



УДК:616.322-002.3-089.87-008.815

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОАГУЛЯЦИОННОЙ ТОНЗИЛЛЭКТОМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Е. И. Саливончик, В. И. Садовский

THE EFFICIENCY OF COAGULATION TONSILLECTOMY IN THE PREVENTION OF POSTOPERATING BLEEDING

E. I. Salivonchyk, V. I. Sadowski

Гомельская областная клиническая больница, Республика Беларусь
(Главный врач – А. И. Касин)

Использование коагуляционной тонзилэктомии (КоТЭ) позволяет: снизить частоту возникновения интра- и послеоперационных кровотечений с $12,2 \pm 0,07\%$ в контрольной группе до $1,3 \pm 0,01\%$ в основной группе ($p = 0,003$) и уровень кровопотери со $166,1 \pm 39,3$ мл до $20,9 \pm 18,9$ мл в основной группе ($p = 0,0001$); достоверно снизить частоту кровотечений у пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом (ХДТ), осложненным паратонзиллярным абсцессом (ПТА) и его рецидивами с $13,5\%$ в контрольной группе до 0% в основной группе, благодаря чему можно рекомендовать данный вид тонзиллэктомии как метод выбора.

Ключевые слова: коагуляционная тонзиллэктомия, хронический декомпенсированный тонзиллит, частота кровотечений.

Библиография: 7 источников.

The application of the coagulation tonsillectomy allows to decrease the rate of the interoperating and postoperating bleeding from $12,2 \pm 0,07\%$ in the control group to $1,3 \pm 0,01\%$ on the test group, $p = 0,003$, and the volume of the bleeding from $166,1 \pm 39,3$ ml to $20,9 \pm 18,9$ ml in the test group, $p = 0,0001$. The application of the coagulation tonsillectomy allows to decrease the rate of the bleeding in the group with PTA from $13,5\%$ in the control group to 0% in the test group, it allows to recommend this method of the tonsillectomy as the method of the choose.

Key words: coagulation tonsillectomy, chronic tonsillitis, bleeding.

Bibliography: 7 sources.

Проблема лечения хронического декомпенсированного тонзиллита (ХДТ) и его осложнений до настоящего времени остается актуальной и имеет важное социальное значение. ХДТ – очаговая инфекция, элиминация которой является необходимой частью стратегии сохранения здоровья человека в целом и кардинальным лечением имеющихся сопряженных заболеваний [2, 3].

Несмотря на значительное многообразие методов лечения ХДТ-тактика правильного выбора последних до конца не определена [1]. С одной стороны, современные представления о роли небных миндалин (НМ) в организме подчеркивают необходимость щадящего к ним отношения и ограничения показаний к тонзиллэктомии (ТЭ). С другой стороны, существующие методы консервативного лечения не обеспечивают продолжительной санации НМ и могут рассматриваться лишь в качестве паллиативного метода [5, 6]. Следовательно, единственно эффективным (радикальным) методом лечения ХДТ является ТЭ – тотальное удаление НМ.

Выполнение ТЭ «классическим» методом сопровождается рядом особенностей. Во-первых, местная анестезия является недостаточно адекватной. Во-вторых, в ряде случаев невозможно тотальное удаление НМ. В-третьих, приходится прибегать к использованию острых инструментов (ложка, распаторы, ножницы), что, в свою очередь, приводит к развитию различных интра- и послеоперационных осложнений, в том числе и самому грозному – массивному – кровотечению во время операции, которое зачастую рецидивирует и в послеоперационном периоде. Перечисленные моменты влияют на психоэмоциональную сферу непосредственного участника операции – пациента, вызывают негативные психосоматические реакции, которые, в свою очередь, соответственно влияют на течение послеоперационного периода. Память о ТЭ, перенесенной под местной анестезией по «классической» методике, остается, как правило, на всю жизнь [1–3, 5].



