

Алибеков И.М.<sup>1,2</sup>, Чумак К.С.<sup>1,2</sup>

УДК 616.211:616.216

DOI 10.25694/URMJ.2019.10.28

## Полипозный риносинусит – современные методы лечения

1 — БУ ВО ХМАО-ЮГРЫ «Сургутский государственный университет», г.Сургут, 2 — БУ ХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника №3», г. Сургут

Alibekov I.M., Chumak K.S.

### Polypous rhinosinusitis — modern methods of treatment

#### Резюме

Проведен анализ работы с применением современных технологий - шейвера и видеоэндоскопа в амбулаторных условиях за 2016-2018 г. Прооперировано 147 пациентов (из них 79 пациентов женского пола и 68 – мужского) в возрасте от 18 до 55 лет страдающим хроническим полипозным риносинуситом. Подобраны методы анестезии в амбулаторных условиях. Сделаны выводы о огромной значимости внедрения и применения современных малоинвазивных, высокотехнологичных методов лечения.

**Ключевые слова:** хронический полипозный риносинусит, шейвер, видеоэндоскоп, местная анестезия

#### Summary

The analysis of the work using modern technology - the shaver and the video endoscope in an outpatient setting for 2016-2018 G. Operated on 147 patients (79 women and 68 men) aged 18 to 55 years suffering from chronic polypous rhinosinusitis. Selected methods of anesthesia on an outpatient basis. Conclusions are drawn about the great importance of the introduction and application of modern minimally invasive, high-tech methods of treatment

**Key words:** chronic polypous rhinosinusitis, shaver, video endoscope, local anesthesia

#### Введение

Амбулаторная хирургия, это современное направление в хирургии со своей спецификой, идеологией и перспективой. Стремительное развитие хирургической науки, использование современных технических достижений послужило дальнейшему ее развитию [1].

Суровые климатические условия Севера, частота заболеваемости верхних дыхательных путей в этом регионе и загруженность ЛОР-стационара для плановой хирургической помощи потребовали найти альтернативные варианты хирургического лечения в амбулаторных условиях [2,3]. Повышение уровня амбулаторной хирургической помощи требует от хирурга высокой эрудиции как в отношении собственной специальности, так и в отношении ряда смежных дисциплин [2]. Важным преимуществом амбулаторной хирургии является психологический комфорт и удобство для пациентов. Проведение операций в дневном стационаре позволяет вернуться домой в знакомую обстановку в тот же день [3].

В структуре общего заболевания в г. Сургут и Ханты-Мансийском автономном округе, заболевания оториноларингологического профиля составляют около 13.9% на 1000 населения. В структуре заболеваемости оториноларингологического профиля патология носа и околоносовых пазух составляет 72.6%. [1]

Хронический полипозный риносинусит в условиях Севера с учётом неблагоприятных климатических факторов является очень распространённым заболеванием в практике врача оториноларинголога. [4]

Нами была разработана предоперационная подготовка и последующее оперативное лечение пациентов с использованием современных технологий на плановое оперативное лечение. [3]

**Цель исследования.** Внедрение в практику современных малоинвазивных безопасных методов лечения пациентов при заболевании носа и околоносовых пазух в амбулаторных условиях.

#### Материалы и методы

Работа проводилась на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3» г. Сургута

За период с 2016 по 2018 гг., было прооперировано 147 пациентов (из них 79 пациентов женского пола и 68 – мужского) в возрасте от 18 до 55 лет страдающим хроническим полипозным риносинуситом, с применением современных технологий - шейвера и видеоэндоскопа. [3]

Использование эндоскопической техники открывает превосходную возможность для оториноларингологов

## Показатели работы за 2010-2014г.г.

	2016 г	2017 г	2018 г	Всего пролечено
мужчины	26	20	22	68
женщины	34	19	26	79

не только диагностировать патологические процессы в самых глубоких отделах полости носа, но и осуществлять точное воздействие на разные отделы носа, выбирая соответствующий способ в зависимости от характера патологии.

Отбор больных на ринологическую операцию проводился по строго отработанной схеме – перечню показаний и противопоказаний (относительных и абсолютных), предоперационному обследованию и подготовке (медикаментозным и клиническим исследованиям).

Перед оперативным вмешательством (за 30-40 минут) внутримышечно выполнялась стандартная премедикация. Для местной анестезии использовался раствор ультракаина, соответственно после аппликационной анестезии.

При увеличении объема оперативного вмешательства выполнялась региональная анестезия, управляемая гипотония или седация на операционном столе. Анестезия достигается за счет применения сочетания местной аппликационной, инфильтрационной, проводниковой анестезии и седации.

Диагноз пациентам был поставлен с помощью комплексного обследования: риноскопия, эндоскопическое исследование, консультация аллерголога-иммунолога, пульмонолога, общий анализ крови, компьютерная томография придаточных пазух носа. Практически у каждого пациента в общем анализе крови наблюдалась эозинофилия. [5,6]

Чтобы добиться в амбулаторных условиях стойких положительных результатов, решение хирурга-оториноларинголога о проведении операции должно быть основано на объективной оценке общего статуса больного: возраст, общее физическое и психическое развитие, социальное и семейное положение, отношение больного к операции в амбулаторных условиях.

