

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

¹*Каф. оториноларингологии Одесского нац. мед. ун-та;*

²*Каф. оториноларингологии с офтальмологией*

ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия»

Основным и определяющим звеном в комплексном лечении хронических риносинуситов является адекватное хирургическое вмешательство на околоносовых синусах, внутриносовых структурах и элементах остиомеатального комплекса, а функциональная эндоназальная эндоскопическая хирургия считается оптимальной хирургической методикой [2, 4, 5, 8]. Однако довольно часто в раннем послеоперационном периоде у больных затрудняется отток патологического содержимого из зоны вмешательства, возникает его застой в полости носа и пазухах с последующим вторичным инфицированием. Наступают реактивные изменения: нарушение реологических свойств носового секрета, блокада мукоцилиарного транспорта, нейротрофические и микроциркуляторные расстройства. На фоне хронического воспаления слизистой оболочки эти изменения вызывают ее патологическую регенерацию с тенденцией к дальнейшему полипозной трансформации [6, 7].

Исходя из этого, основным требованием к ведению раннего послеоперационного периода является достижение скорейшей ликвидации вышеупомянутых реактивных явлений и направление процесса регенерации слизистой оболочки в физиологическое русло. Поскольку системная фармакотерапия в этом случае, на наш взгляд, должна быть минимизирована, использование эффективных средств с выраженным топическим действием должно занять ведущее место в послеоперационной тактике лечения больных хроническим риносинуситом.

Многогранное влияние физических факторов и лекарственных средств растительного происхождения на воспалительный процесс является общепризнанным [1, 3]. Однако, учитывая сложный патогенез риносинуситов, спектр физиотерапевтических методов, пригодных для их лечения, сужается. Наиболее физиологичным и безопасным средством воздействия на патологический процесс в данном случае является ингаляционная терапия.

Преимущества ее в том, что аэрозоли оказывают непосредственное влияние на функцию ресничек мерцательного эпителия, бокаловидных клеток, восстанавливают водно-электролитный баланс и реологические свойства носового секрета, облегчают его эвакуацию из околоносовых пазух, [9, 10]. В последнее время арсенал фармакотерапевтических средств, предназначенных для лечения ринологической патологии, обогатился назальными аэрозолями с высокоэффективными и безопасными лекарственными формами активных действующих веществ. Неоспоримые преимущества аэрозольной терапии, упомянутые выше, в полной мере касаются и носовых спреев, в то же время удобным и выгодным для пациентов является «портативность» этих лекарств и отсутствие зависимости от физиотерапевтических отделений или кабинетов, что дает возможность самостоятельного лечения без активного участия медицинского персонала, создает благоприятные предпосылки для использования «хирургии одного дня», уменьшает сроки пребывания больных в стационаре.

На наш взгляд, заслуживает внимания естественный растительный стимулятор носовой секреции, изготовленный на основе экстракта цикламена европейского. Его фармакологический эффект выражается в рефлекторном усилении собственной секреции желез слизистой оболочки, что способствует ее естественному самоочищению. В результате активизируется транспортная функция мерцательного эпителия, восстанавливается физиологическая аэрация околоносовых пазух [3, 11, 12]. Изучение эффективности использования этого лекарственного средства в раннем послеоперационном периоде изучено недостаточно, но оно целесообразно, поскольку в процессе оперативного вмешательства блок соустьев пазух устраняется, что делает возможной физиологическую эвакуацию секрета из полости носа и пазух [7, 13].

В отчетах EPOS-2012 рекомендуется использовать субстанции растительного происхождения в качестве поддерживающей терапии. Среди растительных продуктов особого внимания заслуживают препараты, содержащие лиофилизированный порошок, полученный из свежих клубней цикламена альпийского (*Syclamen europaeum*; цикламен европейский, ЦЕ). В качестве активной субстанции выступают сапонины, которые, взаимодействуя со слизистой оболочкой, содействуют удалению секрета. Стимулируя окончания тройничного нерва, они увеличивают продукцию серомукозного секрета, что облегчает движение ресничек и способствует более эффективной эвакуации содержимого из пазух. Сапонинсодержащие продукты, используемые в качестве однокомпонентной или комбинированной терапии, содействуют удалению секрета из носовых полостей и придаточных пазух, уменьшению отека слизистой оболочки, что повышает удовлетворенность пациента проводимым лечением. Цикламен (*Syclamen*) – это род растений семейства Первоцветных. Он включает около 20 видов из Средиземноморского бассейна и Юго-Западной Азии. Экстракт из клубней Цикламена европейского используется в течение нескольких веков в качестве лекарственного средства. Он применяется в виде интраназального раствора для симптоматического лечения риносинусита. Сапонины

элиминируются вместе со слизью, а не абсорбируются.

На сегодняшний день препарат «Синуфорте» производится в Испании. Для производства используется качественное, экологически чистое растительное сырье (*Syclamen Europaeum*), и самые современные технологии. С 2002 г. экстракт цикламена под торговой маркой «Sinuforte®» доступен к применению в Украине. С тех пор проведено большое количество различных исследований, которые доказали клиническую эффективность и безопасность «Sinuforte» в лечении острого и хронического риносинусита, экссудативного отита и послеоперационной реабилитации. В настоящее время на украинском рынке препарат представляет фирма «Эгис» (Венгрия).

