



3. Шахова Е. Г., Бакумова О. Р. Острые воспалительные заболевания глотки и околоносовых пазух у детей. Учеб.-метод. пособие для системы последипломого образования по оториноларингологии. – Волгоград, 2011. – 57с.
4. Эпидемиология полипозных риносинуситов / А. А. Ланцов [и др.]. – СПб.: РИА-АМИ, 1999. – 96 с.

Зайцев Вадим Александрович – ассистент каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-905-063-74-86, e-mail: ent-volgograd@yandex.ru

Шахова Евгения Георгиевна – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-903-375-18-65, e-mail: shahova-lor@yandex.ru

Пелих Елена Владимировна – ассистент каф. оториноларингологии Волгоградского ГМУ. 400131, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1; тел.: 8-961-068-58-59, e-mail: pelikh-e@yandex.ru

УДК 616.216-002-073-089

КЛИНИКО-ЛУЧЕВАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИПОЗНОГО РИНОСИНУСИТА

С. А. Карпищенко, А. А. Зубарева, М. А. Шавгулидзе

CLINICAL-RAY CHARACTERIZATION OF DIFFERENT CLINICAL FORMS OF CHRONIC POLYPOID RHINOSINUSITIS

S. A. Karpischenko, A. A. Zubareva, M. A. Shavgulidze

ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Хронический полипозный риносинусит остается актуальной проблемой оториноларингологии. Дифференцировка хронического полипозного риносинусита с использованием цифровой объемной томографии на четыре группы: воспалительная, аллергическая, одонтогенная и смешанная, а также разработка их клинико-лучевых критериев позволяют утвердиться в выборе методов лечения.

Ключевые слова: цифровая объемная томография, воспалительные, аллергические, одонтогенные и смешанные синуситы.

Библиография: 2 источника.

Polypoid chronic rhinosinusitis is an urgent problem of Otorhinolaryngology. Differentiation of chronic polypoid rhinosinusitis using digital volume tomography in four groups: inflammatory, allergic, and odontogenic mixed, and the development of clinical-ray criteria can establish itself in the choice of treatment.

Key words: digital volume tomography, inflammatory, allergic and odontogenic mixed polypoid rhinosinusitis.

Bibliography: 2 sources.

Полипозные риносинуситы являются одними из наиболее распространенных хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух и составляют до 32% в общей структуре ЛОР-заболеваемости. В общей популяции распространенность полипов полости носа составляет 4%. Среди больных бронхиальной астмой этот показатель достигает 7–15%, а у лиц с непереносимостью нестероидных противовоспалительных средств – 36–60% [1]. Диагностика и лечение хронического полипозного риносинусита остаются сложными клиническими проблемами.

Значительны дифференциально-диагностические трудности в оценке характера и распространенности полипозного процесса в околоносовых пазухах и полости носа и выяснении его причин (воспалительный, аллергический, одонтогенный, смешанный) [2]. Остается не разработанный лучевая симптоматика (качественный и количественный денситометрический анализ) воспалительной, аллергической, одонтогенной и смешанной форм хронического полипозного риносинусита. Значение методов лучевой диагностики для консервативного и хирургического лечения больных



с воспалительной, аллергической, одонтогенной и смешанной формами хронического полипозного риносинусита до настоящего времени еще изучены недостаточно.

Цель исследования. Уточнить и систематизировать клиничко-лучевую симптоматику хронического полипозного риносинусита различного генеза (воспалительной, аллергической, одонтогенной и смешанной форм).

Пациенты и методы исследования. За период 2007–2012 гг. на кафедре оториноларингологии с клиничкой обследовано и проведено лечение 456 больных с хроническим полипозным риносинуситом: 110 человек – хронический полипозный риносинусит воспалительной формы, аллергической – 158 человек, одонтогенной – 95 человек и смешанной – 93 пациента.

При этом наряду с клиничко-инструментальными исследованиями (эндоскопия полости носа с применением 0 и 30° эндоскопов, исследование функции носового дыхания, клиничский анализ крови, гистологическое исследование операционного материала) всем 456 пациентам была выполнена трехмерная компьютерная томография на объемном томографе Galileos с программным обеспечением Galaxis с цифровой обработкой изображения и локальной денситометрией.

Результаты. В корреляции с клиничко-инструментальными данными, результатами цифровой объемной томографии разработаны дифференциально-диагностические критерии четырех форм хронических полипозных риносинуситов [воспалительной, аллергической, одонтогенной и смешанной (табл. 1–4, рис. 1–4)].