Длительность операции составляла в среднем около 20-30 минут. Учитывая точное качественное воздействие на операционное поле под контролем эндоскопа и минимальную травматизацию, кровотечений практически не было, работали в «сухом поле». Удаленный материал отправлялся на патогистологическое исследование.

Все пролеченные пациенты, как правило, не отмечали болевых ощущений во время операции, в связи с чем отсутствовала негативная реакция на боль, операции проходили в спокойной обстановке. Кровотечения незначительные, в редких случаях умеренные и связаны, как правило, с повышением артериального давления, хорошо останавливались консервативными средствами.

После операции пациент находится под наблюдением ДС в течение 2-4 часов, ему меняют повязки, вводят анальгетики, выдают рекомендации, контактные

телефоны врача и доставляют домой больничным транспортом. В течение всего послеоперационного периода поддерживается телефонная связь больного с лечащим врачом. [2].

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Отработаны этапы послеоперационного ведения, сопровождения и патронажа пациентов на дому с учетом климатических особенностей региона.

На следующий день после операции пациент самостоятельно является в ДС для осмотра врачом, туалета раны с предварительной местной анестезией. Последующие посещения ДС пациентом зависят от характера и сложности выполненных операций, особенностей заживления послеоперационной раны и других известных факторов. В среднем, пациенты находятся под наблюдением 5-7 дней.

Необходимо отметить, что правильный отбор пациентов на операцию, доверительная беседа с больным о предстоящей операции, послеоперационном течении и лечении, использование высокоэффективных малотравматичных органосохраняющих операций способствует стабильной работе амбулаторно оперирующего врачоториноларинголога.

## Результаты и обсуждение

На 3-5 день после операции наступало клиническое улучшение, оно заключалось в отсутствии жалоб на заложенность носа, улучшении носового дыхания. Об эффективности лечения судили по результатам клинического обследования и послеоперационной реабилитации (6-7 дней).

У пациентов наблюдались такие результаты патогистологического исследования, как фиброзно-отечный полип, железисто-фиброзный отечный полип с присутствием выраженной смешанно-клеточной воспалительной инфильтрацией.

По итогам последующего динамического наблюдения у всех прооперированных пациентов наблюдался положительный результат. Побочные эффекты отсутствовали.

## Выводы

Таким образом, применение современных малоинвазивных, высокотехнологичных методов лечения обеспечивает:

- доступность высококачественной специализированной медицинской помощи
- в амбулаторных условиях, учитывая климатические условия данного региона (сроки ожидания 7-14 дней);
- внедрены современные стационар замещающие методы хирургического лечения оториноларингологических пациентов. ■

*Алибеков Иманкарим Магомедович* – заслуженный врач РФ, оториноларинголог высшей категории, канд. мед. наук, доцент, зав. курсом оториноларингологии СурГУ, зав. дневным стационаром БУХМАО-ЮГРЫ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3». *Чумак Кирилл Сергеевич* – врач оториноларинголог дневного стационара БУ «Сургутская городская клиническая поликлиника № 3», преподаватель кафедры хирургических болезней СурГУ. Автор, ответственный за переписку — Алибеков Иманкарим Магомедович, 628400, ХМАО-Югра, Тюменская область., Сургут, ул. Энергетиков, д. 14. тел/факс: 8(3462)24-06-08, тел 24-00-05. э/почта: alibekovi@bk.ru

## Литература:

1. Алибеков И.М., Абдулкеримов Х.Т., Чернядьева А.А., Чесноков А.А., Гуз Д.Г. Опыт применения малоинвазивных методов хирургического лечения полипозного риносинусита в условиях Северного региона. Рос. оторинолар.- 2013.-№2 (63).- С 3-5.
2. Алибеков И.М. Артюшкин С.А. Абдулкеримов Х.Т. Чесноков А.А. Оперативная оториноларингология и анестезия в амбулаторных условиях( опыт работы). Рос. оторинолар. - 2015.-№4 (77).-С 11-15.
3. Чесноков А.А, Алибеков И.М, и др. Эндоскопическая риносинусохирургия при хронических полипозных риносинуситах с применением Со-2 лазера в амбулаторных условиях. Материалы XIII съезда оториноларингологов России. СПб.: 2011. Том-3. С.304-306.
4. Алибеков И.М. Гацко Ю.С. Чумак К.С. Фатахова М.Т. Оториноларингология. Учебно-методическое пособие.: 2017 –С.55 -57.
5. Будковская М. А. Комплексный подход при лечении впервые выявленных и рецидивирующих полипозных риносинуситов // Российская оториноларингология. № 1 (74). 2015. С.140—146
6. Лопатин А. С. хронический риносинусит: патогенез, диагностика, принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Практик. мед. 2014; с. 3-61.