Цель исследования

Повышение эффективности комплексного лечения больных хроническим риносинуситом путем оценки препарата «Синуфорте» в качестве методики ранней послеоперационной реабилитации.

Материалы и методы исследования

Дизайн исследования: сравнительное, проводимое в параллельных группах исследование клиничко-лабораторной эффективности и переносимости препарата «Синуфорте» в комплексной терапии ХРС.

В исследование включены пациенты с хроническим риносинуситом (ХРС), которым в период с января по сентябрь 2018 г. была выполнена эндоскопическая функциональная синусохирургия, а также операции на носовой перегородке и внутриносовых структурах.

Критерии включения пациентов в исследование:

- возраст от 18 лет;
- хронический риносинусит (с полипозом и без полипоза) средней/тяжелой степени тяжести;
- согласие пациента участвовать в исследовании и выполнять его требования.

Критерии исключения:

- возраст до 18 лет;
- наличие в анамнезе хирургических вмешательств на ЛОР-органах в течение последнего года;
- наличие сопутствующих хронических заболеваний в стадии обострения;

- беременность.

Эффективность проводимой терапии исследуемыми препаратами по группам оценивалась по уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания, а также по динамике данных назоцитогаммы и ринотермометрии.

Переносимость препарата оценивалась на основании субъективных ощущений, сообщаемых пациентом, а также объективных данных, полученных исследователем в процессе лечения. Учитывалась динамика лабораторных показателей, а также частота возникновения и характер побочных реакций.

Для обследования пациентов были использованы следующие клинические и лабораторные методы: исследование динамики субъективной симптоматики, риноскопической картины и основных функций слизистой оболочки полости носа в раннем послеоперационном периоде в условиях использования различных методик:

- объективное обследование – передняя риноскопия (степень покраснения, отек слизистой оболочки, корки, наличие и характер выделений);

- субъективные жалобы пациента (состояние носового дыхания, боль в носу и пазухах, состояние обоняния, характер выделений из полости носа);

- назоцитогамма – цитологическое исследование носового секрета;

- термометрия слизистой оболочки нижней носовой раковины.

Все **данные клинического обследования** вносились в индивидуальную регистрационную форму больного.

При объективном осмотре слизистой оболочки полости носа учитывалась степень выраженности следующих признаков:

- наличие корок на слизистой оболочке полости носа и околоносовых пазух;

- наличие и выраженность отека слизистой оболочки полости носа;

- выделения из полости носа.

При опросе больного учитывалась степень выраженности следующих признаков:

- состояние носового дыхания;

- боль в области носа и околоносовых пазух;

- харканье (стекание густой слизи в носовую часть глотки);

- кровянистое содержимое в носовой слизи.

Показатели, выражаемые в баллах, регистрировались по следующей шкале:

0 – отсутствие признака;

1 – умеренная степень выраженности;

2 – средняя степень выраженности;

3 – сильная степень выраженности.

Оценка клинических проявлений у обследованных основной и контрольной групп проводилась на 3; 5 и 10-е сутки лечения. Назоцитогамма выполнялась в начале и конце лечения.

Назоцитогамма (риноцитогамма)

Назоцитогамма – исследование мазка из полости носа под микроскопом, которое проводится для диагностики аллергии, выявления бактериальной или грибковой инфекции, наличия воспалительных изменений.

В мазке оценивают качественный и количественный состав клеток нейтрофилов, эозинофилов, лимфоцитов, моноцитов, наличие тучных и плазматических клеток, количество эпителия, его характеристика (пролиферация, дистрофия, метаплазия).

У пациентов с хроническим воспалительным процессом:

1) воспалительный характер назоцитогаммы;

2) значительное количество разрушенных лейкоцитов;

3) эозинофилы – 1-2 в поле зрения;

4) большое количество разрушенных (голаядерных) клеток, кокки, диплококки, тяжи слизи.

Местная термометрия слизистой оболочки полости носа

Изучение особенностей течения послеоперационного периода после использованных нами методик лечения проводилось на основании результатов такого неинвазивного и информативного метода, как контактная термометрия слизистой оболочки полости носа. Исследование проводилось больным в одно и то же время суток (ориентировочно, в 11:00 утра), через 2-2,5 часа после завтрака, в помещении с постоянным температурным режимом и влажностью. Определялась температура слизистой обо-

лочки полости носа в области переднего конца нижней носовой раковины.

