

Радиоволновые вмешательства в лечении заболеваний глотки

М.Г.Лейзерман, А.А.Ошноков

(Москова)

Высокотехнологические виды операций находят все больше своих сторонников. С момента появления в 70-е годы XX века лазерной, ультразвуковой и радиоволновой хирургии, взгляды как хирургов, так и пациентов претерпели значительную эволюцию. В настоящее время абсолютное большинство операционных оборудовано современной аппаратурой, позволяющей оперировать в труднодоступных местах, без выраженной кровопотери и с прогнозируемым гладким послеоперационным заживлением.

Мы на протяжении 10 лет используем хирургическую радиоволну при многих вмешательствах в области головы и шеи (Лейзерман М.Г. с соавт. , 1997 - 2006) и считаем, что варианты ее применения далеко не исчерпаны. Примером тому могут служить разработанные в последние 3 – 4 года радиоволновые вмешательства при доброкачественных новообразованиях гортани, гиперплазии язычной миндалины, хроническом тонзиллите и др.

Приводим наиболее типичные операции в полости глотки, которые разработаны и используются нами в повседневной практике. Одной из самых распространенных операций в оториноларингологии является **тонзиллэктомия**. Многие хирурги использовали различные методы коагуляции сосудов и тканей в процессе тонзилэктомии, однако все они были направлены на остановку кровотечения после того, как оно возникало. Мы же, применяя радиоволну с первых мгновений операции, стараемся не допустить кровотечения, как такового. Нами оперировано 214 больных с токсико-аллергической формой хронического тонзиллита (1 и 2).

После стандартного обезболивания (наркоз или местная анестезия), мы производим разрез по передней дужке с помощью электрода в виде иглы, затем специальным электродом-распатором тупо выделяем миндалину с капсулой, периодически включая педалью радиоволновый аппарат и производя коагуляцию мелких сосудов. Конечный этап – отсечение миндалины - производим радиоволновой тонзиллэктомической петлей. Используя аппарат «Сургитрон-ТМ» в режимах: «коагуляция» и «разрез плюс коагуляция», на всех этапах вмешательства, мы выполняем операцию практически бескровно или с минимальной кровопотерей. При этом весь процесс становится хорошо визуализируемым, а заживление тонзиллярных ниш и реабилитация больных происходит в короткие сроки.

Часто применяемая в последние годы операция – **увулопалаторрезекция** у больных патологическим храпом и апноэ во сне, была выполнена нами у 176 пациентов. Все они оперированы амбулаторно, под местным обезболиванием и без каких-либо осложнений. Вводя лидокаин или ксилокаин в мягкое небо, язычок и задние небные дужки, мы производим разрезы по задним дужкам, затем продолжаем их вверх параллельно язычку и резецируем часть язычка. Просвет зева приобретает более прямоугольную форму, при этом расширяется, а мягкое небо поднимается примерно на 1 см. Это позволяет в большинстве случаев (около 80%) снять тягостные симптомы заболевания и, при этом, избежать в дальнейшем заброса пищи в носоглотку и открытой гнусавости.

Гиперплазия язычной миндалины встречается значительно чаще, чем диагностируется. Ее симптоматика сходна с проявлениями хронического фарингита и таких больных подчас годами безрезультатно лечат, назначая различные полоскания и прижигания. Существует два основных вида уменьшения в размерах гиперплазированной ткани с помощью радиоволны: резекция и терморедукция. В случае выраженной сосочковой гипертрофии миндалины 2 – 3 степени мы резецируем выступающую ее часть с помощью петли большого диаметра. Анестезия в этом случае может быть местной и общей (в зависимости от расположения гиперплазированных участков, предполагаемой сложности операции и психо-эмоционального состояния пациента).

Если миндалина имеет диффузную форму гиперплазии и выражена до 1 – 2 степени, мы используем метод терморедукции. Под местной анестезией в толщу миндалины (обычно из 4 – 5 точек) на глубину 2 – 3 см вводится электрод в виде «клюва» (аналогичный тому, который применяется для сомнопластики). В режиме «коагуляция» достигается мягкий некроз тканей, который в дальнейшем приводит к уменьшению миндалины в размерах.

Нами оперировано 62 больных различными формами гиперплазии язычной миндалины. Отметим, что при терморедукции послеоперационный период протекает значительно легче, однако отдаленные результаты лечения несколько хуже, чем при резекции миндалины.

Таким образом, радиоволновые вмешательства в области глотки позволяют оперировать при хорошем визуальном контроле, без выраженных кровотечений и с хорошим функциональным и анатомическим результатом.