

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИМ РИНИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ ХИТОЗАНОВОГО ГЕЛЯ

Закиров Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье авторами приводятся данные по поводу впервые используемого в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной риносинусохирургии, а также результаты применения шейверной пластики при гипертрофическом рините в сравнении с контрольной группой с применением хитозанового геля.

Ключевые слова: риносинусохирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия, хитозан.

ӨНӨКӨТ ГИПЕРТРОФИЯЛЫК РИНИТИ ОПЕРАЦИЯЛЫК КИЙИНКИ ДАРЫЛОО МЭЗГИЛДЕ ХИТОЗАН ГЕЛИН КОЛДОНУУ ЫКМАСЫ

Закиров Т.М.

И.К Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада автордун Кыргызстанда биринчи жолу эндоскопиялык аз инвазивдүү риносинусохирургияда өнөкөт гипертрофиялык ринитте операциядан кийинки мезгилде хитозан гелин колдонуу ыкмасы менен контролдук группанын ортосундагы жыйынтыктары салыштырылган жана эффективдүүлүгүн биринчи жолу сынактан өткөрүп клиникалык баа берилген.

Негизги сөздөр: риносинусохирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия, хитозан.

APPLICATION OF CHITOSAN GEL IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN SHEIVER PLASTICS OF HYPERTROPHIC RHINITIS

Zakirov T.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The authors present the data of the endoscopic low-invasive rhinosinusitis surgery used for the first time in Kyrgyzstan and also the results of the Sheiver plastics application for hypertrophic rhinitis in comparison with the control group with Chitozan gel application.

Keywords: rhinosinusitis surgery, vasoconchotomy, polysinusotomy, Chitosan.

Введение.

В связи со сложившейся за последние десятилетия увеличением экологического прессинга на организм человека, также необоснованное применение различных медикаментозных средств привело к значительному росту заболеваний хроническими формами ринита [3]. В структуре заболеваний ЛОР органов по данным ряда авторов гипертрофический ринит составляет от 6 до 16 %.

Тенденция к увеличению численности больных заболеванием в полости носа является показателем актуальности данной проблемы.

Обструкция носовых путей вызванное гипертрофией носовых раковин не только ухудшает качество жизни пациента [5], но также может привести к серьезным патологическим состояниям со стороны верхних и нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистым нарушениям и заболеванием ЦНС.

Хронический гипертрофический ринит характеризуется увеличением носовых раковин (преимущественно нижних), которое сопровождается изменением оптимальной архитектоники полости носа, приводящим к затруднению носового дыхания, а также к угнетению различных других функций носа [4].

В зависимости от морфологических изменений произошедших в структуре носовых раковин различают следующие формы гипертрофического ринита:

Кавернозная (сосудисто-гиперваскулярная, ложная) форма встречается часто и, как правило бывает диффузной. При кавернозной форме гипертрофического ринита происходит возрастание артерий замыкательного типа, утолщение стенок кавернозных синусов за

счет мышечных компонентов располагающиеся под эндотелием.

Фиброзная форма характеризуется большим количеством соединительной ткани. Бывает диффузной и ограниченной. В гипертрофическом процессе нередко вовлекаются костная основа носовых раковин.

Костная форма.

Отечная (полипозная, сосочковая) форма проявляется полипозным перерождением слизистой оболочки в среднем и верхнем носовых ходах. Отечная жидкость скапливается в области задних концов носовых раковин.

Комбинированные формы (смешанные) сочетают в себе признаки свойственные другим формам гиперплазии носовых раковин [4,6]

Для лечения гипертрофического ринита предложено много способов: различные виды коагуляций, криовоздействие, использование лазерных лучей, различные хирургические методы [5], ультразвуковая дезинтеграция, что говорит о неудовлетворенности полученными результатами. Каждый метод Наряду с положительными свойствами имеет определенные недостатки.

Хирургическое лечение, направленное на уменьшение размера носовых раковин часто подразумевает повреждение наиболее важного в функциональном отношении эпителиального слоя. В это же время по данным ряда авторов, щадящая хирургическая тактика при этой патологии не всегда приводит к ожидаемому клиническому эффекту, что зачастую требует повторного хирургического вмешательства.

В концепции современной риносинусхирургии предполагающей шадящее отношение к слизистой оболочке носа и носовых структур представляет интерес выбор оптимального хирургического метода лечения гипертрофического ринита на основе этиопатогенеза и клинико-морфологических форм заболеваний, сохраняет принцип шадящего хирургического вмешательства в полости носа при хроническом гипертрофическом рините и дает возможность для реабилитации только многофункционального органа как, слизистая оболочка.