Характеристика обследованных больных

Материалы были получены в результате комплексного обследования и лечения 110 больных хроническим гнойным и полипозным гайморэтомидитом в возрасте от 21 до 60 лет. Женщин среди обследованных было 64, мужчин – 46. Возрастная и половая структура обследованных пациентов представлена в табл. 1.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, хронические воспалительные процессы полости носа и околоносовых пазух преимущественно поражают людей в возрасте от 31 до 50 лет, больных этой возрастной группы среди обследованных и пролеченных нами оказалось 70 процентов. Наряду с этим, очевидна тенденция к большему распространению хронического риносинусита среди женщин: их в исследуемом контингенте было 64, или 58,2%, мужчин – 46 (41,8%), то есть на 16,2 процента больше.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от возраста и пола (абс./%)

Возраст Пол	21-30 лет		31-40 лет		41-50 лет		51-60 лет		Всего	
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Количество больных	10/ 9,1	13/ 11,8	21/ 19,2	29/ 26,3	11/ 10,0	16/ 14,5	4/ 3,6	6/ 5,5	46/ 41,8	64/ 58,2
Всего	23/20,9		50/45,5		27/24,5		10/9,1		110	

Клинический диагноз у всех пациентов определялся на основании тщательного сбора жалоб и анамнеза, результатов специального отоларингологического обследования, эндоскопического, компьютерно-томографического методов исследования полости носа, синусов и элементов остиомеатального комплекса, дополнялся клинико-лабораторными и биохимическими исследованиями.

Комплексное лечение обследуемых пациентов на первом этапе всегда включало в себя хирургическое вмешательство. Объем его определялся по результатам предварительного комплексного обследования, зависел от распространенности патологического процесса, наличия сопутствующей патологии. Больным проводились традиционные синусотомии и эндоскопические хирургические вмешательства. При наличии сочетанной патологии полости носа (искривление перегородки, гипертрофия носовых раковин, полипы, синехии и т.д.) и параназальных синусов выполнялись симультанные вмешательства. В таких случаях объем коррекции внутриносовые структур определялся пред- и интраоперационной

эндоскопией полости носа и, в частности, элементов остиомеатального комплекса, объем операций на пазухах носа зависел от патологических изменений, выявленных в этих структурах методом компьютерной томографии.

Характеристика хирургических вмешательств, проведенных в исследуемых группах больных соответственно с диагностированной у них патологией, представлена в табл. 2.

Из 110 проведенных синусотомий в 61 случае операции предшествовали вмешательства на перегородке носа и носовых раковинах, соответственно, 55,4 % проведенных операций были симультанными. Целью симультанных операций было создание условий для нормализации основных функций слизистой оболочки полости носа и обеспечение оптимального эндоскопического доступа к элементам остиомеатального комплекса.

Все пациенты (110), которые перенесли различные ринологические операции, были подразделены на 2 группы. В 1-ю группу (52 пациента), вошли 22 мужчин и 30 женщин. Во 2-ю группу (58 пациентов)

были включены 24 мужчины и 34 женщины. Пациенты обеих групп получали базовую послеоперационную терапию, включающую системные антибиотики в первые 5 суток после операции. Кроме того, пациенты 1-й (основной) группы закапывали препарат «Синуфорте» 1 раз в сутки в обе по-

ловины носа. Начинали вводить «Синуфорте» со 2-х суток после операции или на следующий день после удаления тампонов. Пациенты 2-й (контрольной) группы промывали нос солевым раствором 4-5 раз в сутки и закапывали масло «Пиносол» в полость носа.

Таблица 2

Способы и объемы хирургических вмешательств

Вид хирургического вмешательства		Количество больных (абс/%)	
Классическая синусотомия		20/18,1	
Эндоскопическая синусотомия		90/81,9	
Симультанные вмешательства	реконструктивные операции на перегородке носа	61/55,4	42/38,1
	операции на носовых раковинах		19/17,3

После хирургического вмешательства, согласно рекомендаций, интраназальное введение «Синуфорте» начинают на 2-е сутки с целью дренажа дыхательных путей и уменьшения отека слизистой оболочки. При применении «Синуфорте» нет необходимости в проведении традиционных послеоперационных реабилитационных мероприятий, таких как анемизация, промывание пазух и туалет носовой полости.

Состояние больных оценивалось ежедневно на протяжении 10 суток после операции. Проводилась оценка субъективного

состояния пациентов (жалобы), оценка клинической эндоскопической картины, ольфактометрия, проводились риноцитогаммы на 2-е и 10-е сутки.

Статистические методы исследования

Статистическая обработка количественных данных проводилась с помощью статистических формул программы Microsoft® Excel 2002 и Statistica 6.

Распределение пациентов по полу и возрасту было равномерным, оно отражено в табл. 3.

Таблица 3

Распределение больных по полу и возрасту в исследуемых группах

Группы	Пол (абс. / %)		Возраст (абс. / %)		Всего n/%
	муж	жен	>40 лет	<40 лет	
Основная (n=52)	22/42	30/58	36/69	16/31	52/47
Контрольная (n=58)	24/41	34/59	37/64	11/19	58/53

Перед началом и после окончания исследования всех больных просили заполнить дневник, в котором они отмечали жалобы в соответствии со шкалой баллов. Всех пациентов осматривал отоларинголог, который также заполнял дневник, в соот-

ветствии с тяжестью клинических проявлений, оцениваемой в баллах.

