

Радиочастотная редукция и резекция язычной миндалины при ее гипертрофии

О.Е. Гришунина, Т.А. Сергеева, М.Г. Лейзерман
ФГБУ «Поликлиника №3» УД Президента РФ

Оперировано 112 больных с гипертрофией язычной миндалины с применением современного радиочастотного аппарата «Curis». 87 из них перенесли редукцию миндалины, а 25 – резекцию. Для выполнения редукции применяли метод коагуляции тканей в режиме «RaWoR», операция была амбулаторной. Резекцию миндалины производили в ЛОР-стационаре под наркозом диссектором в режиме «Cut -2». Изучение отдаленных результатов лечения показало высокую эффективность применяемых методов.

Ключевые слова: язычная миндалина, радиочастотная хирургия.

112 patients with hypertrophy of lingual tonsils were operated on with modern radio-frequent device «Curis». 87 of them had tonsil reduction, 25- resection. For the reduction a tissue coagulation technique in the regime «RaWoR» was used; the surgery was done out-patiently. Tonsil resection was done with a dissector in the regime «Cut -2» under anaesthesia in the ENT department in the hospital. The long-term results have shown that the applied techniques were highly effective.

Key words: lingual tonsil, radio-frequent surgery.

Гипертрофии и хроническое воспаление язычной миндалины могут вызывать неприятные ощущения в горле, мучительный кашель, затруднение при глотании и дыхании, ошибочно принимаемые за проявление фарингита, служить причиной патологического храпа и остановок дыхания во сне, а также оказывать влияние в качестве очага инфекции на возникновение и течение системных заболеваний организма [1].

Распространенность заболеваний язычной миндалины значительно выше, чем их выявляемость. Это связано как с ее расположением в относительно плохо обозримой части гортаноглотки, так и с отсутствием определенного алгоритма при осмотре больных.

Работ, посвященных изучению функции, диагностике и лечению гиперпластических процессов в области корня языка, крайне мало. Хирургические вмешательства в этой зоне считаются нежелательными из-за опасности кровотечений и труднодоступности [5]. Гипертрофия язычной миндалины впервые была описана Везалием еще в 1543 г., и все же частота данной патологии за всю историю ее изучения так и не установлена. Наиболее вероятно это упущение оправдывается трудностями визуализации при проведении рутинного отоларингологического осмотра.

Среди факторов этиологии гипертрофии глоточной миндалины в первую очередь рассматривается ее травматизация, влияние вируса Эпштейна–Барр, викарное увеличение после хирургического удаления других элементов кольца Вальдейера–Пирогова (тонзиллэктомия, аденотомия), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Увеличение язычной миндалины может служить одной из причин развития ринхопатии и синдрома сонного obstructивного апноэ.

Использование холодного инструментария при операциях в области корня языка может приводить к интраоперационному кровотечению, снижению

визуализации и преждевременной остановке вмешательства. На смену удалению язычной миндалины посредством традиционного хирургического инструментария пришли более современные методы лечения. Так, с помощью электрокаутера выполняется прижигание разрастаний язычной миндалины [7], используется криовоздействие [3], разработаны методы лазерной резекции гипертрофированной миндалины [2], имеется работа по коагуляции холодно-плазменным излучателем области корня языка [6].

Резекция язычной миндалины, несмотря на прогресс в хирургических техниках, остается крайне сложной задачей, направленной на улучшение качества жизни пациентов. Все перечисленные техники обладают явными или скрытыми недостатками, и оптимальный метод операции пока не найден. Основными требованиями, предъявляемыми к хирургическим методикам, являются быстрота вмешательства, хороший гемостаз, низкий риск отека дыхательных путей, послеоперационного кровотечения, а также минимально выраженный болевой синдром, что создаст условия для скорейшего восстановления функции глотания.

Учитывая наш предыдущий опыт операций на ЛОР-органах с помощью радиоволновой аппаратуры («Сургитрон»), ее способность к коагуляции сосудов, хорошую обозримость операционного поля в связи с минимальной кровоточивостью, к сморщиванию тканей после коагуляционного радиовоздействия, можно предположить, что именно радиоволновый метод является оптимальным для хирургического воздействия на язычную миндалину.

В последние годы появилась возможность использовать более современную радиоволновую аппаратуру для щадящей хирургии заболеваний ЛОР-органов. Речь идет об аппаратуре фирмы «Sutter» (Германия). Она снабжена системами самостоятельной компьютерной настройки при выполнении процедур, высокой степенью защищенности и без-

опасности для пациента и врача и имеет наборы электродов как для обычного, так и для микродиссекторного вмешательства. В частности, в радиохирургических аппаратах «Curis» для дополнительной безопасности и скорости работы имеются два микропроцессора, а сигнал поступает не по проводам, а через световолокно без потери мощности и качества.