Таблица 1

Хронический полипозный риносинусит воспалительного генеза

Дифференциально-диагностические признаки	ХПР воспалительного генеза n = 110 (100%) (69 мужчин, 41 женщина)
1. Этиология, патогенез	Экзогенная (вирусная, бактериальная) инфекция полости носа и околоносовых пазух. Снижение иммунорезистентности организма
2. Анамнез	Начало заболевания преимущественно во взрослом возрасте (21–54 лет) после часто повторяющихся эпизодов острых или обострения хронических гнойных риносинуситов
3. Жалобы	Начало заболевания в виде гнойного синусита. Воспалительный процесс носит диффузный характер и захватывает клетки решетчатого лабиринта, верхнечелюстные пазухи, реже лобную и клиновидную пазухи. Жалобы: – на затруднение носового дыхания с двух сторон с преобладанием на стороне поражения; – наличие выделений слизисто-гнойного характера (без запаха); – боли в проекции пораженных пазух; – головные боли с интоксикационным синдромом; – субфебрилитет; – снижение остроты обоняния
4. Данные ЛОР-обследования	Болезненность при перкуссии и пальпации в проекции пораженных пазух. При эндоскопии полости носа: – застойная гиперемия и отек слизистой оболочки с двух сторон; – увеличение в размерах нижних носовых раковин с двух сторон и средней носовой раковины с полипозными изменениями ее структуры; – слизисто-гнойное отделяемое в средних носовых ходах; – полипозная ткань в среднем носовом ходе; – в 88,2% (97 человек) случаев отмечена различная степень выраженности искривления перегородки носа; – в 57,3% (63 человека) случаев отмечена гипертрофия носовых раковин (средних и нижних); – в 28,2% (31 человек) случаев отмечена гипертрофия добавочного соустья верхнечелюстных пазух; – носовое дыхание значительно затруднено с двух сторон, вплоть до полного его отсутствия; – гипоосмия 2-й степени
5. Данные лабораторных исследований	В клиничском анализе крови определяются лейкоцитоз, увеличение показателя СОЭ, эозинофилия носит индивидуальный характер

Дифференциально-диагностические признаки	ХПР воспалительного генеза n = 110 (100%) (69 мужчин, 41 женщина)
6. Трехмерная компьютерная томография околоносовых пазух на аппарате Galileos с программным обеспечением Galaxis (ЗДКТ ОНП)	Изменения в средних носовых ходах определяются как локальное полиповидное утолщение слизистой оболочки в 98,2% (108 человек) случаев. Разная степень выраженности сужения носовых ходов и зоны, естественных соустьев с околоносовыми пазухами в 94,5% (104 человека) случаев. В верхнечелюстных синусах – утолщение слизистой оболочки в нижних и медиальных отделах пазух, округлые тени в альвеолярных бухтах в 100% (110 человек) случаев, наличие экссудата – в 62,7% (69 человек). В проекции ячеек решетчатого лабиринта: определяется частичное затенение в 57,3% (63 человека) случаев, тотальное затенение ячеек решетчатого лабиринта с двух сторон – в 47,3% (52 человека), костные перегородки ячеек сохранены. В лобных пазухах – незначительное равномерное утолщение слизистой оболочки по нижним стенкам в 35,5% (39 человек) случаев, полипозные изменения слизистой оболочки в 41,8% (46 человек) случаев, экссудат в 8,2% (9 человек) случаев. Клиновидные пазухи – экссудат определялся в 37,3% (41 человек), полипозные изменения слизистой оболочки – в 36,4% (40 человек) случаев
7. Гистологическое исследование	Отечные полипы, фибрино-отечные полипы с лейкоцитарной (нейтрофильной) инфильтрацией
8. Отдаленные анамнестические данные частоты рецидивов	Частота рецидива полипоза полости носа и околоносовых пазух составила от 1 до 3 раз в 5 лет (причина рецидива обусловлена обострением хронического гнойно-воспалительного процесса в околоносовых пазухах на фоне ОРВИ, переохлаждения, снижения иммунорезистентных сил организма)

