

Романова Ж.Г.<sup>1</sup>, Картель А.И.<sup>2</sup>,

<sup>1</sup> Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

<sup>2</sup> 4-я городская клиническая больница им. Н.Е. Савченко, Минск, Беларусь

# Особенности послеоперационного ведения пациентов после ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ

Поступила в редакцию 7.05.2012 г.

Контакты: lorkafedra@tut.by

---

## Резюме

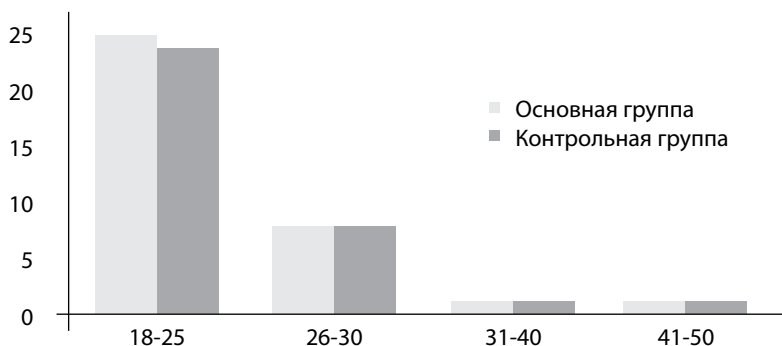
Проблема лечения хронического тонзиллита не теряет своей актуальности. Число пациентов с данным заболеванием имеет тенденцию к росту. Авторами обоснована необходимость проведения хирургического лечения с учетом анатомических особенностей глотки, тщательного послеоперационного ведения пациентов после тонзиллэктомии с целью быстрого купирования реактивных явлений со стороны операционной раны.

**Ключевые слова:** хронический тонзиллит, тонзиллэктомия, гипотония мягкого неба, Фурасол, Нейромидин.

---

## ■ АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема лечения хронического тонзиллита остается достаточно актуальной в связи с большой распространенностью этого заболевания (от 4 до 10% населения), частыми рецидивами, а также тенденцией к росту заболеваемости в последнее время. Данная патология сопровождается развитием осложнений, которые приводят к большим трудовым потерям и инвалидности. Несмотря на все многообразие предложенных методов консервативной терапии, при декомпенсации патологического процесса единственным методом лечения остается хирургический – тонзиллэктомия. Техника выполнения операции остается неизменной уже многие годы и заключается в стандартном разрезе по передней небной дужке, выделении верхнего полюса миндалина, отсепаровке ее и последующем удалении миндалина проволочной петлей. Выполняя тонзиллэктомию, любой хирург работает непосредственно в области мягкого нёба, в той или иной степени нарушая его анатомическую целостность.



**Рисунок 1**  
**Распределение пациентов в основной и контрольной группах по возрасту**

Дисфункция в работе мягкого нёба может приводить к нарушению нормального резонирования глотки, когда речь приобретает гнусавый оттенок вследствие постоянного раскрытия просвета носоглотки. Такое состояние называется открытой гнусавостью (*rhinolalia aperta*); при этом из-за невозможности сокращения мягкого нёба проглатываемая жидкость попадает в носоглотку и вытекает наружу через нос.

Кроме того, после проведенной тонзиллэктомии практически у всех пациентов (по данным литературы, до 80%) как в раннем, так и в позднем периоде возникают в той или иной степени явления гипотонии мягкого нёба.

Как правило, это связано с большой площадью раневой поверхности, наличием глубоких тонзиллярных ниш после проведения вмешательства, а также с выраженными явлениями отека и воспаления слизистых оболочек мягкого нёба.

Цель исследования – предупредить возникновение осложнений, уменьшить выраженность послеоперационных реактивных явлений.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования проведены на базе взрослого оториноларингологического отделения РНПЦ оториноларингологии и оториноларингологического отделения 4-й городской клинической больницы г. Минска. Все пациенты были разделены на две группы – основную и контрольную.

В основной группе под наблюдением находилось 35 пациентов. Возраст больных – от 19 до 43 лет. Мужчин было 11, женщин – 24. Контрольная группа пациентов составила 35 человек и практически не отличалась от основной ни по возрастному, ни по половому составу (рис. 1).

Всем пациентам была выполнена тонзиллэктомия по стандартной методике.

## ■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В раннем послеоперационном периоде (на 2–3 сутки) у 22 пациентов основной и 23 – контрольной группы отмечался выраженный реактивный отек мягкого нёба. Клинически это проявлялось в выраженной гнусавости голоса и отсутствии разборчивости речи.

У двоих пациентов основной группы и одного – контрольной отмечались явления заброса жидкой пищи через нос.