Результаты исследования

С момента начала лечения и до 10 суток пациенты обеих групп отмечали улуч-

шение самочувствия, регрессию субъективных симптомов, что подтверждалось данными объективного исследования. В табл. 4 и на рис. 1, 2 представлены данные динамики жалоб и симптомов пациентов, оцененных субъективно (самими пациентами) и объективно (отоларингологом) до и после начала комплексного лечения.

Как видно из данных, представленных в табл. 4 и на рис. 1 и 2, при проведении лечения пациенты отмечали тенденцию к снижению выраженности как субъективных, так и объективных симптомов в течение всего срока наблюдения. Снижение интенсивности проявлений зафиксировали 6 (11,1 %) пациентов, ухудшение состояния отмечал 1 больной (1,9 %), остальные 87 % (47 больных) не отмечали существенной динамики в симптомах заболевания в первые 3-е суток лечения.

Интенсивность головной боли у всех обследованных, как правило, была умеренной, а ее локализация в подавляющем количестве наблюдений – надбровный участок и

переносица. На 2-е сутки после операции головная боль и/или ощущение тяжести были зарегистрированы у 45 больных основной клинической группы, что составляло 86,5 % от общего количества больных, включенных в группу. Под влиянием назначенного лечения на 3-и сутки после его начала этот симптом наблюдался у 26 (50,0 %) больных. На 10-е сутки, к окончанию контролируемого срока лечения, было отмечено, что головная боль имела место у 3 (5,8 %) пациентов основной клинической группы.

Результаты лечения больных контрольной клинической группы в ракурсе оценки элиминации такого симптома, как головная боль, оказались несколько иными. В первые сутки послеоперационного периода этот симптом регистрировался у 50 (86,2 %) больных. К 3-м суткам лечения наличие головной боли отмечали 37 (63,8 %) пациентов, на 10-е сутки лечения болевой синдром оставался у 9 (15,5 %) человек.

Таблица 4

Динамика клинических симптомов АР у пациентов основной и контрольной групп

Группа пациентов	Сроки оценки жалоб			
	до лечения (1-й визит)	в процессе лечения		
		3-и сутки	5-е сутки	10-е сутки
Основная группа (n=52)	13,9±0,7	12,6±1,1	9,0±0,4	5,1±0,4
Контрольная (n=58)	13,8±1,0	12,7±0,6	10,3±0,3	6,1±0,5

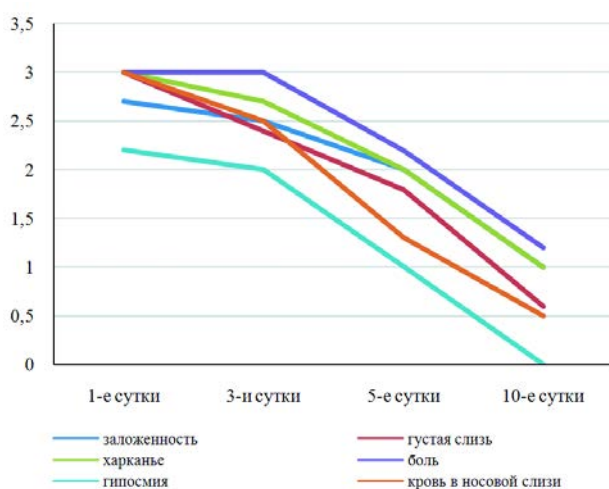


Рис. 1. Динамика симптомов в основной группе (прием «Синуфорте»)

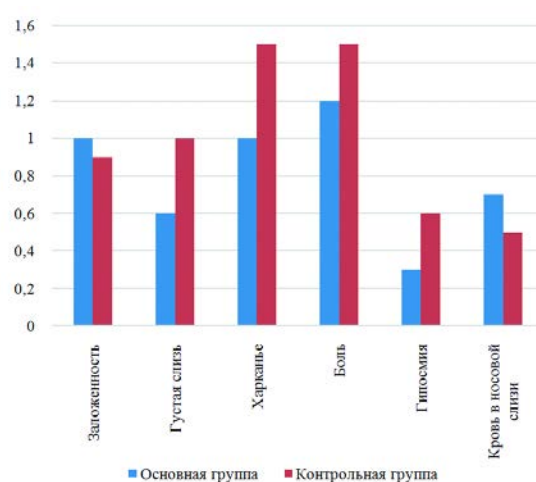


Рис. 2. Симптомы в основной и контрольной группе (прием «Синуфорте»)

Затруднение носового дыхания оказалось более распространенным признаком, чем головная боль, и колебалось в узких пределах – от $92,5 \pm 4,5\%$ больных 2-й группы до $96,6 \pm 5,4\%$ – в 1-й группе. Процесс регрессии этого клинического симптома происходил быстрее, и уже на 3-и сутки лечения он регистрировался у $16,6 \pm 6,7\%$ пациентов 1-й группы и $10,0 \pm 5,7\%$ – 2-й. На 7-е сутки терапии только 1 пациент в каждой группе отмечал незначительную заложенность носа.