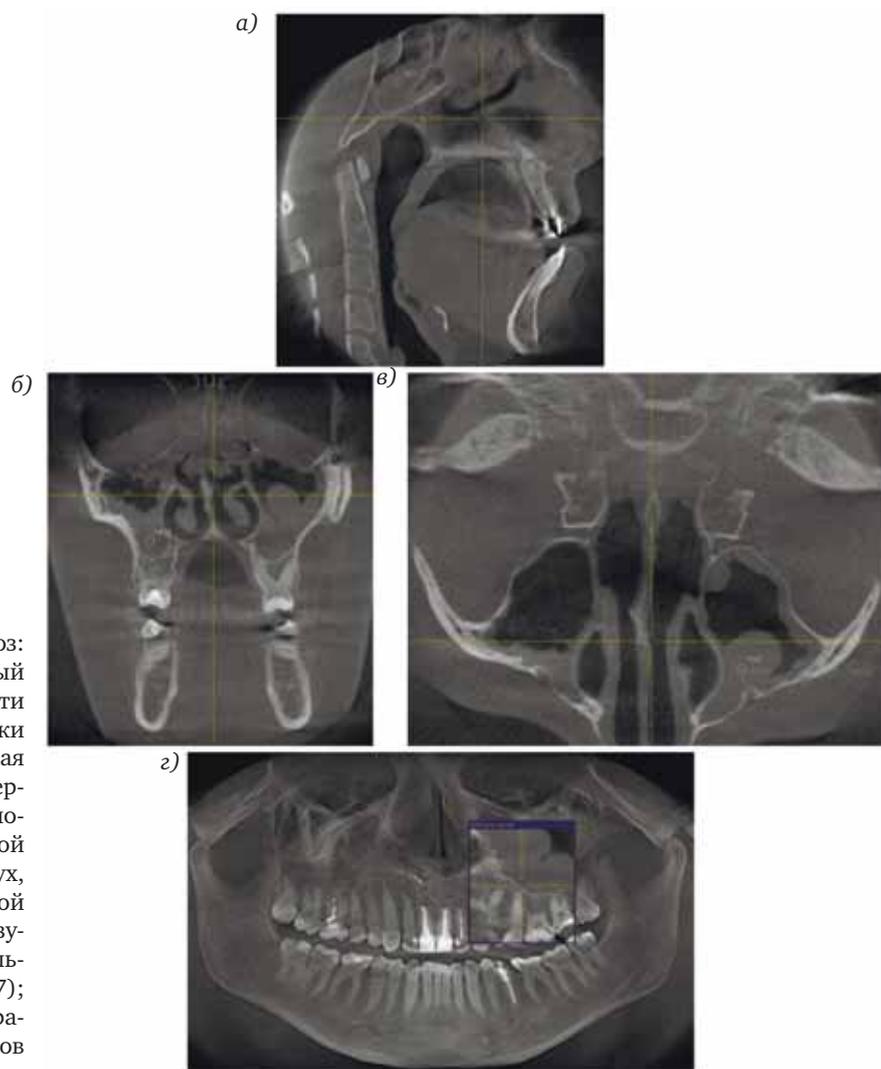


Рис. 1. Б-ная С., 34 года, диагноз: хронический полипозно-гнойный риносинусит, полипоз полости носа, искривление перегородки полости носа. Цифровая объемная томография: в режиме трехмерной (а–в) рентгенографии – полиповидное утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух, клеток решетчатой кости, в правой верхнечелюстной и основной пазухах определяется экссудат (локальная денситометрия 1425–1427); в режиме «панорамная зонография» (г) – пломбировка каналов фронтальных зубов и моляров.



Хронический полипозный риносинусит аллергического генеза

Дифференциально-диагностические признаки	ХПР аллергического генеза n = 158 (100%) (67 мужчин, 91 женщина)
Этиология, патогенез	Аллергическая настроенность организма: – бронхиальная астма, аспириновая триада; – аллергические риниты (сезонные, круглогодичные).
Анамнез	Дебют заболевания в равных степенях возможен как в пред- и пубертатном периодах, так и во взрослом состоянии. Ухудшение течения аллергического заболевания, в том числе и бронхолегочной патологии. Пусковым моментом может быть как признак аллергизации, так и перенесенная ОРВИ, этиологический фактор которой в воспалительно-гнойную форму не реализуется. Прием провоцирующих продуктов питания, лекарственных препаратов, респираторный аллергоз
Жалобы	Начало заболевания в основном проявляется как аллергический ринит с последующими жалобами: – на выраженное затруднение носового дыхания с двух сторон; – слизистые выделения из полости носа с двух сторон; – носовой «кашель» и приступы чихания; – закрытая ринолалия; – эпизоды конъюнктивального синдрома; – снижение остроты обоняния 3–4-й степени; – головные боли, интоксикационный синдром и повышение температуры тела отсутствуют
Данные ЛОР-обследования	Болезненность при пальпации и перкуссии ОНП отсутствует. При эндоскопии полости носа: – слизистая оболочка бледная с желтоватым оттенком и равномерным ее отеком, более выраженным в среднем и верхнем этажах полости носа; – увеличение в размерах средних носовых раковин; – полипозное изменение средних носовых раковин, с obturацией обеих половин полости носа отечными полипами и наличием слизистого отделяемого в полости носа; – в просвете хоан в 27,8% (44 человека) случаев определяются полипы, пролабирующие из задних отделов полости носа или верхнечелюстных пазух; – девиации перегородки носа не являются определяющим фактором – 17,1% (27 человек) случаев; – выраженное затруднение носового дыхания с двух сторон; – снижение остроты обоняния 3–4-й степени.
Данные лабораторных исследований	В клиническом анализе крови превалирует выраженная эозинофилия, в ряде случаев лимфоцитоз и лейкопения
ЗДКТ ОНП – «Sirona»	Идентичное субтотальное и тотальное снижение пневматизации во всех околоносовых синусах за счет полипозных разрастаний в 100% (158 человек) случаев. Зоны соустьев ОНП расширены в 87,3% (138) случаев. Частичная атрофия стенок синусов от сдавления в 100% (158) случаев. Определяется <i>concha bullosa</i> в 71% (112) случаев и <i>bulla ethmoidalis</i> – 50% (79). Экссудат в просвете верхнечелюстных пазух – 68,3% (108), лобных – 27,8% (44) и клиновидных – 17,1% (27). Наличие псевдокист в верхнечелюстных пазухах – 15,2% (24)
Гистологическое исследование	Отечные полипы с утолщением базальной мембраны и выраженной инфильтрацией сегментоядерными эозинофильными гранулоцитами. Железистые полипы – (полипозная ткань, удаленная из средних носовых ходов).
Отдаленные анамнестические данные частоты рецидивов	Ранние рецидивы полипоза полости носа ХПР до одного в год

