



УДК: 616.21/.22; 616.28; 616-092

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОСТОПЕРАЦИОННОЙ БОЛИ ПОСЛЕ СЕПТОПЛАСТИКИ И ПОЛИПОТОМИИ НОСА: СРАВНЕНИЕ, СТАНДАРТИЗАЦИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

И. В. Кастыро

POSTOPERATIVE PAIN LEVEL AFTER SEPTOPLASTY AND NASAL POLYPECTOMY: COMPARISON, STANDARDIZATION OF ANALGESIA

I. V. Kastyro

ГОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк)

В статье дана оценка интенсивности боли после септопластики и полипотомии носа у здоровых мужчин в возрасте от 20 до 39 лет. Показано, что уровень боли после указанных операций отличен друг от друга в первые часы и в первые сутки после операции. Также поставлен вопрос о стандартном подходе к послеоперационному обезболиванию у данных категорий больных: такой подход невозможен из-за различных патофизиологических механизмов развития патологий.

Ключевые слова: боль, септопластика, полипотомия носа, обезбоживание.

Библиография: 9 источников.

In this study, pain in healthy men aged from 20 to 39 after septoplasty and nasal polypectomy was measured. Significant difference between pain levels after septoplasty and nasal polypectomy at the first hours and on the first day was shown. A question on standardization of postoperative analgesia in these groups of patients was raised. Impossibility of standardization due to different pathophysiological mechanisms was pointed out.

Key words: pain, septoplasty, nasal polypectomy, analgesia.

Bibliography: 9 sources.

Распространенность хронических патологий полости носа и околоносовых пазух неуклонно растет как в России, так и за рубежом. Так, искривление перегородки носа выявляется у 40,24% подростков [9], 89,2% взрослых [8]. Удельный вес полипозного риносинусита среди взрослого населения колеблется от 1,02 [3] до 4% [7]. При этом распространенность искривления перегородки носа и полипозного риносинусита зависит главным образом от климато-географических особенностей определенного региона [4].

Деформация перегородки носа, как правило, способствует нарушению основных функций носа, развитию острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух [2], а в результате длительного гиперпластического хронического воспаления может формироваться полипозный риносинусит.

Важным для восстановления физиологичного носового дыхания является своевременная коррекция деформаций перегородки носа, а в случае полипозного риносинусита – полипотомия носа. Существует множество методик септопластики и полипотомии носа, а также способов интраоперационного обезбоживания и анестезии, но работ, посвященных оценке и терапии послеоперационной боли, в доступной нам литературе мы не обнаружили. В связи с этим возникает вопрос о зависимости вида оперативного вмешательства и уровня послеоперационной боли в ринохирургии.

Основную роль в возникновении послеоперационной боли отводят медиаторам воспаления, которые непосредственно раздражают ноцицептивные нервные окончания. По современным представлениям, существует большое количество медиаторов, для которых известны специфические рецепторы на сенсорных окончаниях. Активация части этих рецепторов приводит к деполяризации и вместе с тем может возбуждать ноцицепторы. В качестве источников медиаторов воспаления рассматриваются поврежденные клетки тканей, кровеносные сосуды (брадикинин, эндотелин), стволовые клетки (гистамин, туморнекротизирующий фактор TNF



и др.), лейкоциты (цитокины, простагландины, лейкотриены и др.), тучные клетки (гистамин, простагландины). Тканевой ацидоз играет важную роль при воспалении и усиливает боль и гипералгезию. В ответ на медиаторы воспаления лейкоциты, моноциты, нейтрофилы, макрофаги, хондроциты продуцируют различные интерлейкины (IL), представляющие семейство пептидов, называемых цитокинами. Интерлейкины могут быть сильными гипералгическими агентами в периферических тканях. Наибольшую роль в воспалительной реакции играет IL-1 I и II типов. Напротив, IL-4 и IL-10 подавляют воспалительный процесс, в частности предотвращают деструкцию хряща на моделях артрита у животных с использованием неместных способов доставки цитокинов [6]. Исследование локальной цитокинопродукции при полипозном риносинусите выявило снижение IL-8, который обладает стимулирующей способностью в отношении миграции нейтрофильных лейкоцитов для их участия в локальном иммунном ответе. Также выявлено снижение IL-4 и IFN- γ . В последнее время IFN- γ рассматривают как один из ключевых цитокинов, стимулирующих функциональную активность Т-лимфоцитов, НК-клеток, макрофагов [1].

