

Перспективы использования микродебридера в лечении хронического гипертрофического ринита

О. В. МОРОЗОВА, кафедра ЛОР-болезней Казанской государственной медицинской академии.

Ведущими факторами в патогенезе развивающихся морфологических и функциональных нарушений при гипертрофическом рините являются набухание кавернозных сплетений в слизистой оболочке и переполнение их кровью, приводящие к увеличению размеров носовых раковин. В результате продолжающегося катарального и пролиферативного воспаления происходит гипертрофия и гиперплазия всех тканей раковины, начиная с эпителия, желез, соединительной ткани и кончая ее костной основой (А. Л. Есипов, 1986; С. З. Пискунов и др., 2004). В эпителиальном слое увеличивается количество бокаловидных клеток, отмечается резкое угнетение цилиарной активности мерцательного эпителия, слизистая оболочка перестает выполнять свою защитную функцию. Кроме того, назальная обструкция часто является причиной сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний, синдрома апноэ во сне.

При выборе варианта лечения гипертрофического ринита перед врачом стоит задача добиться уменьшения объема нижних носовых раковин, механически препятствующих прохождению воздушной струи, а также ликвидировать чрезмерную секреторную деятельность желез, сохранив при этом функцию мерцательного эпителия. Применяющийся в течение многих десятилетий способ конхотомии подразумевает удаление значительной части носовой раковины, что нередко приводит к развитию атрофических процессов в слизистой оболочке, образованию корок, вызывая затруднение носового дыхания, присоединение инфекции. Кроме того, высокая травматичность вмешательства может быть причиной серьезного послеоперационного осложнения — носового кровотечения. В концепции современной ринохирургии, основанной на щадящем отношении к слизистой оболочке носа и носовым структурам, разработаны различные малоинвазивные, тканесохраняющие хирургические вмешательства, чему в большей степени способствовало быстрое развитие и эффективное использование в последнее десятилетие эндоскопической хирургической техники.

Поистине техническим чудом можно назвать изобретение и внедрение в практику ринохирургов микродебридера (шейвера), позволяющего не только производить одномоментное иссечение и аспирацию удаляемой ткани, что заменяет сразу несколько хирургических инструментов, но и дает возможность контролируемого удаления только поврежденной слизистой оболочки, даже в труднодоступных областях носа и околоносовых синусов. Применение шейвера в хирургическом лечении мягкотканых форм хронического гипертрофического ринита открыло новые возможности для дифференцированного подхода к удалению тканей носовой раковины с учетом патоморфологических изменений. Эндоскопический контроль оперативного вмешательства позволяет произвести парциальную резекцию только патологически измененной слизистой оболочки на различных участках носовых раковин.

Наиболее часто отмечается гипертрофия передних и задних концов нижних носовых раковин, где в большей степени развита сеть кавернозных сосудов. В тех случаях, когда гиперпластические изменения в поверхностных слоях выражены незначительно, нет необходимости удалять важный в функциональном отношении эпителиальный покров, манипуляции целесообразно выполнять подслизисто (Mori S. et al., 1999). В этой связи представляет интерес возможность применения шейвера для подслизистой резекции тканей носовой раковины.

Цель исследования

Оценить эффективность использования шейвера в лечении хронического гипертрофического ринита и возможность выполнения подслизистой шейверной конхотомии.

Материал и методы исследования

Для изучения эффективности шейверной конхотомии и подслизистой шейверной резекции нижних носовых раковин нами было обследовано 59 больных хроническим гипертрофическим ринитом в возрасте 20-50 лет с мягкоткаными формами гипертрофии нижних носовых раковин: кавернозной, фиброзной, сосочковой и смешанной. Длительность заболевания составляла от 3 до 5 лет.

Все больные были распределены на 2 группы: 1-я группа включала 23 пациентов с сосочковой и смешанной формами гипертрофического ринита, которым была произведена парциальная шейверная нижняя конхотомия при помощи шейвера с агрессивной насадкой; 2-я группа составила 36 пациентов с кавернозной и фиброзной формами, которым была произведена подслизистая шейверная резекция ниж-

них носовых раковин. С этой целью нами применялся шейвер с модифицированной насадкой, оснащенный резектором, производства КПО «ЭлеПС». Такая насадка позволяет расслоить ткани внутри слизистой оболочки с последующей их резекцией и аспирацией вращающимся поршнем.