Цель исследования – разработать варианты лечения гипертрофии язычной миндалины с использованием современного радиочастотного оборудования «Curis».

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 112 больных с гипертрофией язычной миндалины в возрасте от 30 до 75 лет, из них мужчин было 42, женщин – 70. Большинство больных (76) были в возрасте от 50 до 75 лет.

Мы условно разделили больных на 2 группы: 1-я группа – больные с диффузным разрастанием язычной миндалины и 2-я группа – больные с увеличением доли или части миндалины или с наличием сосочковых ограниченных разрастаний и кист миндалины. Кроме того, мы в обеих группах больных особо отмечали такие проявления, как выраженный храп и остановки дыхания во сне (32 пациента). Мы направляли этих пациентов на полисомнографию до операции и после нее.

Каждый больной с подозрением на гипертрофию язычной миндалины был всесторонне обследован. Клиническое обследование начинали с тщательного выяснения анамнеза заболевания, делая акцент на давность возникновения симптомов, наличие изменений голоса, затруднение при глотании, сухой кашель, ощущение инородного тела в горле.

Для выяснения характера гипертрофии язычной миндалины, а также для предварительного суждения о предполагаемой ее структуре всем больным производили гипофарингоскопию под микроскопом «Цейс» с увеличением в 5 и 8 раз и осмотр гортаноглотки фиброларингоскопом и ригидным эндоскопом с углом обзора 70°. Практически всегда эти осмотры дополняли фоторегистрацией. Дополнительные сведения получали при магнитно-резонансном исследовании области гортаноглотки.

Проведя подробное клиническое обследование и выявив гипертрофию язычной миндалины, вначале определяли тактику хирургического лечения. Мы исходили из того, что диффузное разрастание ткани миндалины, не мешающее акту глотания и дыханию, подлежит «малой хирургии» – редукции органа (уменьшению его в размерах). Для этой манипуляции было отобрано 87 пациентов.

С помощью микроскопии и эндоскопии определяли точки для проведения анестезии и собственно радиочастотного воздействия. Данное

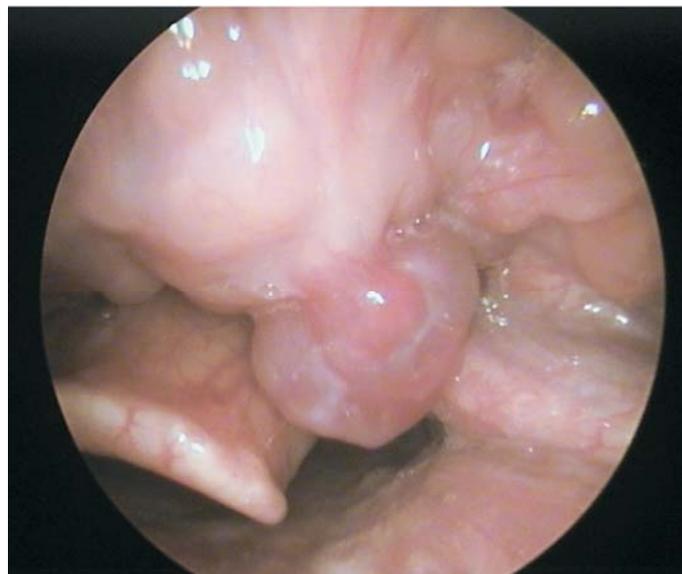


Рис. 1. Гипертрофия язычной миндалины.

вмешательство носило амбулаторный характер. Специальной подготовки оно не требовало. Исключив сопутствующую серьезную патологию и проанализировав данные анализов и обследований, мы приглашали пациента утром натощак. Для премедикации использовали кеторол (30 мг – 2.0), супрастин (2.0), цефазолин (2.0) внутримышечно. Через 30 мин орошали глотку 10% раствором лидокаина, после чего выполняли инфильтрационную анестезию 1% раствором лидокаина (5–6 мл) в 3–4 точки верхних отделов миндалины, проводя иглу, изогнутую под 45°, в толщу миндалины.

В процессе анестезии и операции больной находился в положении сидя в ЛОР-кресле. Для воздействия использовали биполярный электрод в виде вилочки в режиме «коагуляция - RaWor» в течение 20 с, вводя электрод в точки выполненной анестезии (т.е. в 3–4 зоны миндалины).