Цели и задачи исследования. 1. Оценка уровня послеоперационной боли у пациентов с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом.

2. Сравнение послеоперационной боли с указанной патологией.

3. Выяснение, возможен ли одинаковый подход при послеоперационном обезболивании у двух групп пациентов.

Пациенты и методы исследования. В исследование были включены 47 здоровых мужчин в возрасте от 20 до 39 лет. В 1-ю группу вошли 24 человека с искривлением перегородки носа, во 2-ю группу – 23 человека с полипозным риносинуситом. В качестве премедикации всем пациентам были назначены растворы кеторола 1 мл, реланиума 2 мл и димедрола 1% 1 мл внутримышечно. Данный способ премедикации соответствует концепции сбалансированной анестезии [5]. При искривлении перегородки носа выполнялась подслизистая резекция перегородки носа под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина (аппликационная анестезия, 3–5 мл) и 1%-ным раствором новокаина (инфильтрационная анестезия, 20–40 мл). Полипотомия носа осуществлялась под местной аппликационной анестезией 2%-ным раствором лидокаина (5–15 мл). После оперативного вмешательства производилась рыхлая марлевая тампонада носа с антибактериальной мазью (левомиколь). Тампоны удаляли из полости носа через 2 суток. В последующие 4 дня производился туалет полости носа физиологическим раствором. Обезболивающая терапия (50%-ный раствор анальгина, 5 мл) назначалась пациентам с превышением уровня боли 25 мм.

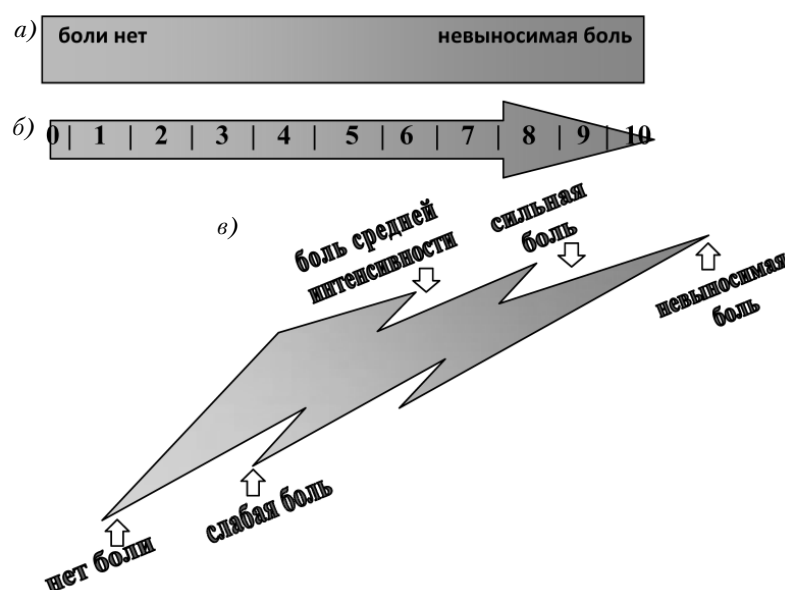


Рис. 1. Шкалы оценки интенсивности боли: а – визуально-аналоговая шкала; б – цифровая аналоговая шкала; в – вербальная шкала-«молния» оценки боли.