Выбор метода хирургического лечения ХДТ за последние несколько десятилетий во всем мире стал более широким ввиду замещения классической ТЭ в современном представлении альтернативными методиками удаления НМ. Сегодня применяются электродиссекция (с использованием моно- и биполярного коагуляторов), ультразвуковой скальпель, радиочастотная абляция, метод термической сварки, карбондioxidный и полупроводниковый лазер, микродебридер, кобляция [4].

ТЭ является одним из самых распространенных в оториноларингологии хирургических вмешательств. Несмотря на многолетнюю историю этой операции, наличие разнообразных методик ее выполнения, вопрос выбора методики ТЭ и минимизации послеоперационных осложнений остается открытым.

Наиболее интересной в этом аспекте, на наш взгляд, является коагуляционная ТЭ (КоТЭ) – экстракапсулярная электродиссекция НМ при помощи биполярного коагулятора [3]. Эффективность использования последнего осуществляется в результате интенсивного парообразования тканевой жидкости и термического разложения конденсированной составляющей биоткани. При рассечении тканей электроножом по краям раны образуется тонкий слой коагуляционного струпа, т. е. рана сухая, без крови.

Цель исследования. Оценка эффективности КоТЭ в профилактике возникновения послеоперационных кровотечений по сравнению с классической ТЭ.

Материалы и методы исследования. За период 2001–2010 гг. в ЛОР-отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) в целях санации очага хронической инфекции при ХДТ выполнено 280 ТЭ. Пациенты случайным образом распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, которым выполнена ТЭ коагуляционным методом в нашей модификации [4] (основная группа, $n = 77$, 30 мужчин, 47 женщин, средний возраст $26,4 \pm 7,4$ года); во 2-ю группу – пациенты, которым выполнена операция классическим методом (контрольная группа, $n = 203$, 119 мужчин, 84 женщины, средний возраст $27,7 \pm 10,1$ года). Исследуемые группы оказались сопоставимы по половозрастному принципу, $p > 0,05$. Методика КоТЭ под эндотрахеальным наркозом была внедрена в хирургическую практику ЛОР-отделения УГОКБ в 2007 г. [3]. Ведение пациентов в послеоперационном периоде осуществлялось согласно протоколу диагностики и лечения: стационарное пребывание, щадящая диета, назначение обезболивающих и антибактериальных препаратов. Обработка данных проводилась статистическим пакетом SPSS 11,5.

Результаты и обсуждение. Современные тенденции развития оториноларингологии представляют ТЭ как безболезненную, практически бескровную операцию, предупреждающую ввиду своих методологических особенностей развитие осложнений в первую очередь таких, как глоточное кровотечение, обусловленное анатомической близостью тонзиллярных сосудов [1, 2]. Случаи кровотечения после ТЭ непредсказуемы и потенциально угрожают жизни пациента. По литературным данным встречаются от 0 до 20% [3, 5, 6, 8].

Динамика выполнения ТЭ за 10-летний период в УГОКБ представлена в табл. 1.

Таблица 1

Динамика числа выполняемых тонзиллэктомий и развившихся кровотечений в период 2001–2010 гг. ($n, \%$)

Годы	Число тонзиллэктомий (n)	Число кровотечений (n)	Процент кровотечений
2001	30	5	16,7
2002	20	1	5,0
2003	35	3	8,6
2004	24	3	12,5
2005	23	0	0
2006	13	3	23,5
2007	13	2	15,4
2008	40	4	10,0
2009	48	5	10,4
2010	34	2	5,9
Всего	280	28	10,0

При анализе данных о проведении ТЭ (табл. 1) можно отметить выраженный спад хирургической активности с 2001 по 2007 г. с сохранением постоянного количества кровотечений, что привело к серьезной проблеме – нон-комплаенсу классической ТЭ как со стороны хирургов, так и со стороны пациентов. Стали оперироваться лишь самые сложные пациенты, имеющие высокий риск послеоперационных осложнений, в том числе и кровотечений. С внедрением КоТЭ в 2007 к 2010 г. число ТЭ значительно увеличилось, однако процент кровотечений сохранился высоким, что потребовало проведения детального анализа: при каком виде ТЭ и при каких видах декомпенсации ХТ возникает глоточное кровотечение чаще и остается ли классическая ТЭ актуальной на сегодняшний день как оптимальный метод хирургического вмешательства.