До начала лечения у подавляющего большинства больных имели место густые, иногда в виде корок с геморрагическими примесями, выделения из полости носа. В процессе лечения их характер менялся, выделения постепенно разжижались, облегчалась их эвакуация из полости носа. Такого рода выделения отмечали 86,6 % больных 1-й группы и 87,5 % – 2-й группы. Следует отметить, что уже на 5-е сутки лечения количество выделений и их вязкость существенно уменьшилась у пациентов как 1-й, так и 2-й групп и составила, соответственно, 33,3 % и 25,0 % . В конце 10-х суток лечения у больных основной группы выделения из полости носа практически исчезли, оставаясь только у 1 пациента (1, 9%), а в контрольной группе этот симптом регистрировался в 13,7% случаев. Итак, к 10-м суткам лечения больные всех групп отметили существенное уменьшение количества выделений из полости носа, причем разница между результатами лечения была статистически достоверной. Большинство симптомов АР значительно уменьшилось или практически исчезло (нарушение обоняния), что говорит об эффективности назначенной терапии. Особенно эффективным этот процесс был в основной группе, где применялся препарат «Синуфорте».

Изучение количества корок на слизистой оболочке полости носа (рис. 3) подтверждает результат изучения жалоб пациентов – при приеме «Синуфорте» быстро и эффективно отторгаются корки со слизистой оболочки полости носа, сопровождающие послеоперационное воспаление. Это подтверждается анализом назоцитогрaмм (рис. 4), где наряду со снижением количества лейкоцитов, что соответствует

бактериальному воспалению, уменьшается количество слущенных эпителиальных клеток.

В ходе проведения исследования выяснилось, что местная температурная реакция слизистой оболочки полости носа на проводимое лечение у больных основной и контрольной групп достоверно не отличалась.

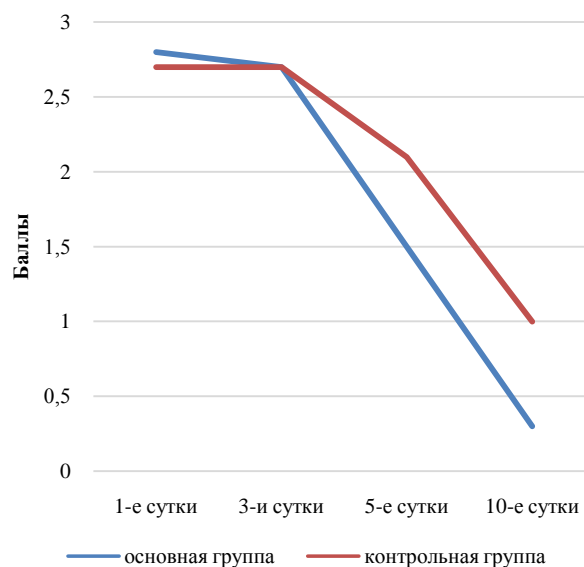


Рис. 3. Корки на слизистой оболочке полости носа (в баллах)

