



рациональном периоде кровотечения не отмечено. При гистологическом исследовании верифицирована невринома.

Больная осмотрена через 6 месяцев и через год. Признаков рецидива опухоли нет. Гнусавость и нарушение акта глотания прекратились.

Особенностью наблюдения является редко встречающаяся локализация новообразования. В доступной нам литературе мы не нашли описания экзофитно растущей невриномы, исходящей из толщи задней нёбной дужки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батюнин И. Т. Невринома верхних дыхательных путей и заглоточного пространства. / И. Т. Батюнин – М., Медицина, 1980. – 100 с.
2. Геккер Я. И. Два наблюдения невриномы глотки. / Я. И. Геккер. // Вестник оториноларингологии. – 1954. – №2. – С. 80–81.
3. Лопатин Б. С. Нейрофиброма гортаноглотки и наружного кольца гортани / Б. С. Лопатин. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. 1964. – №4. – С. 71–72.
4. Невриномы и церуминомы уха. / В. Ф. Антонив., Н. В. Колодий., В. И. Попадюк и др // Мат. Крымской респуб. науч.-практ. конф. оториноларингологов. – г. Евпатория, 18–19 мая 1995. – Симферополь. – 1995. – С. 64–65.
5. Оловянные И. А. Два наблюдения нейрофиброматоза парафарингеальной области. / И. А. Оловянные, А. А. Черемных // Вестн. оториолар. 1968. – №3. – С. 98–99.
6. Потапов И. И. Доброкачественные опухоли глотки. / И. И. Потапов. М., Медгиз, 1960. – 181 с.
7. Рабинович И. Я. Случай невриномы заглоточного пространства. / И. Я. Рабинович. // Вестн. оториолар. 1952. – №2. – С. 83–84.
8. Тарасова Р. Е. Нейринома глотки. / Р. Е. Тарасова. //Тр. науч.-исследов. института уха, горла и носа. М., 1953. – в. 3. – С. 105–109.
9. Чиркина К. К. Невринома глотки. / К. К. Чиркина // Вестн. оториолар. 1956. – №5. – С. 129.
10. Эстезионейробластома и невриномы полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение). Современные методы диагностики и лечения. / Д. Ю. Кралин, И. П. Кралина, Сынебогов С. В. и др. // Тез. докл. науч.-практ. конф. Главного военно-медицинского управления службы авиационной и космической медицины ВВС. – 7 Центральный военный научно-исследовательский авиационный госпиталь МО РФ. М.: – 1996. – С. 131 – 132.

УДК: (616. 31:616. 371)-007. 271-02:616. 322-089. 87-06-053. 4

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭЛЕКТРОПЛАЗМЕННОЙ ВАПОРИЗАЦИИ МИНДАЛИН В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. С. Юнусов, С. В. Рыбалкин, А. З. Абдулсаламов

ФГУ НКЦО оториноларингологии Росздрава

(Директор – проф. Н. П. Дайхес)

Рубцовый стеноз гортани и (или) ротоглотки – самое грозное послеоперационное осложнение в оториноларингологии, сужение просвета воздухоносных путей, приводящее к затруднению прохождения воздуха при дыхании. Хронический стеноз, возникающий после длительной интубации, травмы, папилломатозе гортани, характеризуется медленным развитием симптомов и отличается стойкостью. Организм до определённого предела сравнительно хорошо приспосабливается к уменьшенному поступлению воздуха, если сужение просвета гортани формируется постепенно и медленно. Если стеноз развивается в течение короткого времени, то наступает угрожающее для жизни состояние, при котором требуется принятие самых неотложных мер с целью восстановления нарушенного дыхания [1, 2].

В детской оториноларингологии чаще сталкиваются с острыми стенозами ротоглотки и гортани, причины которого весьма разнообразны. В первую очередь, это отёки, как не воспалительного характера (аллергический отёк), так и воспалительные. Воспалительные отёки сопровождают ангину, флегмонозный ларингит, абсцесс надгортанника, нагноительные процессы



в глотке, окологлоточном пространстве, корне языка, мягких тканях. Ларинготрахеит при острых респираторных вирусных инфекциях – самая частая причина стеноза гортани в раннем детском возрасте. Редко отёк бывает изолированно в гортани, благодаря особенностям лимфоидной ткани у детей, педиатры также сталкиваются с сужением просвета ротоглотки. Но до последнего времени выделение стеноза ротоглотки в отдельную нозологическую форму не представлялось актуальным.