Выполнение ТЭ в различных клинических группах характеризуется своими техническими особенностями и определенной долей вероятных кровотечений в послеоперационном периоде, что обусловлено различной степенью выраженности рубцового процесса, о котором можно предположить на основании анамнестических данных о длительности заболевания и количестве ежегодных рецидивов последнего [1–3].

Данные о распределении пациентов в клинические подгруппы в зависимости от видов декомпенсации, приведших к ТЭ [частые ангины при отсутствии эффекта от консервативного лечения (ЧА), паратонзиллярный абсцесс и его рецидивы (ПТА), ХДТ с сопряженными заболеваниями (СЗ)], представлены в табл. 2.

Общее число кровотечений в основной группе при использовании КоТЭ (табл. 2) оказалось достоверно ниже (1,3 %), чем в контрольной группе при использовании классической ТЭ (12,2%, $p = 0,003$). При детальном анализе с разделением ХДТ на клинические подгруппы (ЧА, ПТА и СЗ) получены следующие результаты. В подгруппе ЧА доля пациентов с развившимся кровотечением в основной группе составила $4,3 \pm 0,04\%$ случаев при $12,6 \pm 0,03\%$ в контрольной группе ($p = 0,254$), в подгруппе СЗ доля изучаемого признака в группе коагуляционной ТЭ составила 0%, в контрольной группе – $10,6 \pm 0,04\%$, что также не имело статистически достоверной разницы ($p = 0,117$), возможно, ввиду небольшого числа пациентов в основной группе (15 пациентов). В подгруппе пациентов с ПТА получены иные результаты. Так, в основной группе при использовании КоТЭ отмечено отсутствие частоты кровотечений при $13,5 \pm 0,05\%$ в контрольной группе ($p = 0,017$), что соответствует современным представлениям в отечественной и зарубежной литературе о течении патологического процесса при ПТА, выраженному рубцеванию паратонзиллярной клетчатки, сращению небных дужек с миндалинами и, как следствие, к повышенному риску развития кровотечений [2, 3, 5]. Классическая ТЭ в данном аспекте, на наш взгляд, себя полностью изжила и должна иметь альтернативу в каждом индивидуальном случае.

Таким образом, коагуляционная ТЭ сегодня может явиться тем хирургическим пособием, которое позволит контролировать весь ход операции за счет постоянного «сухого» поля и иметь возможность на шаг вперед предупреждать развитие интраоперационного кровотечения, при необходимости перевязывая тонзиллярные сосуды в нише НМ.

Таблица 2

Распределение прооперированных пациентов в зависимости от видов декомпенсации хронического тонзиллита ($n, P \pm p, M \pm \sigma$)

Кровотечение	Группы	Частые ангины ¹ ($n = 23/103$)	ПТА ² ($n = 39/52$)	ХТ с СЗ ³ ($n = 15/48$)	Всего ($n = 77/203$)
Частота возникновения	А	1 ($4,3 \pm 0,04$)	0*	0	1 ($1,3 \pm 0,01$)*
	В	13 ($12,6 \pm 0,03$)	7 ($13,5 \pm 0,05$)	7 ($10,6 \pm 0,04$)	27 ($12,2 \pm 0,07$)
Операционная кровопотеря, мл	А	$18,4 \pm 13,5^{**}$	$25,1 \pm 22,7^{**}$	$12,6 \pm 10,1^{**}$	$20,9 \pm 18,9^{**}$
	В	$157,2 \pm 27,1$	$197,3 \pm 39,7^{1-2, 2-3}$	$151,5 \pm 43,1$	$166,1 \pm 39,3$

Примечания. 1. А и В – основная и контрольная группы; 2. n – число пациентов, $P \pm p$ – доля и средняя ошибка доли, $M \pm \sigma$ – среднее и стандартное отклонение среднего.