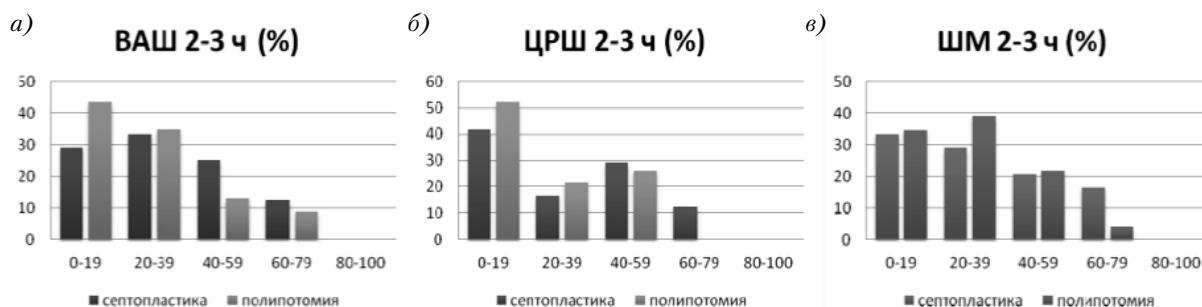


Диаграмма 1. Сравнение боли через 2–3 ч после операции между 1-й и 2-й группами: а – результаты визуально-аналоговой шкалы; б – результаты цифровой рейтинговой шкалы; в – результаты вербальной шкалы-«молнии». Ось ординат отражает процентное соотношение, ось абсцисс – распределение пациентов по уровню болевой интенсивности.

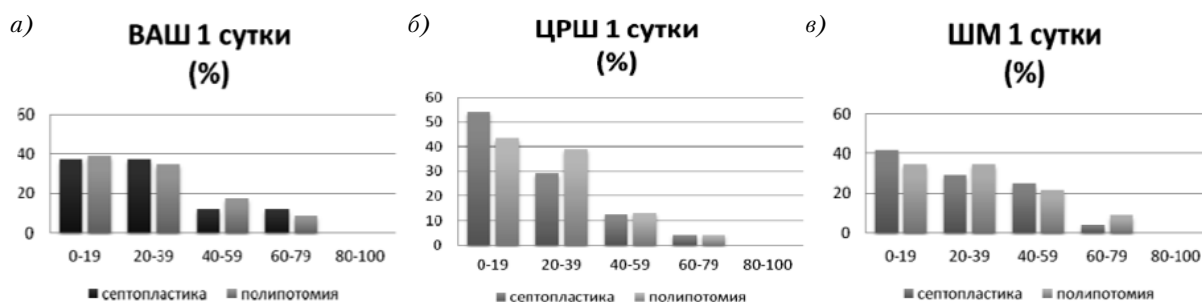


Диаграмма 2. Сравнение боли через сутки после операции между 1-й и 2-й группами: а – результаты визуально-аналоговой шкалы; б – результаты цифровой рейтинговой шкалы; в – результаты вербальной шкалы-«молнии». Ось ординат отражает процентное соотношение, ось абсцисс – распределение пациентов по уровню болевой интенсивности.

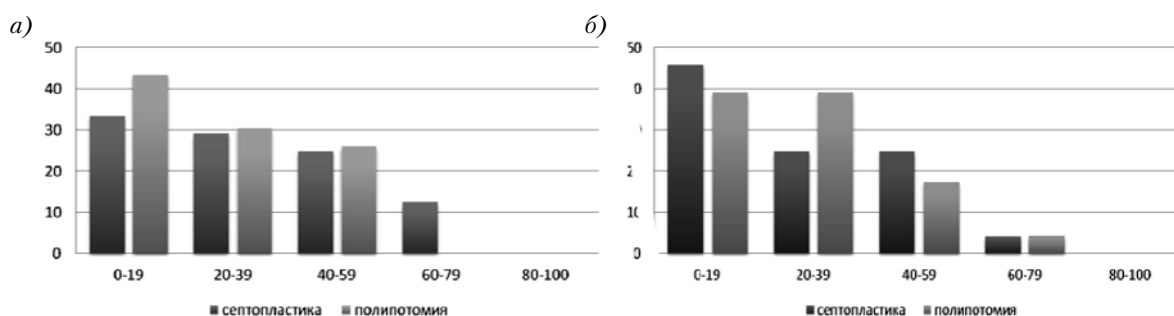


Диаграмма 3. Средние значения интенсивности боли у 1-й и 2-й групп: а – средние значения через 2–3 ч после операции; б – средние значения через сутки после операции. Ось ординат отражает процентное соотношение, ось абсцисс – распределение пациентов по уровню болевой интенсивности.

Уровень послеоперационной боли оценивался с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), цифровой рейтинговой шкалы (ЦРШ), вербальной шкалы-«молнии» (ШМ) (рис 1.). Каждая шкала имеет длину 100 мм, пациенты отмечали уровень боли вертикальной чертой в той области шкал, которая, по их мнению, соответствует интенсивности испытываемой боли. Шкалы демонстрировали пациентам раздельно через 2–3 ч после операции и в первые послеоперационные сутки.

