



ЛИТЕРАТУРА

1. Лучевая анатомия человека. Под ред. Т. Н. Трофимовой. — СПб.: Издательский дом СПб МАПО, 2005. 496с.
2. Прокоп М. Галансии М. Спиральная и многослойная компьютерная томография: учебн. Пособие: В 2 т./ Матиас Прокоп, Михаэль Галансии; Пер. с англ.; Под. Ред. А. В.Зубарева, Ш. Ш. Шотемора. М.: МЕДпресс-информ, 2006–2007. 712 с.
3. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной клетки. СПб., 2003. 250 с.

Рыков Андрей Евгеньевич – заочный аспирант каф. оперативной хирургии и клинической анатомии им. С.С. Михайлова Оренбургской ГМА, врач рентгенолог первой категории рентгенологического отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000, г. Оренбург, ул. Советская 6, телефон 8(3532)77-93-86, orgma@esoo.ru; **Самойлов** Петр Владимирович – канд. мед. наук, хирург-онколог высшей категории торакального отделения Оренбургского областного клинического онкологического диспансера, 460000 г. Оренбург, проспект Гагарина, 11, телефон 8(3532)333314

УДК: 616.22-066.52-085

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИПОЗНО-ГНОЙНОГО РИНОСИНУСИТА У БОЛЬНЫХ С АСПИРИНОВОЙ ТРИАДОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРА И РАДИОЧАСТОТНОЙ ПЕТЛИ

М. А. Рябова, Н. А. Шумилова

SURGICAL TREATMENT OF NASAL POLYPOSIS IN ASPIRIN TRIAD PATIENTS WITH LASER AND RADIO-FREQUENCY KNIFE

M. A. Ruabova, N. A. Schumilova

ГОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени акад. И. П. Павлова

(И. о. ректора — докт. мед. наук С. М. Яшин)

Обследовано 37 больных с полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести. Полипотомия носа с применением радиочастотной петли и высокоэнергетического лазерного воздействия позволяет сократить время оперативного вмешательства, выполнить операцию бескровно, исключить этап тампонирувания полости носа, исключить риск нарастания бронхообструкции. Отделяемое из верхнечелюстных пазух у больных полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой характеризуется более высоким уровнем эозинофилии по сравнению с секретом слизистой оболочки полости носа. Нарастание эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух на фоне лечения может служить прогностически неблагоприятным признаком течения заболевания.

Ключевые слова: полипотомия носа, лазер, радиочастотная петля.

Библиография: 5 источников.

37 patients with severe and moderate aspirin triad and purulent rhinosinusitis were examined. Nasal polypectomy with laser and radio-frequency knife allows to decrease operation's time, to perform operation without bleeding, tampons, asthma exacerbation in aspirin triad patients. In purulent maxillary sinus content eosinophils prevailed over nasal content. The increased eosinophilia after medical and operative treatment to serve as adverse sign.

Key words: nasal polypectomy, laser, radio-frequency knife.

Bibliography: 5 sources.

Удаление полипов полости носа у больных с сопутствующей бронхиальной астмой может привести к нарастанию бронхообструкции вследствие ринобронхиального рефлекса [2, 5]. Выполнение тампонады полости носа после операции увеличивает риск нарастания бронхообструкции, ухудшает дренаж околоносовых пазух.



Актуальной является разработка щадящих методик оперативного вмешательства для больных с высокой частотой рецидивирования полипозного процесса в полости, позволяющих оперировать бескровно, исключить этап тампонирования полости носа [3, 4].

Целью работы явилось повышение эффективности и безопасности лечения полипозно-гнойного риносинусита у больных с сопутствующей бронхиальной астмой средней и тяжелой степени тяжести.