* Статистическая достоверность различий между группами, $p < 0,05$. ** $p < 0,001$; 1, 2, 3 – группы пациентов с ХДТ, 1¹⁻², 2²⁻³ – статистическая достоверность различий внутри контрольной группы, $p < 0,05$.



При анализе операционной кровопотери, нами произведено сравнение клинических результатов у пациентов с проведенной ТЭ в подгруппах ХДТ. Так, в целом при использовании КоТЭ у пациентов с ХДТ уровень кровопотери в основной группе составил ничтожное по меркам оперирующего хирурга значение – $20,9 \pm 18,9$ мл в сравнении с объемом кровопотери при классической ТЭ – $166,1 \pm 39,3$ мл, $p = 0,0001$. Причем такой высокий уровень достоверности отмечен во всех клинических подгруппах ХДТ. В подгруппе ПТА операционная кровопотеря была даже выше, чем в подгруппах с ЧА и СЗ; при использовании классической ТЭ уровень интраоперационной кровопотери составил $197,3 \pm 39,7$ мл, что достоверно выше, чем в подгруппе ЧА ($157,2 \pm 27,1$ мл, $p = 0,001$) и в подгруппе СЗ ($151,5 \pm 43,1$ мл, $p = 0,001$). Данный факт свидетельствует о целесообразности более пристального внимания к вопросу выбора метода хирургического лечения пациентов с ХДТ, осложненным ПТА и его рецидивами.

Выводы

1. Использование коагуляционной тонзиллэктомии (КоТЭ) позволяет снизить частоту возникновения интра- и послеоперационных кровотечений с $12,2 \pm 0,07\%$ в контрольной группе до $1,3 \pm 0,01\%$ в основной группе ($p = 0,003$) и уровень кровопотери со $166,1 \pm 39,3$ мл до $20,9 \pm 18,9$ мл в основной группе ($p = 0,0001$).

2. Применение КоТЭ достоверно снизило частоту кровотечений у пациентов с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, осложненным паратонзиллярным абсцессом и его рецидивами с $13,5\%$ в контрольной группе до 0% в основной группе, что позволяет рекомендовать данный вид тонзиллэктомии как метод выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лечебно-диагностические подходы к проблеме хронического тонзиллита / В. Т. Пальчун [и др.] // Вестн. оториноларингология. – 2001. – № 1. – С. 4–7.
2. Оториноларингология / Под ред. И. Б. Солдатов и В. Р. Гофмана. – СПб., 2000. – 472 с.
3. Песоцкая М. В. Особенности кровоснабжения небных миндалин в аспекте профилактики и остановки кровотечений после тонзиллэктомии: материалы 2-й междунар. белорус.-пол. конф. по оториноларингологии «Актуальные проблемы оториноларингологии». – 2003. – С. 73–75.
4. Саливончик Е. И., Садовский В. И. Бескровная тонзиллэктомия: материалы VI съезда отоларингологов Республики Беларусь / Под ред. А. Ч. Буцель. – Минск: Ковчег, 2008. – 274 с.
5. Aberrant cervical carotid artery / S. S. Chen [et al.] // Chung Hua I Hsuen Tsa Chin. – 2000. – N 8. – 63(8). – P. 653–657.
6. Blomgren K. A., Ovarnberg Y., Valtonen A. Prospective study on pros and cons of electrodissection tonsillectomy // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111. – N 3. – P. 478–482.
7. Posttonsillectomy hemorrhage: what is it and what should be recorded? / J. Liu [et al.] // Archives of otolaryngology – head and neck surgery. – 2001. – Vol. 127 (10). – P. 1271–1275.

Саливончик Елена Ивановна – врач-оториноларинголог Гомельской областной клинической больницы. 226029, Республика Беларусь, Гомель, ул. Бр. Лизюковых, д. 5; тел.: +375-029-660-44-15, e-mail: Helensalivonchik@yahoo.com; **Садовский** Валерий Иванович – канд. мед. наук, доцент, зав. ЛОР-отделением Гомельской областной клинической больницы. 226029, Республика Беларусь, Гомель, ул. Братьев Лизюковых, д. 5.