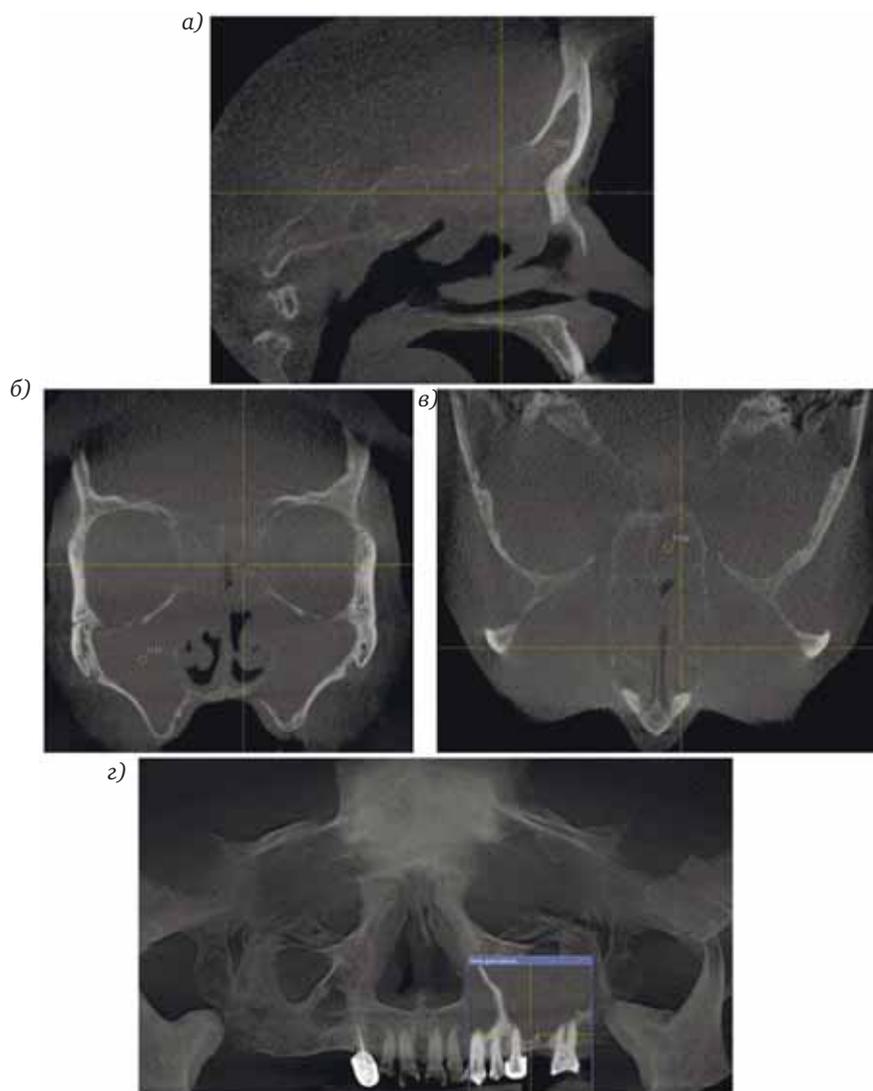


Рис. 2. Б-ная К., 70 лет; диагноз: хронический полипозный риносинусит, полипоз полости носа, бронхиальная астма, полная аспириновая триада, поливалентная медикаментозная аллергия. Цифровая объемная томография: в режиме трехмерной рентгенографии – в трех плоскостях (сагиттальной – а, фронтальной – б, аксиальной – в) определяется тотальное затемнение всех околоносовых пазух по типу полипозных разрастаний, частичная атрофия костных стенок околоносовых пазух от давления, расширение зоны естественных соустьев; в режиме «панорамная зонография» (г) – множественная вторичная адентия зубов верхней челюсти. Локальная денситометрия 1118–1292.