Метод шейверной пластики при гипертрофии носовых раковин, включающий в себя процессы кавернотомии, пересечения сосудов и одномоментного удаления крови из раненного канала по средствам отсоса отвечает требованиям малоинвазивной хирургии и максимально сохраняет целостность слизистой оболочки полости носа в лучших традициях подслизистой вазотомии.

В данной работе дается описание методики проведения оперативного вмешательства, результаты хирургического лечения и эффективности применения хитозанового геля «Васна» в раннем послеоперационном периоде.

Характеристика хитозанового геля. В государственном научном центре вирусологии и биотехнологии «Вектор» (Россия) разработана уникальная технология получения модифицированного хитозанового геля на основе натурального полисахарида вырабатываемого их панцирей камчатских крабов.

Модификации хитозана производили обработкой биофункциональными реагентами получив при этом микрогранулированный поперечношитый полимер, легко образующий устойчивый гель, содержащий около 2% хитозана и 98% влаги включая 1% бензойной кислоты в качестве стабилизатора.

Благодаря структурным особенностям (поликатион с высокой плотностью заряда), хитозан обладает сродством к веществам белкового происхождения, полисахарида и микроорганизмом является эффективным агмотинирующим агентом, противогрибковым и противовирусным препаратом (Масычев В.И, Василенко С., 1998) способствующего активации макрофагов, хитозан может быть использован в качестве адьюванта для иммуностимулирующих веществ с целью повышения выработки антител организмом (Okamoto Vetal 1995) [2].

Исследование ранозаживляющего действие хитозана показало, что он является основой на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Структурными основами стимулирующего эффекта хитозана в ранние сроки лечения являются: полноценное восстановление защитного барьера, ускорения новообразования грануляционной ткани, в первую очередь микрососудов, а также образование регенерата, по своим морфологическим свойствам приближающего к интактной ткани (Масычев В.И, Василенко С., 1998).

Материалы и методы.

В ЛОР отделении медицинского центра Кыргызской Медицинской Академии им. И.К.Ахунбаева оперативное вмешательство по поводу хронического гипертрофического ринита были произведены 135

больным. Возраст пациентов варьировал от 16 до 60 лет, из них лиц женского пола – 78 чел, мужского-57чел.

Больные жаловались на постоянное выраженное затрудненное носовое дыхание, головные боли, расстройства сна, утомляемость, нарушение обоняние и слуха, гнусавость т.д.

При риноскопии: выявлялось резкое увеличение носовых раковин, суженные носовые ходы, явление слизистой оболочки полости носа бледно-розового с синюшным оттенком. Преимущественно преобладала гиперплазия нижних носовых раковин.

Все больные получили хирургическое лечение с помощью эндоскопической технологии. Последняя позволила провести максимальную коррекцию патологических изменений анатомических структур без ненужных «эктомий» и излишней радикальности.

Кроме того для проведения оперативного лечения использованы специальные наборы инструментов. Эндоскопические внутриносые операции проводились в положении лежа на спине, обычно под местной анестезией, с предварительным введением анальгезирующих, седативных средств и анемизация проводилась местная инфильтрация раствора анестетика.

Инструменты вводились в полость носа параллельно эндоскопу и все манипуляции проводились под зрительным контролем.

Анестезия проведена инъекциями 1% раствора новокаина, который вводился под надкостнично в латеральную стенку полости носа.

Хотелось бы отметить преимущество шейверных систем при хирургическом лечении вазомоторного и гипертрофического ринитов полипозных риносинуситов[1].

Шейвер представляет последнее поколение ринохирургических инструментов, наконечник которого состоит из полой неподвижной части и вращающегося внутри ее лезвия. К одному из каналов ручки подключается отсос и подлежащая к удалению ткань измельчается вращающимся лезвием и аспирируется в резервуар отсоса [1].

При проведении подслизистой вазоконхотомии, полисинусотомии и микрогайморотомии в качестве основного инструмента использовались именно вышеуказанная техника, которая позволяла удалить полипы, измененную слизистую оболочку, расширить естественные соустья верхнечелюстной пазухи. После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-3 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой. Контрольный осмотр назначался на 5 -10 сутки лечения.

Следует отметить, что в наших клинических наблюдениях для остановки кровотечения послеоперационном периоде были применены тампоны с хитозановым гелем «Васна» на слизистую оболочку полости носа вдоль носовых раковин. Техника наложения последней заключалась в следующем: вдоль раневой поверхности слизистой оболочки нижней носовой раковины укладывались сложенные в несколько слоев с хитозановым гелем марлевые салфетки «сигарообразно» и равномерно прижимались к слизистой оболочке и на

следующий день удалялся из полости носа. Контрольную группу составили 25 больных с хроническим гипертрофическим ринитом, которым была проведена конхотомия с тотальным удалением нижней носовой раковины по традиционной общепринятой методике. Остановку кровотечения проводили передним марлевым тампоном. Для оценки эффективности используемых методов использовались данные визуального осмотра (риноскопия, отофарингоскопия) и оценка общего состояния (жалобы, температура тела).