При осмотре: мягкое нёбо либо неподвижно, либо плохо подвижно, отечно, т. е. выражены явления гипотонии. Даже у тех пациентов, у которых при осмотре отёка мягкого нёба не наблюдалось, отмечались явления его пареза, что выражалось в хорошо различимой даже на слух назализации голоса (носовом оттенке) при разговоре.

Всем пациентам обеих групп проводился курс стандартного послеоперационного лечения, заключающийся в назначении:

- обезболивающих препаратов (анальгин с димедролом, кеторал и т. д.), 3–5 дней;
- противовоспалительной терапии, 7–10 дней.

Кроме того, основной группе пациентов был назначен курс полоскания горла раствором препарата «Фурасол» начиная со 2-го дня после операции. В контрольной группе для этой цели использовали раствор фурацилина. Длительность курса – от 7 до 10 дней.

Препарат «Фурасол» (компания «Олайнфарм», Латвия) представляет собой препарат местного антибактериального действия для полости рта и горла. Основным действующим веществом фурасола является фурагин растворимый.

Антибактериальное действие фурагина растворимого основано на подавлении ферментных систем патогенных бактерий. В результате действия нитрофуранов микроорганизмы выделяют меньше токсинов. В связи с этим общее состояние пациента улучшается еще до выраженного подавления роста микрофлоры. Нитрофураны активизируют иммунную систему организма: повышают титр комплемента и способность лейкоцитов фагоцитировать микроорганизмы. В терапевтических дозах они стимулируют лейкопоэз.

Фурасол активен в отношении грамположительных кокков: *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.; грамотрицательных палочек: *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Proteus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp.; простейших: *Lambliа intestinalis* и других микроорганизмов, резистентных к антибиотикам. В отношении *Staphylococcus* spp., *Escherichia coli*, *Aerobacter aerogenes*, *Bacterium Citrovorum*, *Proteus mirabilis*, *Proteus morganiі*, по сравнению с другими нитрофуранами, фурасол более активен.

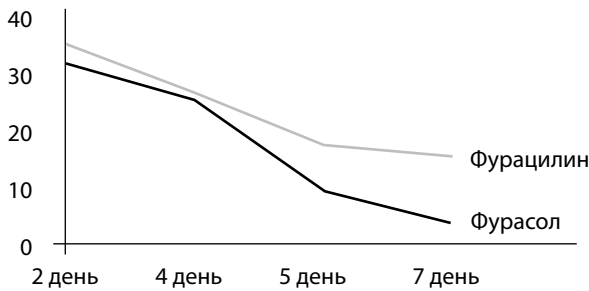
В сравнении с антибиотиками и сульфаниламидами резистентность к фурагину развивается более медленно.

При местном применении на слизистые оболочки препарат не вызывает раздражающего действия и болевых ощущений.

Фурасол обладает:

- широким спектром антибактериального действия;
- отсутствием токсического эффекта и низкой скоростью абсорбции с поверхности слизистых оболочек;
- низкой аллергенностью, отсутствием раздражающего действия на слизистую оболочку;
- противовоспалительным действием.

Показаниями для применения Фурасола обозначены: инфекционно-воспалительные заболевания полости рта и глотки, инфицированные раны, – что и позволило нам применить данный препарат в качестве



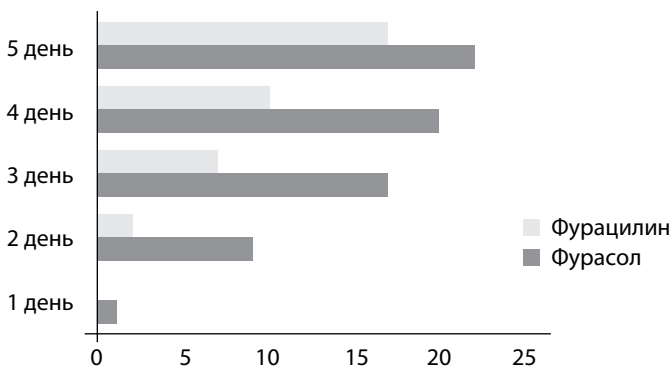
**Рисунок 2**  
Динамика уменьшения реактивных явлений со стороны операционной раны

местного антибактериального лекарственного средства в послеоперационном ведении пациентов после тонзиллэктомии.

Следует также отметить удобную в применении форму выпуска препарата: дозированные порошки в упаковке из ламината. Один порошок на одну процедуру. Это позволило пациентам самостоятельно использовать Фурасол, четко контролируя его применение.