Т а б л и ц а 3

Хронические полипозные риносинуситы одонтогенного генеза

Дифференциально-диагностические признаки	ХПР одонтогенного генеза, n = 95 (100%) (44 мужчины, 51 женщина)
1. Этиология, патогенез	Очаг воспалительной одонтогенной природы (периодонтит, остеомиелит верхней челюсти, одонтогенные кисты, ретинированные зубы, травма дна верхнечелюстной пазухи, инородные тела). В результате данного стоматологического процесса преимущественным образом страдают верхнечелюстные синусы, на втором месте – клетки решетчатого лабиринта и значительно реже – лобный синус и клиновидная пазуха
2. Анамнез	Неадекватное эндодонтическое лечение премоляров и моляров верхней челюсти, проникновение одонтогенного инородного тела в просвет пазухи, экстракция зубов с повреждением замыкательной пластинки дна верхнечелюстной пазухи. Данные причины возникновения патологического процесса могут быть как на фоне аллергического статуса, так и без него



Дифференциально-диагностические признаки	ХПР одонтогенного генеза, n = 95 (100%) (44 мужчины, 51 женщина)
3. Жалобы	<p>Исходно процесс односторонний, ограниченный в проекции дна верхнечелюстной пазухи. При отсутствии аллергического дополнительного компонента заболевание вначале может быть малосимптомным. При наличии аллергического компонента к симптомам одонтогенного верхнечелюстного синусита присоединяется клиника сезонного или круглогодичного ринита.</p> <p>Жалобы:</p> <ul style="list-style-type: none"> – на дискомфорт и (или) боль в проекции заинтересованного зуба либо в постоперационной области после экстракции зуба и альвеолярной бухты пазухи; – возможны болевые ощущения в проекции заинтересованного синуса; – субфебрилитет; – головные боли; – выделения из полости носа с кариозным запахом; – затруднение носового дыхания, снижение остроты обоняния 1–2-й степени
4. Данные ЛОР-обследования	<p>Болезненность при пальпации и перкуссии в проекции пораженной пазухи. Изменения эндоскопической картины полости носа на стороне поражения:</p> <ul style="list-style-type: none"> – застойная гиперемия, отек слизистой оболочки полости носа – 100% (95); – увеличение в размерах носовых раковин – 86,3% (82); – слизисто-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе – 44,2% (42); – полипозные изменения в области средних носовых раковин и зоны хоан характеризуются формированием солитарных полипов. <p>Обострение процесса на фоне переохлаждения, снижения иммунорезистентности и ОРВИ носит характер острого гнойного верхнечелюстного синусита – открытая форма</p>
5. Данные стоматологического обследования	<p>Одонтогенная воспалительная патология (осложненный кариес, острый или хронический периодонтит, одонтогенные кисты, хронический остеомиелит). Наличие ороантрального сообщения на месте удаленного причинного зуба. Гнойные свищи в альвеолярной области, отек мягких тканей в щечной области, твердого неба, попадание жидкой пищи в нос во время еды</p>
6. Данные лабораторных исследований	<p>В клиническом анализе крови определяется увеличение СОЭ, увеличение уровня эозинофилов определяется степенью выраженности аллергической настроенности организма. Увеличение числа лейкоцитов наблюдается при обострении процесса</p>
7. ЗДКТ ОНП – Sirona	<p>Снижение пневматизации дистальных отделов верхнечелюстного синуса:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ограниченное пристеночное, кистоподобное, полиповидное утолщение слизистой оболочки дна верхнечелюстной пазухи на уровне верхушек корней пораженных зубов – 100% (95); – наличие горизонтального уровня экссудата – 61% (58); – дефект замыкательной костной пластинки дна верхнечелюстной пазухи – 100% (95); – частичное затемнение передних и средних клеток решетчатого лабиринта – 13,7% (13). <p>При аллергической настроенности в других ОНП могут быть признаки отека слизистой оболочки с полиповидными изменениями</p>
8. Гистологическое исследование	<p>Отечные полипы, фибрино-отежные полипы с лейкоцитарной (нейтрофильной) инфильтрацией</p>
9. Отдаленные анамнестические данные частоты рецидивов	<p>Частота рецидива зависит от степени адекватности лечения одонтогенного очага инфекционно-воспалительного процесса</p>