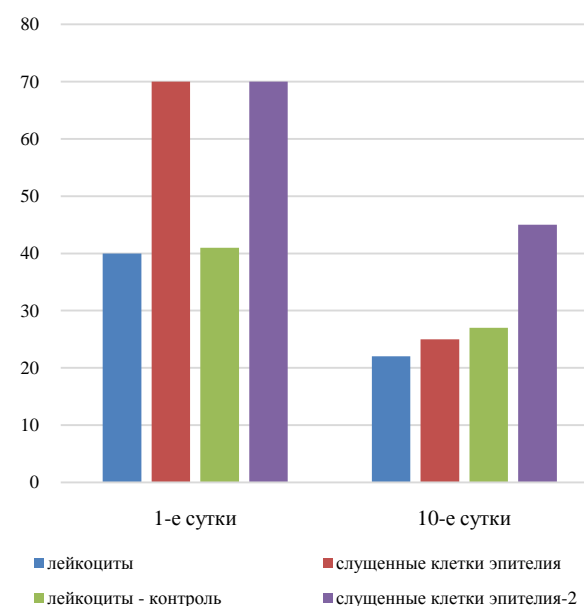
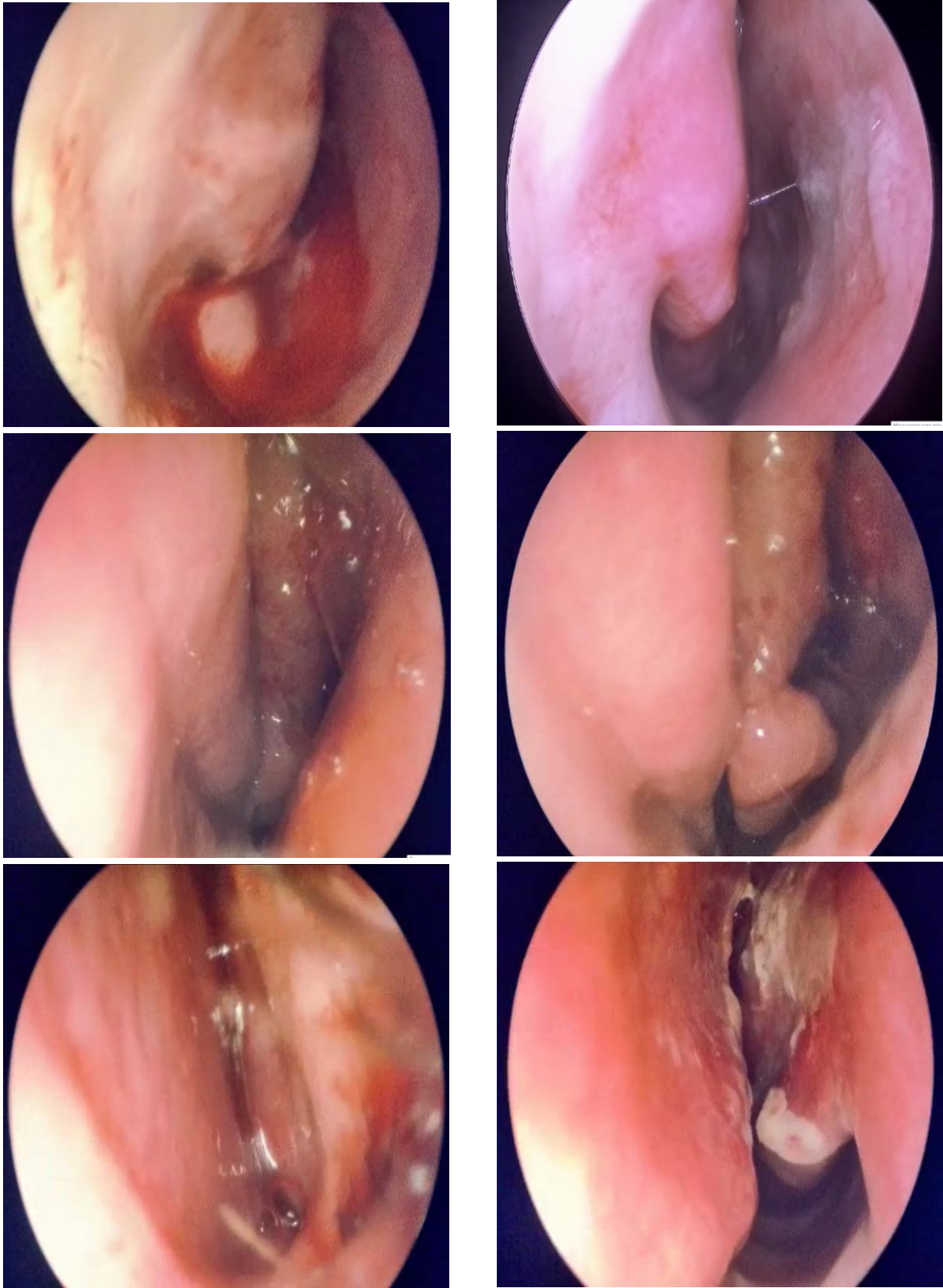


Рис. 4. Динамика показателей назоцитогрaммы у больных обеих групп



1-е сутки

10-е сутки

Рис. 5. Сравнение данных назоэндоскопии на 1-е и 10-е сутки исследования.

Таблица 5

Изменение температуры слизистой оболочки носа в процессе лечения (°С)

Группы	Средняя температура слизистой оболочки полости носа после операции		
	1-е сутки	3-и сутки	7-е сутки
Основная	31,4	30,7	30,2
Контрольная	31,3	30,6	29,6

Переносимость

Как отмечалось выше, пациентам контрольной группы в раннем послеоперационном периоде назначался назальный спрей, действующим веществом которого является 0,65% солевой раствор. Некоторые больные этой группы под влиянием применения данного препарата отметили сухость и ощущение жжения в полости носа, которые наблюдались, как правило, ближе к завершению контролируемого срока лечения и были зафиксированы на 7-е сутки послеоперационного периода у 3 пациентов, что составило 5,2% от общего числа больных в группе. У 2 пациентов контрольной группы (3,4%), которым назначался препарат «Пиносол», на 3-и сутки лечения появились покраснение и зуд в области преддверия носа. Это явление было расценено нами как местная аллергическая реакция на один из компонентов препарата, и он был отменен.

Пациентам основной группы назначали растительный секретомоторик, изготовленный на основе лиофилизированного экстракта цикламена европейского. 5 (9,6%) больных этой группы на 2-е сутки после операции жаловались на жжение в полости носа, усиленное слезотечение, тупую боль и/или ощущение тяжести в надбровной области, которые возникли после инстилляций в носовые ходы экстракта цикламена. На 3-и сутки послеоперационного периода таких пациентов осталось 3 (5,7%), на 7-е – 2 (3,8%). К 10-м суткам подобных жалоб уже не было.

Таким образом, индивидуальная переносимость больными назначенных им реабилитационных мероприятий была хорошей. Зафиксированные негативные побочные эффекты препаратов не имели распространенного характера, были кратковременными, а их регрессия происходила без

специального вмешательства медицинского персонала.