Хирургическое вмешательство производили под эндоскопическим контролем. Функциональные показатели состояния слизистой оболочки носовых раковин оценивали на основании передней риноманометрии с помощью водного риноманометра, исследования транспортной функции (мукоцилиарного клиренса) при помощи сахаринового теста. Всем больным была произведена эндоскопия полости носа с помощью жестких эндоскопов с оптикой 0° и 30° отечественных производителей.

Эндоориноскопическое исследование помогло определить клинко-морфологическую форму гипертрофического ринита, оценить архитектуру полости носа и состояние носоглотки, выявить анатомические особенности строения латеральной стенки (остеомалярного комплекса) и выработать тактику хирургического лечения.

После хирургического лечения пациентам обеих групп была произведена передняя тампонада носа с помощью перфорированного тампона из латекса, выполненного углеродным сорбентом «ПУСТ», который находился в полости носа в течение 2 суток. Углеродный сорбент активно впитывает раневую секрет, уменьшая образование лейкоцитарно-некротического налета на раневой поверхности, что ускоряет процессы очищения послеоперационной раны. В дальнейшем больные получали эндоназально инсфуляции препарата «Насобек» (беклометазона дипропионат) в течение 2 недель после операции. Топические кортикостероиды благоприятно влияют на воспалительный процесс в слизистой оболочке полости носа, способствуют уменьшению отека и восстановлению ее физиологических функций. Все пациенты наблюдались до полного заживления раневой поверхности в течение 11-12 дней.

Результаты исследования

Нами не наблюдалось ни одного случая послеоперационного кровотечения. В группе пациентов, которым была произведена подслизистая шейверная резекция носовых раковин, на 5-й день после операции при эндоориноскопии не выявлено повреждений эпителия в зоне подслизистой вмешательства, отмечался незначительный отек слизистой оболочки носовых раковин. У пациентов, перенесших парциальную шейверную конхотомию, отек слизистой оболочки нижних носовых раковин был более выражен, отмечался небольшой налет фибрина на раневой поверхности.

На 12-й день после операции значительное улучшение носового дыхания было у 88%, нормальные показатели мукоцилиарного клиренса — у 78% пациентов после подслизистой вмешательства. Больные не беспокоило насыщение и отхождение из полости носа геморрагических корочек. Процент улучшения функций слизистой оболочки носа в группе, где была произведена парциальная шейверная конхотомия, был несколько ниже. Значительное улучшение носового дыхания отмечалось у 80% пациентов, нормализация показателей мукоцилиарного транспорта — у 72% пациентов, что было подтверждено объективными методами риноманометрии и сахариновым тестом. Некоторые пациенты в этой группе отмечали отхождение корочек из полости носа в течение нескольких дней.

Таким образом, применение микродебридера для хирургического лечения хронического гипертрофического ринита под эндоскопическим контролем является малотравматичным эффективным методом, обладающим значительным преимуществом перед традиционной конхотомией. Использование микродебридера для подслизистой резекции нижних носовых раковин открывает новое перспективное направление в ринохирургии. Комплексный подход к лечению хронического ринита с использованием сорбирующих материалов и топических кортикостероидов в послеоперационном периоде способствует более быстрому восстановлению носового дыхания и сокращает сроки нетрудоспособности пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Есипов А. Л. Патогенез, клиника и лечение хронического гипертрофического ринита. // Дисс. к.м.н. — М., 1986. — 173 с.
- Пискунов С. З., Пискунов Г. З., Харченко В. В. и др. Функциональная анатомия и хирургия носа и околоносовых пазух. — Курск, Курский гос. мед. университет. — 2004. — 116 с.
- Mori S., Fujieda S., Igarashi M. et al. Submucosal turbinectomy decreases not only nasal stiffness but also sneezing and rhinorrhea in patients with perennial allergic rhinitis. // Clin. Exp. Allergy. — 1999. — Vol. 29, № 11. — P. 1542-1548.