Пациенты и методы. В группу исследования вошли 37 больных с полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой тяжелой и средней степени тяжести (средний возраст 56,8 лет). Анамнестически непереносимость аспирина и других нестероидных противовоспалительных средств определялась у 26 из них. 48,8 % больных исследуемой группы предъявляли жалобы на ухудшение течения бронхиальной астмы на фоне обострения хронического гнойно-полипозного риносинусита. Длительность полипозного риносинусита составила в среднем 12,7 лет, бронхиальной астмы — 13,5 лет. 73,0 % больных ранее неоднократно выполнялись полипотомии носа (в среднем — 4,6), в ряде случаев — ежегодно. 24,3 % больных ранее проводились оперативные вмешательства на околоносовых пазухах, перегородке носа, нижних носовых раковинах. Большинство больных указывало на нарастание симптомов бронхиальной астмы после предшествующих петлевых полипотомий. У 8,1% больных выполнение оперативного вмешательства в полости носа послужило причиной дебюта бронхиальной астмы.

При осмотре полости носа полипы I степени (не выходят за нижний край средней носовой раковины) выявлены у 24,3 % больных, II степени (полипозные разрастания распространяются не ниже края нижней носовой раковины) — у 43,2 %, III степени (полипы распространяются до дна полости носа) — у 32,4 % больных [1].

В 47,1 % случаев по результатам рентгенологического исследования околоносовых пазух и/или компьютерной томографии определялось снижение пневматизации лобного синуса без признаков наличия уровня содержимого.

Помимо общепринятого обследования больных с риносинуситами проводилось: цитологическое исследование отделяемого из полости носа и верхнечелюстных пазух на 1 и 6–7 сутки лечения, передняя активная риноманометрия до лечения и в 1 сутки послеоперационного периода. У больных с III степенью распространенности полипозного процесса в полости носа выполнение передней активной риноманометрии не представлялось возможным в связи с практически полным отсутствием носового дыхания.

Консервативное лечение включало пункции верхнечелюстных пазух, системную терапию глюкокортикостероидами, антибактериальную терапию препаратами из группы макролидов у 30 больных при отсутствии поливалентной лекарственной аллергии.

В 27 % случаев на фоне консервативной терапии удалось достичь уменьшения объема полипозных разрастаний в полости носа, значительного улучшения носового дыхания и купирования острого воспалительного процесса в околоносовых пазухах. В 73 % случаев в связи с недостаточной эффективностью консервативной терапии произведено хирургическое лечение по предложенной методике. Оперативное вмешательство выполнено всем больным с III степенью распространенности полипозного процесса в полости носа. В среднем, длительность предоперационного периода составила 3,8 дней. Оперативное лечение проводилось после подготовки к операции, включающей системную терапию глюкокортикостероидами и премедикацию (атропин, промедол, релиум).

Операция проводилась в условиях местной аппликационной анестезии 10 % раствором лидокаина. На первом этапе ножки полипов отсекались радиочастотной петлей Ellman Surgitron (4,0 МГц) в режиме «Резка-Коагуляция» при мощности 6 усл.ед., что позволяло быстро и бескровно удалить основной объем полипозных масс. Полипозная ткань, которую не удалось удалить петлей, подвергалась воздействию полупроводниковым лазером Аткус-15 с длиной волны 810 нм при мощности 7,0 Вт путем отсечения ножки полипа и/или вапоризации полипозной ткани. При необходимости оперативное вмешательство выполнялось с использованием эндоскопа. Во всех случаях к концу операции удалось достичь адекватный гемостаз. Выполнение тампонады полости носа не потребовалось ни в одном случае. В раннем послеоперационном периоде пункционное лечение продолжено у 64,5 % больных, а длительность его в среднем



составила 6,8 дней. Всем больным через сутки после операции назначались топические глюкокортикостероиды на срок не менее месяца.