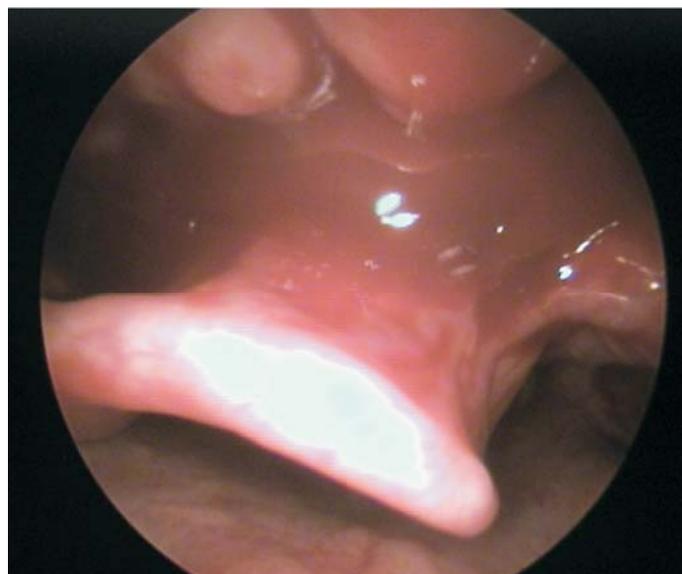


Рис. 2. Вид гортаноглотки после радиочастотного воздействия.



Рис. 3. Гипертрофированная язычная миндалина.

После вмешательства пациента оставляли под наблюдением около 2 ч и при отсутствии кровотечения, нарушения глотания выписывали домой с рекомендацией щадящего режима и диеты в течение 3 дней. Контрольный осмотр проводили через сутки, затем на 5, 10 и 30-й день. Отдаленные результаты оценивали через 1 год.

Пациентам с резкой гипертрофией язычной миндалины, одной из ее долей, кистами миндалины, глубокими лакунами с казеозным содержимым мы проводили более серьезное вмешательство – резекцию тканей язычной миндалины (25 человек).

Данную операцию производили только в условиях ЛОР-стационара, под назофарингеальным интубационным наркозом. Положение больного – горизонтальное на столе. Использовали стандартный ротарасширитель фирмы «Stopz» с фиксатором языка. Под контролем ригидной оптики (эндоскоп с углом обзора 70°) гипертрофированную часть язычной миндалины захватывали изогнутым зажимом и постепенно отсекали монополярным электродом – микродиссектором, режим «CUT-2».

Для удаления крови и слизи использовали электроотсасыватель. Поверхность раны после удаления части миндалины обрабатывали в режи-

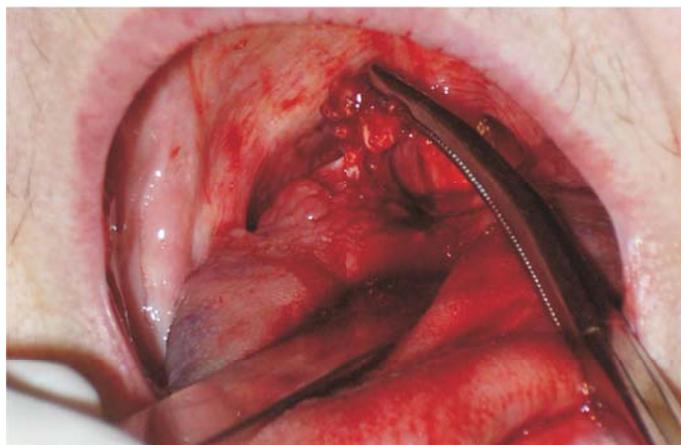


Рис 4. Этап резекции язычной миндалины.



Рис. 5. Фарингоскопическая картина через день после операции.

ме «коагуляция - RaWoR». Из 25 пациентов, оперированных в стационаре, лишь в одном случае наблюдалось умеренное кровотечение из сосудов корня языка, которое остановили вначале путем прижата салфеткой, затем обработали коагулятором, после чего установили пластину тахокомба. Послеоперационный период протекал гладко.

Для того чтобы объективизировать процесс послеоперационного течения, мы использовали визуально-аналоговую шкалу, в которой предложили пациентам оценивать боль и другие неприятные ощущения по 10-балльной системе в 1, 5, 10 и 30-й дни. Параллельно по этой же шкале отмечали толщину фибриновых налетов и перифокальную реакцию тканей корня языка. Это помогало более точно оценить состояние больного и процесс заживления раны.

