларингологическом стационаре по плановым показаниям [2, 5]. Хирургическая коррекция носовой перегородки и нижних носовых раковин при синдроме назальной обструкции остается одним из основных методов лечения [1, 2, 4]. Несмотря на предложенные и широко применяемые способы и методы лечения этого заболевания, проблема реабилитации больных, перенесших эндоназальное оперативное вмешательство, остается до конца не решенной [2, 5]. Суммарное воздействие на организм повреждающих факторов основного заболевания и операционной травмы в конечном счете определяет тяжесть, течение и прогноз заболевания. В современной ринологии нет единого мнения о тактике реабилитации таких больных, поэтому проблема послеоперационного травматического ринита не теряет актуальности [2, 5, 7]. С целью повышения результативности хирургического лечения и уменьшения проявлений травматического ринита многие исследователи в послеоперационном периоде используют низкоинтенсивную лазеротерапию [3, 6]. В остром периоде, при наибольшем проявлении экссудативно-инфильтративных реакций, для ликвидации отека тканей, сдвигов кислотно-основного баланса, нормализации обмена веществ и энергии, а также для противоболового действия целесообразно использование высоких частот инфракрасного спектра лазерного излучения (1500—3000 Гц). Модуляция излучением более низких частот (80—150 Гц) используется при воздействии на послеоперационные раны в подострой фазе воспа-

лительного процесса. Это приводит к закреплению первичных эффектов, заключающихся в активизации процессов иммуногенеза, как местного, так и общего [3].

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния низкоэнергетического лазерного излучения на течение послеоперационного периода после хирургических вмешательств в полости носа для уменьшения сроков реабилитации.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 117 больных в возрасте от 15 до 50 лет (средний возраст $25 \pm 2,7$ года), находящихся на стационарном лечении в оториноларингологическом отделении Ивановской областной клинической больницы с диагнозом «искривление перегородки носа, вазомоторный ринит». У всех больных проведено хирургическое лечение: септопластика и подслизистая вазотомия нижних носовых раковин под наркозом. Больные были разделены на 2 группы. В основную группу вошло 53 (45,3%) больных, у которых в послеоперационном периоде наряду с традиционным лечением проводили лазеротерапию. Контрольную группу составили 64 (54,7%) пациента, которым лазеротерапию после операции не назначали. У всех больных выполнен полный комплекс клинико-инструментального обследования до операции, на 5-е и 8-е сутки послеоперационного периода. Дыхательная функция носа исследована методом компьютерной ринопневмотахометрии (рационализаторское предложение № 2120, выданное Ивановской государственной медицинской академией) на аппарате «Пневмоскрин-II» фирмы «Егер» (Германия). Снижение показателей до 15% расценивали как умеренное нарушение дыхательной функции (I степень), от 15 до 30% — как выраженное (II степень), от 30 до 45% и более — как резко выраженное (III степень). Для проведения лазеротерапии у больных основной группы использовали лазерный терапевтический аппарат «Узор-2К» (приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 12.12.94 № 271). Лечение начиналось в 1-е сутки после вмешательства. В течение 4 дней производили эндоназальное воздействие с частотой следования

импульсов 1500 Гц по 1 мин с каждой стороны. После стихания экссудативно-инфильтративных реакций в последующие 4 дня использовали лазерное излучение с частотой 80 Гц эндоназально по 2 мин с каждой стороны [6].

Оценку динамики жалоб (затруднение носового дыхания, нарушение обоняния, отделяемое из носа, утомляемость, снижение настроения) и динамики основных клинических симптомов (окраска слизистой оболочки носа, выраженность отека слизистой оболочки полости носа, отделяемое из носа), а также степень нарушения носового дыхания проводили до операции, на 5-й и 8-й дни послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. До операции в обеих группах с одинаковой частотой выявлены жалобы на затруднение носового дыхания, нарушение обоняния, отделяемое из носа, а также патологические изменения слизистой оболочки носа в виде ее гиперемии, отечности и наличия отделяемого в полости носа. До операции у больных обеих групп не выявлено достоверных различий степени нарушения дыхательной функции. У большинства больных обеих групп преобладало резко выраженное ее нарушение. В основной группе на 5-й день послеоперационного периода восстановление носового дыхания наблюдалось у 40 (75,5%) больных, улучшение обоняния — у 42 (79,2%), уменьшение отека слизистой оболочки носа — у 38 (71,7%). В контрольной группе восстановление носового дыхания имело место у 30 (46,9%) больных, восстановление обоняния — у 33 (51,6%), уменьшение отека слизистой оболочки носа — у 21 (32,9%). У 35 (66%) больных основной группы преобладало выраженное нарушение дыхательной функции, в то время как у 58 (90,6%) больных контрольной группы — резко выраженное ее нарушение. Полное восстановление носового дыхания выявлено у 6 (11,3%) больных основной и 4 (6,2%) — контрольной группы. На 8-й день после операции в основной группе восстановление носового дыхания наблюдалось у 50 (94,3%) больных, восстановление обоняния — у 51 (96,2%), уменьшение отека слизистой оболочки носа — также у 51 (96,2%). В контрольной группе восстановление носового дыхания имело место у 50 (78,1%) больных, улучшение обоняния — у 49 (76,6%), уменьшение отека слизистой оболочки носа — у 48 (75%). Полное восстановление носового дыхания выявлено у 51 (96,2%) больного основной и у 45 (70,3%) — контрольной группы. У 19 (29,7%)

больных контрольной группы выявлено умеренное нарушение дыхательной функции.

Выводы

Использование после ринохирургических вмешательств низкоинтенсивного лазерного излучения способствует более быстрому восстановлению функций носа и улучшает течение послеоперационного периода, что уменьшает сроки реабилитации таких больных и способствует восстановлению их трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко Н. В., Колесников В. Н., Левченко Е. В. Статистика причин затруднения носового дыхания // Рос. ринол. — 2007. — № 2. — С. 25.
2. Воробьев А. А., Моренко В. М. Тактика ведения послеоперационного периода у больных с синдромом назальной обструкции // Материалы XVII съезда оториноларингологов России: Тезисы докладов. — СПб., 2006. — С. 258—259.
3. Зенгер В. Г., Наседкин А. Н. Современные технологии в лечении заболеваний уха, горла и носа. — М., 2008.
4. Лопатин А. С., Шемпелев О. А. Лазерная доплеровская флоуметрия в оценке влияния различных методов хирургического воздействия на микроциркуляцию слизистой оболочки нижней носовой раковины // Вестн. оторинолар. — 2008. — № 5: Материалы VII Всерос. конф. оторинолар. — С. 181—182.
5. Моренко В. М., Воробьев А. А. Ведение послеоперационного периода при функциональных внутриносовых хирургических вмешательствах // Рос. ринол. — 2005. — № 2. — С. 106—107.
6. Москвин С. В., Буйлин В. А. Основы лазерной терапии. — М.; Тверь, 2006.
7. Царапкин Г. Ю., Артемьев М. Е., Горюева Е. В. Влияние послеоперационного отека слизистой оболочки полости носа на внутриносовую компрессию // Вестн. оторинолар. — 2009. — № 5, прил. — С. 215—216.

Поступила 06.12.11

Сведения об авторах:

Батрак М. В., ассистент каф. оториноларингологии ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава; *Борзов Е. В.*, д-р мед. наук, зав. каф. оториноларингологии ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава.

Для контактов:

Батрак Мария Владимировна, 153038, Иваново, ул. Лежневская, 211а, кв. 8. Телефон: 8-906-512-29-28.