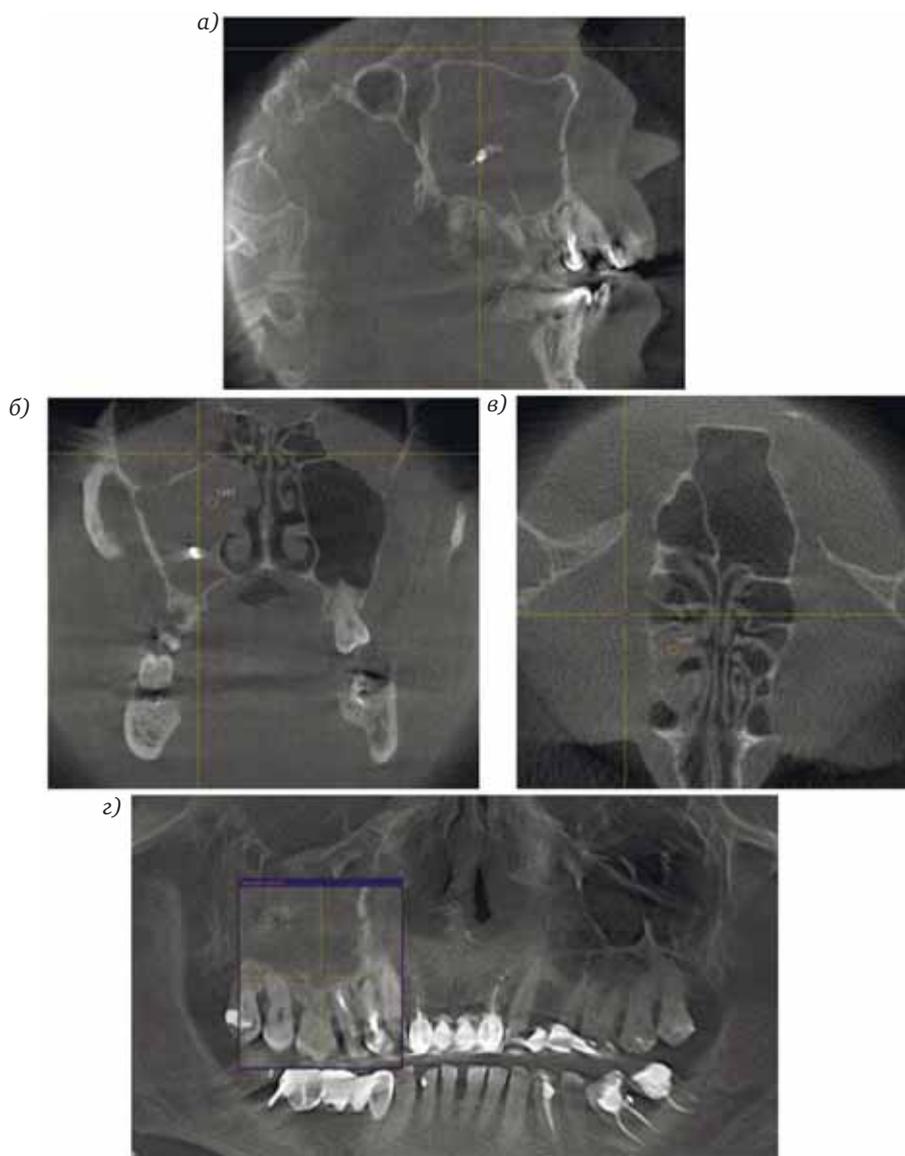


Рис. 3. Б-ной Д., 56 лет, диагноз: хронический одонтогенный полипозный правосторонний гайморэтноидит, полипоз полости носа справа, инородное тело правой верхнечелюстной пазухи (пломбировочный материал). Цифровая объемная томография: в режиме трехмерной (а–в) рентгенографии – тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи (полипозные разрастания), в средней трети синуса определяется рентгенопозитивное инородное тело (локальная денситометрия 3060), частично затемнены передние и средние клетки решетчатого лабиринта; в режиме «панорамная зонография» (г) – хронический гранулезный периодонтит 14, 15 зубов, нарушение целостности замыкательной пластинки дна правой верхнечелюстной пазухи в области 15-го зуба.