Результаты оценки послеоперационной боли и ее сравнения в двух группах пациентов с помощью различных шкал оценки боли представлены на диаграммах 1–2. На диаграмме 3 показана динамика изменения среднего значения интенсивности болевого синдрома у пациентов обеих групп. Уровень болевого синдрома после септопластики в ранний послеоперационный (первые 2–3 ч после операции) период у 65% пациентов превысил отметку 25 мм, а у 65% больных после полипотомии носа он не поднялся выше 25–30 мм. В первые послеоперационные сутки в 1-й группе интенсивность болевого синдрома снизилась и превысила 25 мм лишь у 48% опрошенных. Во 2-й группе результаты, напротив, были отличны от тенденции 1-й группы: у 60% больных боль превысила 25 мм.



Выводы

У пациентов 1-й группы уровень боли был выше в первый час после операции и снижался в первые сутки после хирургического вмешательства. Во 2-й группе динамика болевого синдрома отличалась: боль нарастала к первым суткам после операции. Интенсивность болевого синдрома в ранний послеоперационный период у больных после септопластики отличается от такового у пациентов после полипотомии. По нашему мнению, одинаковый подход к анагетической постоперационной терапии у больных с искривлением перегородки носа и полипозным риносинуситом не возможен. Это можно объяснить разными патофизиологическими процессами при указанных нозологиях. Выраженность нарастающей боли после полипотомии носа – следствие длительных иммуногистохимических процессов, приводящих к нарушению местной и общей системы иммунокомпетентных клеток и клеток, ответственных за воспаление.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иммунологические особенности слизистой оболочки у пациентов с полипозным риносинуситом / А. В. Староха [и др.] // Рос. оториноларингология. 2008. – Прил. № 3. – С. 329–332.
2. Кичиков В. О. Устранение дефектов и деформаций перегородки носа как профилактика ряда заболеваний верхних дыхательных путей и уха: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 25 с.
3. Лопатин А. С. Современные теории патогенеза полипозного риносинусита // Пульмонология. – 2003. – № 5. – С. 110–116.
4. Популяционные особенности распространенности хронических заболеваний уха, горла и носа у сельского населения Республики Хакасия / В. А. Киштеева [и др.] // Бюл. сибир. медицины. – 2009. – № 4. – С. 126–130.
5. Deleuze A., Gentil M.E. Les infiltrations en ORL et dans la face // Le praticien en anesthésie teanimation. – 2004. – N 8. – P. 18–23.
6. Interleukin-1 as a Potent Hyperalgesic Agent Antagonized by a Tripeptide Analogue / S. H. Ferreira [et al.] // Nature. – 1988. – N 334. – P. 698.
7. Nasal polyposis: from pathogenesis to treatment, an update / M. Casale [et al.] // Inflamm. Allergy Drug Targets. – 2011. – N 10(3). – P. 158–163.
8. Nasal septal deformities in ear, nose, and throat patients: an international study // R. Mladina [et al.] // Am. J. Otolaryngol. – 2008. – N 29(2). – P. 75–82.
9. Zielenk-Jurkiewicz B., Olszewska-Sosińska O. The nasal septum deformities in children and adolescents from Warsaw, Poland // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2006. – Vol. 70. – P. 731–736.

Кастьро Игорь Владимирович – аспирант каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов. 117198, Москва, ул. Миклухо-Маклая, д. 8, корп. 111; тел.: +7-915-266-07-87, e-mail: ikastyro@gmail.com

УДК: 616.284-002.3:616.153.45

ОСОБЕННОСТИ ГЛИКЕМИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

А. А. Ковалев

SPECIALTIES OF GLYCEMIC STATE OF PATIENTS WITH CHRONIC PURULENT OTITIS MEDIA

A. A. Kovalev

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. болезней уха, горла и носа — засл. врач РФ, проф. А. Г. Волков)

В настоящее время в связи с увеличением в мире общей численности больных сахарным диабетом все больше в клинической практике оториноларинголога встречаются случаи атипичного течения хронических воспалительных процессов при стандартной их терапии. Целью настоящего исследования было выявить больных с гипергликемическими состояниями при обострении хронического гнойного среднего отита, проанализировать клиническое