В результате проведенного лечения у всех пациентов основной группы отмечался выраженный положительный эффект, а именно:

- послеоперационный период переносился легче, все пациенты отметили уменьшение болевого синдрома уже на вторые сутки применения препарата, что позволило 9 пациентам отказаться от использования обезболивания;
- гнусавость голоса стала уменьшаться на третьи сутки и полностью исчезла у всех пациентов к моменту выписки из стационара;
- отек мягкого нёба у 33 человек практически исчез на седьмые сутки (у двоих сохранялся незначительный отек);
- у всех 35 человек после применения препарата «Фурасол» к моменту выписки из стационара обе тонзиллярные ниши были очищены от фибринозных налетов.



**Рисунок 3**  
Динамика уменьшения симптома гнусавости

**Таблица 1**

**Показатели уменьшения симптома гнусавости**

Курс лечения	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день
Основная группа – Фурасол, чел.	1	9	17	20	22
Контрольная группа – стандартное лечение, чел.	0	2	7	10	17

В контрольной группе пациентов обезболивание проводилось в течение 4–6 дней. К моменту выписки из стационара у 4 человек голос имел гнусавый оттенок, у 17 сохранялись явления отека мягкого нёба и фибринозный налет в области нижнего полюса тонзиллярных ниш (рис. 2, 3; табл. 1).

Через 2 недели после выписки из стационара всем больным был проведен контрольный осмотр.

В основной группе пациентов на осмотр пришли 27 человек из 35. В результате проведенного лечения слизистая оболочка глотки нормализовалась, фибринозный налет отсутствовал, подвижность мягкого нёба восстановилась у всех пациентов, не отмечалось оттенка гнусавости, при осмотре мягкое нёбо было активно, что позволяет нам с уверенностью говорить о полной реабилитации пациентов.

В контрольной группе на осмотр пришли 32 человека из 35. У троих из них голос сохранял оттенок гнусавости. При осмотре сохранялись остатки фибринозного налета на дне тонзиллярных ниш, мягкое нёбо было недостаточно подвижным у двоих пациентов. Всем пациентам контрольной группы было назначено дополнительное лечение: местный антибактериальный препарат «Фурасол» и добавлен препарат «Нейромидин» по 20 мг 3 раза в день в течение 10 дней. После проведения указанного лечения отмечалось выздоровление у всех пациентов.

## ■ ВЫВОДЫ

1. При проведении тонзиллэктомии хирургам следует с особым вниманием и осторожностью относиться к окружающим нёбные миндалины анатомическим структурам, в частности, к мягкому нёбу.
2. В послеоперационном периоде с целью предупреждения возникновения осложнений и более быстрого купирования реактивных явлений со стороны мягкого нёба целесообразно к основному стандартному лечению добавлять местный антибактериальный препарат «Фурасол».
3. Применение препарата «Фурасол» позволяет облегчить течение послеоперационного периода и уменьшить время послеоперационной реабилитации больных после тонзиллэктомии.

Romanova Z.G., Kartel A.I.,  
Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education, Minsk, Belarus,  
Health care Establishment Minsk City hospital N 4, Minsk, Belarus

## The features of the post-operative monitoring of the patients after tonsillectomy

The problem of chronic tonsillitis treatment still remains a pressing one. The number of patients with this disease tends to increase. The author proves that surgical management accounting for pharynx anatomic features is required as well as close post-operative monitoring of the patients after tonsillectomy in order to immediately arrest operative wound responsive events.

**Key words:** chronic tonsillitis, tonsillectomy, Furasol, Neiromidin.

---

### ■ ЛИТЕРАТУРА

1. Василенко, Ю.С. Голос. Фониатрические аспекты. – М.: Энергоиздат, 2002. – 480 с.
2. Джафек, Б.У. Секреты оториноларингологии / Б.У. Джафек, Э.К. Старк; пер. с англ. Б.В. Шеврыгин. – СПб.: Невский диалект, 2001. – 624 с.
3. Зарицкий, Л.А. Практическая фониатрия / Л.А. Зарицкий, В.А. Тринос. – Киев: Вища школа, 1992.
4. Лойт, А.А. Хирургическая анатомия головы и шеи / А.А. Лойт, А.В. Каюков. – СПб., 2002. – 224 с.
5. Максимов, И. Фониатрия: пер. с болг. – М.: Медицина, 1987. – 288 с.
6. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / под ред. В.В. Кованова. – 3-е изд., с исправл. – М.: Медицина, 1995. – 400 с.
7. Пальчун, В.Т. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 2003.
8. Руководство по оториноларингологии / под ред. И.Б. Солдатов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
9. Шантуров, А.Г. Ятрогенная патология в клинической медицине и ее предупреждение / А.Г. Шантуров. – Иркутск, 1995. – 355 с.