Хронический полипозный риносинусит смешанного генеза

Дифференциально-диагностические признаки	ХПР смешанного генеза n = 93 (100%) (57 мужчин, 36 женщин)
Этиология, патогенез	Экзогенная и эндогенная вирусная и бактериальная инфекция у пациентов с комбинацией аллергической настроенности и наличием одонтогенных очагов патологии
Анамнез	Наличие хронического очага инфекции одонтогенного происхождения или стоматологических манипуляций. Обострение воспалительного процесса на фоне ОРВИ, ОРЗ. Проявление аллергизации
Жалобы	Симптомы хронического полипозного риносинусита: – субфебрилитет; – дискомфорт в области заинтересованного синуса; – боли и дискомфорт в зоне одонтогенного очага; – приступы чихания и «носового кашля»; – ухудшение течения бронхолегочной патологии; – скудные («упорные») выделения из полости носа с двух сторон, чаще без запаха; – стойкое затруднение носового дыхания с двух сторон; – снижение остроты обоняния 3–4-й степени
4. Данные ЛОР-обследования	Эндоскопия полости носа: – искривление перегородки носа 45,2% (42); – слизистая оболочка полости носа застойно-гиперемированная, умеренно отечная – 100% (93); – нижние и средние носовые раковины полипозно измененные – 83% (78); – полипы, исходящие из средних носовых ходов и обтурирующие общие носовые ходы преобладают на стороне одонтогенного очага инфекции – 50,5% (47); – в просвете носовых ходов гнойное отделяемое – 50,5% (47), слизистое отделяемое – 49,5% (46); – носовое дыхание затруднено с двух сторон – 100% (93)
5. Данные лабораторных исследований	В клиническом анализе крови – увеличение уровня лейкоцитов, эозинофилов и СОЭ
6. ЗДКТ ОНП – Sirona	Изменения в верхнечелюстных синусах полипозного характера с преобладанием их на стороне одонтогенного очага в верхней челюсти – 100% (93). Зона естественных соустьев сужена – 44,1% (41), расширена – 55,1% (52). В средних носовых ходах локальные полиповидные утолщения слизистой оболочки – 76,3% (71). Наличие горизонтального уровня экссудата – 30,1% (28). Частичное затемнение в проекции ячеек решетчатой кости с преобладанием на стороне одонтогенного очага верхней челюсти. Костные перегородки ячеек сохранены – 69,9% (65). В лобных пазухах незначительное равномерное утолщение слизистой оболочки по нижним стенкам – 11,8% (11). Дефект замыкательной костной пластинки дна верхнечелюстной пазухи – 60,2% (56)
7. Гистологическое исследование	Фиброзно-отечные полипы с лейкоцитарной их инфильтрацией
8. Отдаленные анамнестические результаты частоты рецидива	Причина рецидива – обострение хронического риносинусита на фоне ОРЗ и ОРВИ, переохлаждения, снижения иммунорезистентных сил организма и выраженности аллергической настроенности и активности одонтогенного очага инфекции. Обострение с рецидивом полипоза отмечено от 3 до 7 раз в 5 лет

