



УДК:616.326–089:615.841

**РАДИОЧАСТОТНАЯ РЕДУКЦИЯ И РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ****Я. А. Накатис, М. Г. Лейзерман, О. Е. Гришунина****REDUCTION AND RESECTION OF TONGUE TONSIL****J. A. Nakatis, M. G. Leyzerman, O. E. Grishunina***ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»**(Зав. каф. оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета – проф. Я. А. Накатис)**Поликлиника № 3 медицинского центра управделами Президента РФ, Москва (Главный врач – проф. Е. И. Шаранова)*

*Пролечено 112 больных с гипертрофией язычной миндалины. Использована современная радиочастотная аппаратура. Редукция язычной миндалины выполнена амбулаторно у 87 пациентов, резекция язычной миндалины с использованием общего обезболивания произведена у 25 больных в условиях стационара. Отдаленные результаты выявили высокую эффективность применяемых методов.*

**Ключевые слова:** *язычная миндалина, радиочастотная хирургия*

**Библиография:** *7 источников.*

*112 patients have got treatment on hypertrophy of tongue tonsil. The modern radiowave equipment was used. Reduction was produced in outpatient (87 cases) and resection was produced in ORL clinic with general anesthesya (25 cases). The result, one year after revealed – have demonstrated high effect.*

**Key words:** *tongue tonsil, radiowave equipment.*

**Bibliography:** *7 sources.*

Распространенность заболеваний язычной миндалины значительно выше, чем их выявляемость. Это связано с ее анатомо-топографическим расположением в относительно плохо обозримой части гортаноглотки и с отсутствием определенного алгоритма при оториноларингологическом осмотре пациентов.

В то же время наличие гипертрофии и хронического воспаления язычной миндалины может вызывать объективные и субъективные жалобы на неприятные ощущения в глотке, мучительный кашель, различной степени затруднения при глотании и дыхании, ошибочно принимаемые за проявление фарингита, может служить причиной патологического храпа и остановок дыхания во сне, а также быть причиной наличия очага хронической инфекции и влиять на возникновение и течение системных заболеваний организма [7].

Научных исследований, посвященных изучению функции, диагностическим приемам и лечению гиперпластических процессов в области корня языка, крайне мало. Хирургические вмешательства в этой зоне считаются малоперспективными и нежелательными из-за опасности кровотечения и относительной труднодоступности [4].

Учитывая наш опыт различных хирургических вмешательств в оториноларингологии с использованием радиоволновой аппаратуры, ее способность к коагуляции мягких тканей и сосудов, «сморщиванию» тканей после коагуляционного радиовоздействия, хорошую обозримость операционного поля в связи с минимальной кровоточивостью, можно сделать заключение о том, что именно радиоволновая методика является оптимальной для хирургического воздействия на язычную миндалину.

**Цель исследования.** Разработка и внедрение в клиническую оториноларингологию вариантов лечения гипертрофии язычной миндалины с использованием современного радиочастотного оборудования.

Одним из этиологических факторов в развитии гипертрофии язычной миндалины рассматриваются в первую очередь ее травматизация, влияние вируса Эпштейна–Барра и компенсаторное увеличение лимфоидной ткани после хирургического удаления других элементов



кольца Вальдейера–Пирогова (тонзиллэктомия, аденотомия), а также гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь.

Увеличение язычной миндалины рассматривается как одна из причин развития синдрома сонного обструктивного апноэ.

Изначально удаление язычной миндалины производилось путем полипотомной петли. Cohen впервые в 1917 г. сообщил о случае разрешения ночной астмы после каутеризации язычной миндалины.

Использование обычного хирургического инструментария нередко приводит к интраоперационному кровотечению и, как следствие, к снижению визуализации и преждевременной остановке вмешательства. На смену удалению язычной миндалины посредством традиционного хирургического инструментария пришли: криовоздействие [2, 3], диатермокоагуляция [5], лазерная резекция [1], операция с помощью коблатера [6].

Все перечисленные методические лечебные приемы обладают явными или скрытыми недостатками. Основными требованиями, предъявляемыми к используемым хирургическим методикам, являются быстрота вмешательства, хороший гемостаз и низкий риск отека мягких тканей в области воздухо- и пищепроводных путей, а также минимально выраженный болевой синдром в послеоперационном периоде, который создает условия для скорейшего восстановления акта глотания.

В последние годы имеется возможность использовать более современную радиоволновую аппаратуру для щадящей хирургии заболеваний ЛОР-органов. Установки снабжены системами самостоятельной компьютерной настройки всех параметров при выполнении процедур, обладают высокой степенью защищенности и безопасности для пациента и врача и имеют наборы электродов для обычного и микродиссекторного вмешательства. В частности, для дополнительной безопасности и скорости работы имеются два микропроцессора, а радиочастотный сигнал поступает через световолокно без потери мощности и качества.