Обсуждение

Использование носового спрея лиофилизированного экстракта цикламена («Синуфорте») в раннем послеоперационном периоде оказалось эффективным в плане нормализации показателей риноскопической картины обследуемого контингента больных. Исчезновение гиперемии и отека слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, ликвидация выделений из носовых ходов в исследуемых группах больных происходили достоверно быстрее, чем в контрольной группе пациентов. Такая закономерность обусловлена тем, что указанное лекарственное средство активно способствует восстановлению реологических свойств носового секрета, стимулирует собственную секрецию желез, обеспечивает более интенсивное воздействие на освобождение полости носа и околоносовых пазух от патологического содержимого, восстановление вентиляции околоносовых пазух. При этом используется физиологическое освобождение и регенерации слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Препарат «Синуфорте» вводится однократно в сутки, не требует промывания носа 4-5 раз в день как при традиционном способе ведения больных в послеоперационном периоде. В связи с тем, что препарат «Синуфорте» не всасывается, отсутствует системное воздействие и не развиваются аллергические реакции, что может иметь место при применении масел, содержащие растительные средства.

Во время проведения исследования ежедневно производилась запись назозендоскопии. Для сравнения приведены изображения (рис 5.) на 1-е и 10-е сутки исследования.

Выводы

1. Больные, перенесшие хирургические вмешательства по поводу хронического риносинусита, нуждаются в активной ранней послеоперационной реабилитации как важной составной части комплексного лечения.
2. Для ликвидации реактивных изменений слизистой оболочки полости носа и

околоносовых пазух, присущих раннему послеоперационному периоду, а также обеспечения регенерации слизистой оболочки полости носа рекомендуется использовать спрей с растительным секретомоториком, изготовленным на основе лиофилизированного экстракта цикламены европейского («Синуфорте») в качестве монотерапии.

Литература

1. Авраменко ЛВ, Колотилов НН. Применение комплекса лекарственных средств для повышения эффективности физиотерапевтических воздействий. Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 1999; 4: 62-5.
2. Безшапочний СБ, Лобурець ВВ, Крючко ТА. Синусоскопія в діагностиці та лікуванні осіб із захворюваннями верхньощелепних пазух. Журнал вушних, носових та горлових хвороб. 1998;5(додаток):10-3.
3. Безшапочний СБ. Результаты применения препарата «Синуфорте» в лечении больных острым гнойным риносинуситом. Ринологія. 2004;(3):65-70.
4. Колотилов НН, Малеев ОВ. Полипозный риносинусит: элементы методологии лечения и профилактики. Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 1999;(5):86-90.
5. Лопатин АС. Фармакотерапия воспалительных заболеваний околоносовых пазух. Рус. мед. журн. 2000;5(8):25-6.
6. Мітін ЮВ, Криничко ЛР, Островська ОО. Особливості архітекtonіки порожнини носа у раніше оперованих хворих з приводу хронічного поліпозного етмоїдиту, хронічного гіпертрофічного риніту та скривлення перегородки носа. Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2004;(5):18-23.
7. Попович ВІ, Савчук ОІ. Використання «Синуфорте» в ранній післяопераційній реабілітації хворих з продуктивними синуситами. Ринологія. 2005;(2):70-2.
8. Stammberger H, Hawke M. Postoperative problems and complications. Essentials of Functional Endoscopic Sinus Surgery. St. Louis; 1993; p. 199-208.
9. Акулич ІІ, Лопатин АС. Оценка применения препарата «Аквамарис» после хирургических вмешательств в полости носа. Рос. ринологія. 2003;(1):43-6.
10. Лавренова ГВ, Шапаренко БА. Аэрозольные лекарственные средства в оториноларингологии. Київ: Здоров'я; 1987. 176 с.
11. Березнюк ВВ, Чернокур АА. Применение «Синуфорте» в лечении детей с острым риносинуситом и экссудативным отитом. Журн. вушних, носових та горлових хвороб. 2006;(2):65-8.
12. Гедеванишвили МД. Синуфорте – новое слово в лечении синуситов. Ринологія. 2002;(2):67-9.
13. Popovich VI, Savchuk OI, Ryzchik VN. Utilizacion de extracto acuoso de Cyclamen europaeum en el tratamiento postoperatorio inicial de pacientes con sinusitis productivas. Acta ORL Espanola. 2006;Ref.:1051.