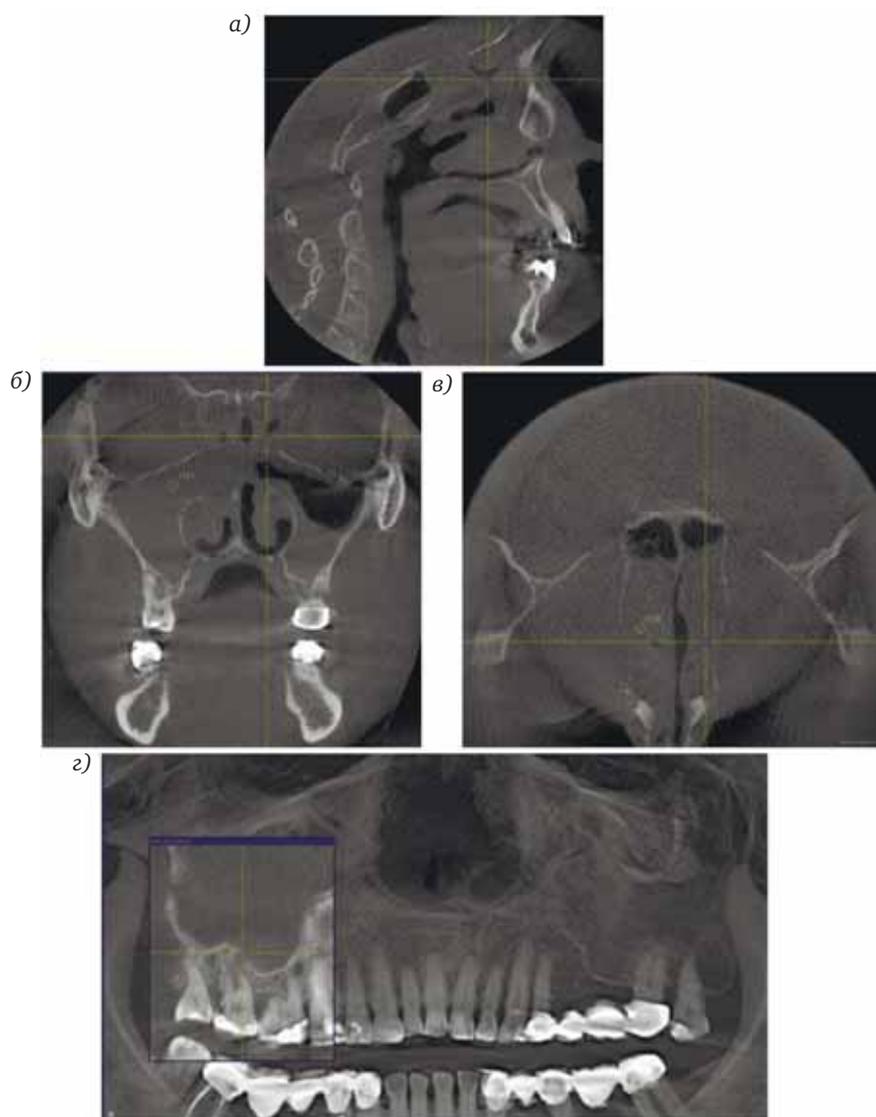


Рис. 4. Б-ная Ч., 58 лет, диагноз: обострение хронического правостороннего гнойно-полипозного риносинусита, полипоз полости носа – рецидив справа, хронический периодонтит 17-го зуба, бронхиальная астма смешанного генеза. Цифровая объемная томография: в режиме трехмерной (а–в) рентгенографии – тотальное затемнение (полипозные разрастания – локальная денситометрия 1141) и наличие экссудата в правой верхнечелюстной пазухе, расширение области естественных соустьев верхнечелюстных пазух, больше справа, левая верхнечелюстная пазуха затемнена в нижних отделах, снижение пневматизации клеток решетчатого лабиринта и лобных синусов с двух сторон, в просвете среднего носового хода справа выявлен полипоз; в режиме «панорамная зонография» (2) – хронический периодонтит 15, 16, 17-го зубов, дефект замыкательной пластинки дна правой верхнечелюстной пазухи в области вестибулярного корня 17-го зуба.

Выводы

Комплексное клиничко-лучевое обследование 456 больных с хроническим полипозным риносинуситом позволило выделить четыре клинические формы: воспалительную, аллергическую, одонтогенную и смешанную.

Доказана высокая эффективность трехмерной компьютерной томографии с локальной денситометрией в диагностике различных клинических форм хронического полипозного риносинусита и оценке эффективности его консервативного и хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни уха, горла и носа / Х. Бербом [и др.]. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 772 с.
2. Чибисова М. А., Зубарева А. А. Цифровая объемная томография (3D Galileos/Galaxis, Sirona) – стандарт качества диагностики и лечения в стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и оториноларингологии. СПб.: СПБИНСТОМ, 2010. – 128 с.



Карпищенко Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-812-499-70-19

Зубарева Анна Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии ПСПбГМУ ГБОУВПО им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-921-322-83-53, e-mail: a.zubareva@bk.ru

Шавгулидзе Марина Анатольевна – ассистент каф. оториноларингологии ПСПбГМУ ГБОУВПО им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-911-224-96-55, e-mail: soikomedplus@mail.ru

УДК: 616.22-007.271:615.211

ДОСТИЖЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ГОРТАНИ

С. А. Карпищенко¹, Л. В. Колотилов², М. А. Рябова¹, В. Е. Павлов¹

CONCEPT OF ANESTHETIC SAFETY ACHIEVEMENT DURING ENDOSCOPIC SURGERY OF THE LARYNX

S. A. Karpischenko, L. V. Kolotilov, M. A. Ryabova, V. E. Pavlov

¹ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

² ГБОУ ВПО «Северно-западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» (Зав. каф. анестезиологии и реаниматологии и интенсивной терапии – проф. В. А. Глущенко)

В статье представлена концепция достижения безопасности анестезиологического обеспечения эндоскопических операций на гортани. Основой концепции является целенаправленный выбор метода струйной вентиляции и способа введения инсuffляционного катетера в зависимости от характера патологического образования, его локализации, распространенности и вида эндоларингеального вмешательства. Безопасность выполнения эндоларингеальных вмешательств обеспечивается эффективным взаимодействием оториноларинголога и анестезиолога на всех этапах лечебно-диагностического процесса, включающего предоперационное обследование больного и координацию действий в периоперационном периоде. Практическая реализация концепции позволила резко снизить количество осложнений при использовании струйных методов вентиляции.

Ключевые слова: струйная вентиляция легких, эндоскопическая хирургия гортани, осложнения, безопасность.

Библиография: 14 источников.

The article presents the concept of the achievement of anesthesiological safety during endoscopic operations on the larynx. The base of concept is the goal-directed selection of jet ventilation technique and the insertion of insufflation catheter as consistent with the nature of pathological object, its localization, extension and kind of endolaryngeal operation. Safety of the fulfillment of endoscopic laryngeal operations is ensured by the effective cooperation of otorhinolaryngologist and anesthesiologist at all stages of the diagnostic and surgical treating process, which includes the preoperative patient examination and coordination of actions during the perioperative period. The practical realization of concept made it possible to reduce sharply the quantity of complications with the use of jet ventilation methods.

Key words: jet ventilation of lungs, endolaryngeal surgery, complications, safety.

Bibliography: 14 sources.

Основной особенностью эндоларингеальных операций является работа оториноларинголога и анестезиолога в одной анатомической зоне, что требует четкого взаимодействия и понимания общих задач [7, 9, 13]. Выполнение данного вида вмешательств невозможно при использовании

стандартного анестезиологического оборудования и инструментария, так как эндотрахеальные трубки и катетеры, расположенные в просвете голосовой щели, ухудшают, а иногда исключают возможность выполнения эндоларингеальных вмешательств [9]. Много ограничений и анесте-