Для гладкого ведения послеоперационного периода использовали пероральные антибиотики (обычно аугментин) и местные антисептики с болеутоляющим действием (гексорал-спрей, тантум-верде). После резекции миндалины осложнений не выявлено, пациентов выписывали на 3–5-й день после вмешательства.

Результаты и обсуждение

Через год после операции нам удалось вызвать и осмотреть 87 человек, из них амбулаторно редукцию язычной миндалины перенесли 70 больных, а резекцию язычной миндалины в условиях стационара – 17 пациентов.

Оказалось, что из 70 пациентов, перенесших редукцию язычной миндалины, положительный результат в виде отсутствия жалоб и объективных признаков уменьшения объема миндалины выявлен у 51 (73%) человека. Отсутствие выраженного клинического эффекта констатировано у 19 (27%) пациентов.

После резекции язычной миндалины мы смогли осмотреть через год 17 человек, из них у 15 отсут-

ствовали жалобы на дискомфорт в области глотки, а при осмотре признаков рецидива гипертрофического или воспалительного процесса язычной миндалины не выявлено. Таким образом, положительный результат констатирован в 15 случаях, что составило 89% обследованных.

В то же время у 2 пациентов мы выявили рецидив гипертрофии одной из долей язычной миндалины, а у 1 из них, кроме эндоскопических данных, вновь появилось ощущение инородного тела в горле. В этих случаях результат оценен как отрицательный, а пациенты направлены на повторное вмешательство.

Подводя итог результатам исследования, можно констатировать, что после перенесенной редукции гипертрофированной язычной миндалины положительный эффект отмечен в 73% случаев. После перенесенной резекции язычной миндалины положительный результат выявлен в 89%.

Это свидетельствует о достаточно высокой эффективности обоих методов хирургического лечения, однако с более гарантированным результатом в случаях применения резекции миндалины.

Обследовав 19 пациентов с диагностированной ронхопатией и остановками дыхания во сне через 1 год после операции (осмотр, анамнез, полисомнография), мы выяснили, что храп и остановки дыхания во сне прекратились или их количество значительно уменьшилось у 9 человек. В связи с этим мы подтвердили предположение о важной роли, которую играет увеличение язычной миндалины в этиологии и патогенезе ронхопатии и синдрома обструктивного апноэ сна. Поэтому сомнологам и оториноларингологам, занимающимся данной проблемой, можно рекомендовать особое внимание уделять не только небным миндалинам и небной занавеске, но и области корня языка и язычной миндалины.

Выявив или заподозрив патологию язычной миндалины, необходимо уточнить ее характер, используя при этом микроскоп, фиброларингоскоп или ригидный эндоскоп. Это позволит более правильно оценить жалобы больного, выработать тактику его лечения, предупредить развитие ронхопатии, остановки дыхания во сне и некоторые си-

стемные заболевания, снижающие качество жизни пациента.

Выводы

1. В практику работы поликлинического и стационарного ЛОР-отделений внедрен новый метод лечения гипертрофии язычной миндалины с помощью современной радиочастотной аппаратуры «Curis».

2. При диффузном увеличении язычной миндалины рекомендовано применение радиочастотной редукции, при выраженных сосочковых разрастаниях, а также при значительной гипертрофии ее доли показан метод резекции.

3. Редукцию увеличенной язычной миндалины можно выполнять амбулаторно, под местной анестезией, тогда как резекцию — предпочтительно в ЛОР-стационаре с применением общего обезболивания.

Литература

1. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология, — 2005. — 796 с.

2. Лапченко А.С. Перспектива и возможности применения высокоэнергетического лазерного излучения в оториноларингологии // Вестник оториноларингологии, 2002. №3. — С. 61-64.

3. Шеврыгин Б.В. Криовоздействие при некоторых оториноларингологических заболеваниях. // Труды 5-й научно-практической конференции оториноларингологов Эстонской ССР. Тарту, 1973. — С.150-160.

4. Bock J.M., Trask D.K. Coblation-assisted lingual tonsillectomy for disfagia secondary to tongue base hypertrophy. // Ann. OtoRhinolaryng., 2008. — 117(7). — P. 506-509.

5. Essadok T. Throwing light on radiofrequency and its uses. // ENT@audiology news, 2009. №3. — Vol.18, — P. 14.

6. Maturo S.C., Mair E.A. Coblation lingual tonsillectomy // Otolaryngol. Head Neck Surg., 2006. — 135. — P. 487-488.

7. Yoskoitch A., Samaha M., Siit R. Suction cautery use in lingual tonsillectomy // J. Otolaryngol., 2000. — 29. P. 117-118.