Результаты и их обсуждения.

У всех больных оперированных по поводу хронического гипертрофического ринита в ЛОР отделении МЦ КГМА им.И.К. Ахунбаева исход лечения расценивался как успешный, так как патологический процесс был элиминирован и восстанавливались основные функции носа в послеоперационном периоде.

В целях профилактики возможных осложнений проведена медикаментозная, этиопатогенетическая, иммуномодулирующая терапия.

Стабильное улучшение носового дыхания в основной группе наблюдалось уже впервые сутки после операции у 80 больных, у 12 больных полная нормализация носового дыхания наступила на 2-4 сутки. В то время как в контрольной группе у всех пациентов заложенность носа имело место еще в течении 7-12 дней. Данное обстоятельство в достаточной мере объясняется проявлением реактивного восстановления тканей в послеоперационном периоде, что и подтверждалось риноскопической картиной. незначительные проявления местной отечности и более ранняя эпителизация операционной раны у больных перенесших шейверную пластику, позволили сократить время пребывания больных в стационаре в среднем на 3-4 дня следует отметить, что представители контрольной группы в связи с наличием в полости носа марлево-мазевых тампонов, впервые двое суток с большим постоянством отмечали такие жалобы как распирающие боли в носу, головные боли, общий дискомфорт. В течении послеоперационного периода эти больные получали обезболивающие препараты 2-3 раза в сутки, чего не потребовалось пациентам основной группы. Необходимо констатировать, что после положения марлевого тампона с хитозановым гелем гемостатический эффект достигался благодаря проявлением антикоагулянтной активности, обладанием способностью поддерживать перенос и освобождение лекарственных веществ, ускорению заживления ран и передвижения фибробластов к месту повреждения в начальной фазе заживления, обладанием антибактериальной активностью, в конечном итоге приводило к остановке кровотечения.

После завершения терапевтического действия, удаление образовавшейся аморфной массы и полости носа происходило безповреждения раневой поверхности.

В послеоперационном периоде лица, получившие лечение по «традиционной» общепринятой методике,

также отмечали жалобы на сухость в носу, образование корки и периодическое чувство жжение в полости носа.

При осмотре больных на 7-14 сутки после стационарного лечения стойкий эффект от проведенного хирургического вмешательства выражается в отсутствии жалоб, удовлетворительном носовом дыхании, подтвержденных данными риноманометрии, наблюдается у всех пациентов как основной, так и контрольной группы.

Заключение.

Таким образом методы эндоскопической риносинусохирургии с использованием шейвера при хроническом гипертрофическом рините, такие подслизистая шейверная конхотомия и шейверная частичная конхотомия под эндоскопическим контролем. Отвечая требованиям принципа малоинвазивности оперативного вмешательства и максимального сохранения целостности слизистой оболочки с присущими ей свойствами являются достаточно эффективным для коррекции патологически измененных патологических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, они облегчают работу ринохирурга и сокращают время хирургического вмешательства. Сроки стационарного лечения сокращаются в среднем до 2-3 дней.

Проведенные клинические исследования и динамическое наблюдение в раннем послеоперационном периоде показало, что использование хитозанового геля после шейверной пластики ранозаживляющего действия и антикоагулянтной активностью показало что является основой, на которой организуется нормальная тканевая архитектура. Хитозан стимулирует физиостатические репаративные процессы, ангиогенез и определенной степени подавляет фибриогенез. При оперативных вмешательствах в полости носа у больных хроническими гипертрофическим ринитом является безопасным и высокоэффективным методом остановки носового кровотечения в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Красножен В.Н. Эндоскопические методы диагностики и лечение воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух // г. Казань, 2004. стр 4,5
2. Голикова Е.Л. Структурная характеристика регенераторных процессов роговицы и конъюнктивы глаза при применении хитозановых производных Автореферат канд. Дисс. // г. Новосибирск, 2002
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей // 2-е издание, 2006 – 110-2124. Исламов И.М., Исмаилова А.А., Сыздыкова А.О. Эндоскопическая малоинвазивная микрохирургия при лечении гипертрофического ринита. Методическая рекомендация // г. Бишкек, 2006, стр. 8-9
4. Hoi M., Huizing E.H. Treatment of interior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques // *Rhinology*, 2000 – v3.8(4) – p. 157-166
5. Морозова О.Г. Клинико морфологическое обоснование выбора метода хирургического лечения хронического гипертрофического ринита Автореферат канд. Дисс., 2005, стр. 1-5