References

1. Avramenko LV, Kolotilov NN. [The use of a complex of medicines to increase the effectiveness of physiotherapeutic effects]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 1999;(4):62-5 [Article in Russian].
2. Bezshapochny SB, Loburets VV, Kryuchko TA. [Sinusoscopy in the diagnosis and treatment of obstructive sinuses]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 1998;5(suppl.):10-3 [Article in Russian].
3. Bezshapochny SB. [Results of the use of the drug "Sinuforte" in the treatment of patients with acute purulent rhinosinitis]. Rinologiya. 2004;3:65-70 [Article in Russian].
4. Kolotilov NN, Maleev OV. [Polypous rhinosinitis: elements of the methodology of treatment and prophylaxis]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 1999;(5):86-90 [Article in Russian].
5. Lopatin AS. [Pharmacotherapy of inflammatory diseases of the paranasal sinuses]. Russian Medical Journal. 2000;5(8):25-6 [Article in Russian].
6. Mitin YuV, Krinichko LR, Ostrovska OO. [Features of architectonics of the empty nose in earlier operations with a drive for chronic polypous et-

- moiditis, chronic hypertrophic rhinitis and curved nasal septum]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2004;(5):18-23 [Article in Russian].
7. Popovich VI, Savchuk OI. [The use of Sinuforte in the early postoperative rehabilitation of patients with productive sinusitis]. Rhinology. 2005;(2);70-2 [Article in Russian].
 8. Stammberger H, Hawke M. Postoperative problems and complications. Essentials of Functional Endoscopic Sinus Surgery. St. Louis; 1993; p. 199-208.
 9. Akulich II, Lopatin AS. [Evaluation of the use of the drug "Aquamaris" after surgical interventions in the nasal cavity]. Russian rhinology. 2003;(1):43-6 [Article in Russian].
 10. Lavrenova GV, Shaparenko BA. [Aerosol medications in otorhinolaryngology]. Kiev:Health;1987. 176 p. [Article in Russian].
 11. Bereznyuk VV, Chernokur AA. [The use of Sinuforte in the treatment of children with acute rhinosinusitis and exudative otitis media]. Zhurnal ushnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2006;(2):65-8. [Article in Russian].
 12. Gedevanishvili MD. [Sinuforte – a new word in the treatment of sinusitis]. Rinologiya. 2002;(2):67-9. [Article in Russian].
 13. Popovich VI, Savchuk OI, Ryzchik VN. Utilizacion de extracto acuoso de Cyclamen europaeum en el tratamiento postoperatorio inicial de pacientes con sinusitis productivas. Acta ORL Espanola. 2006;Ref.:1051.

Поступила в редакцію 15.08.2019

© С.М. Пухлик, С.Б. Безшапочный, 2019

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ В ПОРОЖНИНІ НОСА ТА НАВКОЛОНОСОВИХ ПАЗУХ

¹Пухлік СМ, ²Безшапочний СБ

¹Каф. оториноларингології Одеського нац. мед. ун-ту; e-mail: lor@te.net.ua

²Каф. оториноларингології з офтальмологією
ВГУЗ України «Українська медична стоматологічна академія»

А н о т а ц і я

Представлено результати проведеного авторами клінічного дослідження застосування препарату «Синуфорте» при комплексній післяопераційній терапії хронічного риносинуситу у 110 хворих. Проводилась оцінка суб'єктивних даних хворих і клінічних проявів. Проведено оцінку назоцитограм на початку і в кінці 10-добового курсу лікування. Отримано хороший клінічний результат, який можна порівняти або він перевищує ефект лікування хворих без включення «Синуфорте» до комплексної терапії. При цьому препарат вводиться 1 раз на добу, не потрібно при цьому промивань носа і проведення регулярного очищення порожнини носа лікарем.

Ключові слова: хронічний риносинусит, функціональна ендоскопічна синусохірургія, назоцитограмма, Синуфорте.

MANAGEMENT OF PATIENT AFTER SURGICAL INTERVENTIONS IN NASAL CAVITY AND PARANASAL SINUSES

¹Pukhlik SM, ²Bezshapochnyi SB

¹ Department of Otorhinolaryngology, Odessa National Medical University; e-mail: lor@te.net.ua

² Department of Otorhinolaryngology with Ophthalmology "Ukrainian Medical Dental Academy"

A b s t r a c t

Relevance: It was noted that after conducting endonasal surgical interventions in the nasal cavity and paranasal sinuses, prolonged functional disorders were observed, accompanied by reactive edema, leading to sinus congestion, crusting and respiratory failure.

Purpose: the aim of the study was to increase the effectiveness of treatment of patients with chronic rhinosinusitis by improving the technique of early postoperative rehabilitation.

Materials and methods: the results were obtained from a comprehensive examination and treatment of 110 patients with chronic purulent and polypous sinusitis, aged 21 to 60 years, who were divided into two similar groups. Patients of the first group and second group received basic postoperative therapy, including systemic antibiotics. In addition, patients of the first group (main) instilled Sinuforte 1 time per day in both halves of the nose. Sinuforte began to be administered from the second day after surgery or the day after removal of tampons. Patients of the second group (control) washing the nose with saline 4-5 times a day and instilled Pinosol oil in the nose.

Patients were evaluated for ten days after surgery. The subjective state of patients (complaints) was assessed, the clinical endoscopic picture, olfactometry were evaluated, rhinocytograms were performed.

Results: a good clinical result was obtained, comparable or greater than the effect of treating patients without the inclusion of Sinuforte in complex therapy. In this case, the drug is administered once a day, while washing the nose and regular cleaning of the nasal cavity by a doctor is not required.

Keywords: Chronic rhinosinusitis, functional endoscopic sinus surgery, nasocytogram, Sinuforte.