

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ

В сб. Успехи теоретической и клинической медицины. Материалы научных исследований
Российской медицинской академии последиplomного образования. Вып.5. Москва, 2003

Несмотря на многочисленные научные исследования, и практические разработки (Константинова Н.П., Морозова С.И., 1999 г.; Пальчун В.Т. с соавт., 2001 г.), проблема хронического тонзиллита остается актуальной. В структуре заболеваемости взрослых и детей ангина и хронический тонзиллит занимают высокое место.

При хроническом воспалении небных миндалин возникает патологический процесс с изменениями, как в патофизиологическом, так и в патоморфологическом процессах. Он характеризуется многоплановыми нарушениями всех звеньев гуморального и клеточного иммунитета, наличием интоксикации организма, а также разнообразными местными признаками.

Принято считать, что хирургическому лечению должны быть подвергнуты больные с токсико-аллергической формой II (ТАФ,II), которая характеризуется функциональными нарушениями сердечной деятельности, регистрируемыми на ЭКГ, болями в сердце и нарушениями ритма сердца, возникающими как во время ангины, так и вне обострения хронического тонзиллита, длительным субфебрилитетом, функциональными нарушениями в почках, печени, сосудистой системе, суставах. Известно более сотни сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний: ревматических, почечных, суставных (Овчинников А.Ю. с соавт., 1999 г.).

Показаниями к операции служат также паратонзиллярные абсцессы, являющиеся признаками декомпенсации местных защитных механизмов миндалин. В этом случае тонзиллэктомия (абсцесс тонзиллэктомия) может проводиться в «горячем», «теплом» и «холодном» периодах.

Тонзиллэктомия - одна из самых распространенных в оториноларингологии операций, которая составляет от 20 до 75% хирургических вмешательств (Протасевич Г.С., 1999 г.). Несмотря на многолетнюю историю этих операций и использование самых различных инструментов для ее выполнения, вопрос оптимального инструментария для тонзилэктомии и минимизации послеоперационных осложнений остается открытым.

Использование современных высокотехнологичных способов разреза и коагуляции ткани (лазер, ультразвук, электронож, радиоволна) позволяют не только оптимизировать процесс операции, но и предупредить развитие послеоперационных осложнений. Мы в доступной литературе смогли найти лишь одно упоминание об использовании радиоволнового скальпеля у больных хроническим тонзиллитом (Лейзерман М.Г., 1999).

С 2001 года мы используем радиоволновой хирургический аппарат «Сургитрон™» производства фирмы «Ellman International», США на следующих этапах тонзилэктомии:

- 1) при выполнении разреза по краю передней небной дужки, что позволяет уменьшить кровотечение и улучшить обзор операционного поля;
- 2) отсечение миндалины в области нижнего полюса выполняется с помощью петли с изолированным корпусом, подсоединенной к аппарату «Сургитрон™», что позволяет осуществлять одновременную коагуляцию раневой поверхности;
- 3) при наличии паренхиматозного кровотечения имеется возможность использовать электроды различной формы для выполнения поверхностной коагуляции для остановки кровотечения в трудно доступных местах;
- 4) при наличии источника кровотечения в виде поврежденного сосуда, требующего при традиционном способе прошивания или перевязки, в случае использования радиоволны имеется возможность коагулировать поврежденный сосуд без прошивания.

Мы сравнили тонзиллэктомию, выполненную с помощью радиоволнового ножа, с традиционным способом в отношении частоты развития ранних и поздних послеоперационных кровотечений и скорости заживления раневой поверхности.

Материал. В исследование включено 23 больных хроническим тонзиллитом ТАФ II. Средний возраст больных составил $23 \pm 1,2$ лет, мужчин было 16, женщин - 7. Традиционная тонзиллэктомия была выполнена у 10 больных (группа 1), тонзиллэктомия с помощью радиоволнового хирургического аппарата «Сургитрон™» была выполнена у 13 больных (группа 2). Сравниваемые группы были однородны по возрасту, полу, сопутствующей патологии.

В качестве методов исследования применялись: визуальная оценка степени кровотечения во время операции и состояния раны в послеоперационном периоде, реовазография, физиологическая проба глотка, термография.

В группе больных, оперированных радиоволновым хирургическим методом, отмечено существенное уменьшение как объема, так и частоты возникновения кровотечений во время операции. При использовании радиоволнового ножа мы не отметили ни одного случая кровотечения как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, в то время как при традиционном способе вмешательства кровотечение наблюдалось у 2-х больных в раннем послеоперационном периоде, а у одного больного - на 4-е сутки после вмешательства.

У больных, оперированных классическим методом, отмечалось значительное снижение сосудистого тонуса, в то время как при использовании радиоволнового скальпеля тонус оставался практически неизменным, что ассоциировалось с лучшим прогнозом в отношении развития осложнений у больных первой группы.

Использование термографии в послеоперационном периоде позволило визуализировать процесс заживления тонзиллярных ниш, который был более благоприятным после радиоволновой операции.

Нами отмечено, что во второй группе больных болевые ощущения были несколько меньшими, очищение ниш от фибринозного налета происходило в среднем на 1 - 1,5 дня раньше, что позволило сократить период реабилитации больных на 2 - 3 дня.

Таким образом, использование радиоволновой технологии позволяет уменьшить риск кровотечения в процессе операции и в послеоперационном периоде, уменьшает послеоперационный реактивный отек небных дужек, язычка, способствует более раннему очищению раны от фибринозного налета и ускоряет ее эпителизацию, что в конечном итоге сокращает сроки реабилитации пациентов.

Литература

1. Константинова Н.П., Морозова С.И. Врач 1999; 12:4-6.
2. Лейзерман М.Г. Применение новых технологий в ЛОР-хирургии: Дис.... д-ра мед. наук. М., 1999.
3. Овчинников А.Ю. Русский Медицинский Журнал 1999; 7; 309-311.
4. Пальчун В.Т. с соавт. Вестник оториноларингологии 2001; 1:4-6.
5. Протасевич Г.С. Вестник оториноларингологии 1999; 3: 57-60.