Сочетание выше перечисленных методик позволило сократить время операции до 18 минут. Проведение полипотомии носа с использованием лазерной методики обычно занимает 42 минуты. Отсутствие носового кровотечения к концу операции исключило необходимость выполнения тампонады полости носа, что обеспечило минимальную выраженность постоперационных воспалительных изменений слизистой оболочки полости носа. Отсутствие выраженных воспалительных изменений в полости носа подтверждается значительным снижением суммарного сопротивления полости носа в первые сутки после операции с 5,29 до 0,54 Па/л/сек. Ни в одном случае ухудшения течения бронхиальной астмы в послеоперационном периоде отмечено не было. Во всех случаях по результатам повторного рентгенологического исследования отмечена положительная динамика.

При исследовании клеточного состава отделяемого из верхнечелюстных пазух и полости носа до лечения выявлено, что содержание эозинофилов в составе секрета из верхнечелюстных пазух в несколько раз превышало аналогичный показатель в отделяемом из полости носа и составило 45,7% и 14,0% соответственно. Уровень эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух снижался на 6–7 сутки лечения до 24,9 %, что может являться диагностическим критерием для оценки динамики воспалительного процесса.

Обострение хронического гнойно-полипозного риносинусита в сроки от 1 до 4 месяцев после проведенного лечения выявлено у 5 больных. При ретроспективном анализе клеточного состава отделяемого из верхнечелюстных пазух оказалось, что эозинофилия у данных больных нарастала во время лечения и составила на 6–7 сутки терапии 48,7%. Всем больным потребовалось пункционное лечение и коррекция терапии топическими глюкокортикостероидами, что позволило избежать повторного оперативного лечения. В 2 случаях в связи с обострением хронического гнойного воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах через 1 год, и неэффективностью консервативного лечения было выполнено эндоскопическое вскрытие верхнечелюстных пазух. В остальных случаях (74%) при наблюдении в течение от 1 до 2 лет рецидивов гнойно-полипозного риносинусита выявлено не было.

Таким образом, методика удаления полипов полости носа у больных с сопутствующей бронхиальной астмой с применением радиочастотной петли и высокоэнергетического лазерного воздействия позволила сократить время оперативного вмешательства до 18 минут, выполнить операцию бескровно, исключить этап тампонирования полости носа, исключить риск нарастания бронхиального сопротивления во время операции и раннем послеоперационном периоде, в ранние сроки после операции провести дренирование верхнечелюстных пазух.

Отделяемое из верхнечелюстных пазух у больных полипозно-гнойным риносинуситом и сопутствующей бронхиальной астмой характеризуется более высоким уровнем эозинофилии по сравнению с секретом слизистой оболочки полости носа. Нарастание эозинофилии отделяемого из верхнечелюстных пазух на фоне лечения может служить прогностически неблагоприятным признаком течения заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние продолжительности терапии назальными кортикостероидами на ее эффективность при полипозном риносинусите / Б. А. Черняк [и др.] // Пульмонология. — 2005. — №2. — С. 107–112.
2. Муминов А. И., Плужников М. С., Рязанцев С. В. Патология носа и околоносовых пазух при заболеваниях легких. Ташкент: Медицина, 1987. 117 с.
3. Пискунов Г. З., Ширшова А. А. Хирургическое лечение полипозного полисинусита у больных бронхиальной астмой и аспириновой триадой // Пульмонология. — 2003. — №5. — С. 44–47.
4. Плужников М. С., Лопотко А. И., Рябова М. А. Лазерная хирургия в оториноларингологии. Минск, 2000. 224 с.
5. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы у больных с бронхообструктивным синдромом // Новости оторинолар. и логопатол. — 2000. — №3 (23). — С. 46–55.

Рябова Марина Андреевна — д.м.н., профессор Санкт-Петербургского ГМУ имени акад. И. П. Павлова. 196135, СПб.: ул. Л. Толстого, д.6/8, тел. раб. 812-499-71-76, e-mail: marinaryabova@mail.ru; **Шумилова** Наталья Александровна — аспирант Санкт-Петербургского ГМУ имени акад. И. П. Павлова. 196135; СПб.: ул. Л. Толстого, д. 6/8, тел. раб.812- 499-71-76, тел. моб. 8-921-563-92-69, e-mail: schumilov211@yandex.ru