

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РАДИОВОЛНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЛОР-ОРГАНАХ

Апостолиди К.Г.<sup>1</sup>, Гунчиков М.В.<sup>2</sup>, Лейзерман М.Г.<sup>2</sup>, Ена Е.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова;

<sup>2</sup> Московский научно-практический центр оториноларингологии ДЗ  
города Москвы

УДК: 616.21-08.004.12:621.396.1

### Резюме

Обсуждаются особенности послеоперационного ведения больных, перенесших радиоволновые операции в полости носа, глотки и гортани.

**Ключевые слова:** радиоволновая хирургия, послеоперационное ведение ран, доброкачественные новообразования.

### FEATURES OF POSTOPERATIVE TREATMENT AFTER RADIO-WAVE SURGERIES ON OTORHINOLARINGOLOGICAL ORGANS

Apostolidi K.G., Gunchikov M.V., Leyzerman M.G., Ena E.N.

The article introduces post-operative treatment peculiarities of patients who underwent radio-wave surgery on nasal, pharyngeal and laryngeal cavities.

**Keywords:** radio-wave surgery, post-operative wound observation, benign tumors.

Радиоволновая хирургия за последние 10 лет прочно вошла в практику врачей-оториноларингологов. Это касается как амбулаторной хирургии [2, 3, 8], так и стационарных операций [4, 5, 9]. Техника операций достаточно отработана, определены четкие показания и противопоказания к радиоволновым вмешательствам, однако, вопрос о ведении ран в послеоперационном периоде практически не освещен и в доступной литературе не обсуждался.

В краткой инструкции к использованию радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон» мы обнаружили лишь общие рекомендации, которые сводились к тому, что раны на коже необходимо обрабатывать мазями, содержащими антибиотики. В отношении же слизистой оболочки никаких рекомендаций не дано. В то же время известно, что локальные иммунные и репаративные процессы слизистой оболочки носа и глотки чрезвычайно важны для гомеостаза организма в целом и для заживления ран в частности [1, 6].

В связи с этим, нами в процессе работы с больными, перенесшими радиоволновые вмешательства в полости носа, глотки и гортани по поводу доброкачественных новообразований (наиболее часто – папилломы, фибромы, гемангиомы), были использованы такие препараты, которые по механизму действия должны были предупреждать возможное нагноение и улучшать процесс заживления ран.

Поскольку в процессе операции и по ее окончании кровотечения из тканей носа, глотки и гортани были крайне редки, нам не приходилось прибегать к длительной тампонаде или наложению швов на разрезы.

При радиоволновых операциях в полости носа, если имели место значительные размеры раны или локальная кровоточивость тканей, мы вводили небольшой ватный тампон с мазью Левомеколь (обычно на 2–3 часа) или устанавливали тампон «Мероцель» (до 24 часов). После удаления тампона вели послеоперационный период следующим образом: все больные были разделены на две группы. В первой группе (25 пациентов) рану обрабатывали мазью Левомеколь (2 раза в день). Во второй группе (23 больных) использовали также дважды в день местно мазь Бактробан (назальную форму).

ЛЕВОМЕКОЛЬ (Нижфарм) – препарат с противомикробным, противовоспалительным и улучшающим регенерацию тканей действием. 1 грамм мази содержит 7,5 мг хлорамфеникола и 40 мг метилурацила.

БАКТРОБАН (GlaxoSmith Kline) – 2% интраназальная мазь, действующее вещество – мупирицин (антибиотик широкого спектра действия).

Мази применяли 2 раза в сутки, после удаления тампона, обычно в течение 10 дней. Контроль осуществляли ежедневно в течение 3 дней, затем на 5-й и 10-й дни.

Оказалось, что при применении мази Левомеколь в первые 2 суток наблюдался локальный отек слизистой оболочки в месте вмешательства. Больные в этот период жаловались на чувство заложенности носа и скудное слизисто-геморрагическое отделяемое. В последующие дни отек прогрессивно уменьшался, и к 5–6 дню после удаления корочек контурировалась чистая рана без видимых признаков отека и воспаления. Начиная с 3–4 дня, нивелировалась заложенность носа и прекращались выделения.

Использование Бактробана было эффективно уже в первый день послеоперационного периода. Отек слизистой оболочки был мало выражен; из 23 больных только 6 человек отмечали заложенность носа, и у 8 – было скудное отделяемое из носа. Риноррея и заложенность носа уменьшались на второй день после операции, на 4–5 день отмечалась эпителизация раны.

Таким образом, лучший клинический результат был получен при использовании в послеоперационном периоде назальной формы мази Бактробан, которую широко применяем в своей практике.

При ведении больных, перенесших радиоволновые вмешательства в области глотки, мы исходили из того, что в полости рта и глотки имеется значительный природный бактерицидный и иммунный механизм защиты против инфекционного начала. Поэтому своей целью мы считали усилить эти механизмы и направить их на улучшение репаративных возможностей организма. Для этого мы использовали следующие комбинации препаратов: Мирамистин (полоскания глотки) и Имудон (для рассасывания) – одной группе больных и Стоматидин (полоскания глотки) и Лизобакт (для рассасывания) – второй группе больных.

**МИРАМИСТИН** («Инфамед») – препарат с выраженным местным антисептическим и противогрибковым действием. Применяется в виде 0,01% раствора для полосканий 3 раза в день.

**ИМУДОН** (Solvay Pharma) – представляет из себя лизат 15 видов бактерий, наиболее часто вызывающих воспалительные заболевания полости рта и глотки. Относится к генерации препаратов, повышающих местный и общий иммунный ответ, и, тем самым, усиливает действие местных и общих специфических и неспецифических защитных механизмов [7]. Используются таблетки для рассасывания 4–6 раз в день.