Развитие современной аппаратуры оправданно повлекло за собой поиск новых технологий в лечении заболеваний ЛОР-органов. Большую популярность получили методики лечения хронического тонзиллита путём химического (криодеструкция), радиоволнового и лазерного (электроплазменная вапоризация (ЭПВ)) воздействия на небные миндалины [4]. Согласно литературным данным, ЭПВ – это метод, при котором лазерное излучение воздействует на ткань миндалины, как бы испаряя её. Эта технология позволяет не только уменьшить размер миндалины, но и устранить все «карманы» в ее толще, где и скапливается инфекция при хроническом рецидивирующем тонзиллите [3, 4, 5]. Эта методика рекомендуется для лечения хронического тонзиллита и обструкции дыхательных путей ввиду увеличенного размера миндалин. Процедура выполняется чаще под местной анестезией в течение 15–20 минут, чаще амбулаторное, что позволяет пациенту вернуться к обычной активности на следующий же день. Послеоперационное кровотечение наблюдается в 2–5 %. Кроме того, эта методика удаления небных миндалин характеризуется минимальным болевым синдромом в послеоперационном периоде [4].

Апологеты этого метода уверяют в отсутствии осложнений после применения данной методики.

Мы приводим наше клиническое наблюдение осложнений в виде изменений в глотке после электроплазменной вапоризации.

Больному К. 3 лет 4 месяцев, история болезни №15256, по месту жительства была выполнена ЭПВ под интубационным наркозом. Через 2 месяца родители стали отмечать затруднения глотания твердой пищи, нарастания гнусавости.

Ребенок направлен для лечения в отделение детской ЛОР патологии ФГУ НКЦО оториноларингологии Росздрава. При оториноларингологическом осмотре нами был диагностирован – рубцовый стеноз ротоглотки, с сужением просвета до 0,7–0,8 см с выраженным нарушением функции глотания (рис. 1).



Рис. 1.

18.10.2008 г. под интубационным наркозом произведено иссечение рубцов ротоглотки с пластикой мягкого неба, язычка.

Особые сложности представляли интубация больного, которую удалось произвести с использованием гибкой волоконной оптики.



Рис. 2.

На 10 сутки после операции ребенок был выписан под наблюдение ЛОР врача по месту жительства.

Рецидива рубцового стеноза глотки при катамнестическом осмотре через один и три месяца после выписки не отмечено.

Заключение

Методы лечения хронического тонзиллита с использованием ЭПВ и подобных технологий в оториноларингологической практике применяются недавно, недостаточно отработана техника его использования при различных заболеваниях, нет достоверных данных об отдаленных результатах лечения, не доказано преимущества метода по отношению к традиционным методикам используемым в ЛОР-хирургии. На наш взгляд в основе данных методик лежит рубцевание лимфоидной ткани, пусть не в такой тяжёлой степени, как в приведённом нами наблюдении. Рубцовые изменения лакун и крипт миндалин противоречит органосохраняющему принципу, заявленному приверженцами данных методов «лечения» хронического тонзиллита.

Далеко не все новые методики приемлемы у детей. Применение современных медицинских технологий в детской оториноларингологии недопустимо без основательной доказательной базы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х. Т. Оптимизация профилактики стенозов гортани, трахеи/ Х. Т. Абдулкеримов, Н. В. Николаева, Н. С. Николаев // Рос. оторинолар. (приложение). – 2008. – №3. – С. 386–389.
2. Боечко С. К. Диагностика и лечение больных с ожогами дыхательных путей / С. К. Боечко, С. А. Полищук // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1983 г. – №3. – С. 56–62.
3. Вишняков В. В. Холодноплазменная тонзилэктомия/ В. В. Вишняков// Рос. оторинолар. (приложение). – 2008. – №3. – С. 39–42.
4. Князьков В. Б. Современные лазерные технологии в ЛОР-хирургии/ В. Б. Князьков// Там же. №4. – С. 56–57.
5. Мельников М. Н. Оптимизация методики тонзилэктомии/ М. Н. Мельников // Мат. XVII съезда оториноларингологов России. – СПб., РИА-АМИ. – 2006. – С. 459–460.