**СТОМАТИДИН** (Bosnalijek) – антисептик для полости рта и глотки. Действующее начало – гексетидин. Оказывает противовоспалительное, противогрибковое и вяжущее действие. Используется в качестве полоскания от 2 до 5 раз в день.

**ЛИЗОБАКТ** (Bosnalijek) – местный антисептик для полости рта и глотки, имеет свойство улучшать регенеративные способности слизистой оболочки. Одна таблетка содержит лизоцима гидрохлорид 20 мг, пиридоксина гидрохлорид 10 мг; применяется для рассасывания по 2 таблетки 3 раза в день.

В послеоперационном периоде у 26 больных, перенесших удаление доброкачественных новообразований в глотке, мы использовали сочетание лизобакта со стоматидином, а у 28 больных применяли сочетание мирамистина с имудоном.

Оценку эффективности определяли по жалобам пациентов (боль, ощущение «инородного тела в гортани», слюнотечение), наличию температурной реакции, а также объективной фарингоскопической картине (толщина налетов, перифокальные воспалительные явления).

В первой группе наблюдений (лизобакт со стоматидином) мы отметили умеренную воспалительную реакцию слизистой оболочки глотки. Больные предъявляли жалобы на боли в гортани в течение 2–3 дней. Температурная реакция до 37,5° С наблюдалась у 1 пациента. Налеты обычно отходили на 5–6 день, и заживление происходило без грубого рубцевания.

Во второй группе пациентов (использование имудона с мирамистином) болевой синдром был более выраженным и сохранялся до 4–5 дней. Температурный подъем наблюдался до 37,5° С у 3 больных. Кроме того, местная воспалительная реакция, а также толщина налетов фибрина были большими, чем у пациентов первой группы.

Таким образом, мы отметили, что лучшим вариантом лечения больных после радиоволновых вмешательств в полости глотки является сочетание лизобакта со стоматидином, которые мы в настоящее время и используем в повседневной практике.

В послеоперационном периоде у больных, перенесших радиоволновые вмешательства в гортани, для профилактики осложнений использовали интраоперационное введение антибиотика (ципрофлоксацин в дозе 200 мг внутривенно, однократно) – у первой группы пациентов (22 человека). Во второй группе больных (21 человек) антибиотики назначали уже в палате после операции на протяжении 3–5 дней (ципролет по 500 мг в таблетках 2 раза в день).

Кроме того, пациентам первой и второй групп ежедневно производили традиционное вливание 2 мл 1% раствора диоксида с эмульсией гидрокортизона (5 мг – 0,2 мл) гортанным шприцем.

Оценивая эффективность лечения, мы учитывали наличие болевого синдрома, температурную реакцию, выраженность налетов фибрина (при микроларингоскопии или фиброларингоскопии), динамику улучшения голоса. Оказалось, что выраженность этих симптомов была примерно равной у больных обеих групп. Однако, учитывая, что интраоперационное введение антибиотика проводится 1 раз в процессе операции, а прием антибиотика в послеоперационном периоде проводится в течение 3–5 дней, что может вызвать нарушения состава кишечной флоры и требует определенных затрат, мы рекомендуем однократное введение препарата в процессе операции. Это наиболее удобно, проще для пациента и не требует дополнительных материальных вложений.

Таким образом, анализируя ведение больных после радиоволновых операций в полости носа, глотки и гортани, мы можем рекомендовать следующее: для улучшения заживления ран слизистой оболочки носа использовать бактробан дважды в день до исчезновения отека тканей и очищения слизистой оболочки. Раны глотки требуют применения стоматидина и лизобакта обычно в течение 5–6 дней. При операциях на гортани под общей анестезией показано интраоперационное введение антибиотиков, что помогает предупредить осложнения после внутригортанного вмешательства.

#### Литература

1. Балмасова И.П., Жестков А.В., Лебедин Ю.С. Ринология – взгляд с позиции иммунолога // Рос. Ринология, 2000. – № 1. – С. 33–36.
2. Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г., Апостолиди К.Г., Ошноков А.А. Об использовании радиоволновой техники в оториноларингологии // Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И.Пирогова. – 2008. – Т. 3, № 2. – С. 93–94.
3. Клешнин Д.А. Возможности современной ринохирургии в амбулаторно-поликлинической практике. – Автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2003. – 26 с.
4. Лейзерман М.Г. Применение лазерной и радиохирургической технологий у больных хроническим фарингитом в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. – 1998. – № 4. – С. 27–28.
5. Старосветский А.Б. Оптимизация хирургического лечения и послеоперационного ведения больных хроническим тонзиллитом. – Автореф. дисс. канд. мед. наук. – М., 2005. – 26 с.
6. Asatsuma H., Thompson A.H., Iwasaki T. Isolation and characterisation of mouse nasal-associated lymphoid tissue // J. Immunol. Methods. – 1997. – Vol. 202. – P. 123–131.
7. Kurono Y., Shimamura K., Shigemi H. Inhibition of bacterial adherence by nasopharyngeal secretions // Ann. Otol.-Rhino-Laryngol. – 1991. – Vol. 100. – P. 455–458.
8. Stampar M.G. Ellman electrosurgical device an otoplasty // J. Bardissi med. -1994. – № 15. – P. 2–5.
9. Vogt K. Radiofrequency surgery in otorhinolaryngology // Germany, 92 p.

---

#### Контактная информация

Апостолиди К.Г.

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова  
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, д. 70, +7 (916) 186-34-69  
e-mail: nmhc@mail.ru