**Пациенты и методы.** Под нашим наблюдением находились 112 больных с выявленной гипертрофией язычной миндалины в возрасте от 30 до 75 лет. Из них мужчин – 42, женщин – 70. На возраст от 50 до 75 лет приходилось 76 (68%) пациентов.

Мы условно выделили группу (1) с диффузной гипертрофией язычной миндалины и группу (2) с увеличением какой-либо одной доли миндалины или с наличием сосочковых ограниченных разрастаний и кист миндалины. Кроме того, в обеих группах пациентов особо отмечали тех, у кого был выражен храп и наблюдались остановки дыхания во сне (32 пациента). Этим пациентам направляли на полисомнографию до операции, а затем после вмешательства.

Каждый больной с подозрением на гипертрофию язычной миндалины был всесторонне обследован. Клиническое обследование начиналось с тщательного выяснения анамнеза заболевания, с акцентом на давность возникновения симптомов, наличие изменений голоса, затруднение при глотании, стойкий сухой кашель, ощущение «инородного тела» в глотке.

Для уточнения характера гипертрофии язычной миндалины, а также для предварительного заключения о предполагаемой ее структуре всем больным производили гипофарингоскопию с использованием микроскопа при увеличении в 5 и 8 раз и осмотр гортаноглотки ригидным эндоскопом с углом обзора 70°. Эти осмотры дополняли фоторегистрацией. По показаниям, в качестве дополнительного и уточняющего метода проводили компьютерную (КТ) и (или) магнитно-резонансную томографию (МРТ) области гортаноглотки. КТ дает представление о рентгеновской плотности образования. Для дифференциальной диагностики проводили КТ-ангиографию. МРТ выполняется, как правило, в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Для ЛОР-специалиста оптимальной для восприятия плоскостью является сагиттальная плоскость томографирования.

На основании подробного клинического обследования пациентов с гипертрофией язычной миндалины определялась тактика хирургического лечения. Прежде всего мы исходили из того, что диффузное разрастание ткани миндалины, не препятствующее акту глотания и дыханию, подлежит «малой хирургии» – редукции органа (уменьшению его в размерах). Для этой манипуляции были отобраны 87 (77,7%) пациентов.



С использованием микроскопа и эндоскопа определяли конкретные точки для проведения местной анестезии и радиочастотного воздействия. Данное вмешательство выполняли в амбулаторных условиях, поскольку оно не требовало специальной подготовки пациента. Исключив сопутствующую серьезную патологию и проанализировав данные лабораторных обследований, пациента приглашали утром натощак. Для премедикации использовали кеторол (30 мг – 2,0), супрастин (2,0), цефазолин (1,0) – внутримышечно. Через 30 мин проводили орошение глотки 10% лидокаином и инфильтрационную анестезию 1% раствором лидокаина (5–6 мл) в 3–4 точки верхних отделов миндалины, проводя иглу, изогнутую под 45°, в толщу миндалины.

В процессе анестезии и операции больной находился в оториноларингологическом кресле. Для радиочастотного воздействия использовали биполярный электрод в виде вилочки в режиме «коагуляция – RaVoR» в течение 20 с, вводя электрод в точки выполненной инфильтративной анестезии (3–4 точки в миндалине).

После вмешательства пациент оставался под наблюдением не более 2 ч и, если отсутствовали признаки кровотечения, нарушение глотания, покидал поликлинику с рекомендацией щадящего режима и соответствующей диеты в течение 3 дней. Контрольный осмотр проводили через сутки, затем на 5, 10 и 30-й день. Отдаленные результаты оценивали через 1 год по специально разработанной анкете.

25 пациентов, у которых выявлены выраженная гипертрофия стромы язычной миндалины, или одной из ее долей, кисты миндалины, а также глубокие лакуны с казеозным содержимым, были подвергнуты резекции лимфоидной ткани язычной миндалины.

Данная операция производилась в условиях ЛОР-стационара, под назотрахеальным интубационным наркозом. Положение больного горизонтальное, как для тонзилэктомии. Использовали стандартный роторасширитель с фиксатором языка и аспиратором. Под контролем ригидной оптики (эндоскоп с обзором 70°) гипертрофированную часть язычной миндалины захватывали изогнутым зажимом и поэтапно отсекали монополярным электродом-микродиссектором (режим CUT-2).

Поверхность раны после удаления части лимфоидной ткани обрабатывали в режиме «коагуляция – RaVoR». Из 25 пациентов, оперированных в стационаре, лишь в одном случае получили умеренное интраоперационное кровотечение из сосудов корня языка, которое остановили вначале тампонадой с гемостатической губкой, затем обработали кровоточащую поверхность радиочастотным коагулятором и установили пластину тахокомба. Послеоперационный период протекал гладко.

Через год после перенесенного вмешательства на контрольный осмотр явились 87 пациентов. Из них перенесли амбулаторно редукцию язычной миндалины 70 больных, а резекцию язычной миндалины в условиях стационара – 17 пациентов.

Оказалось, что из 70 пациентов, перенесших редукцию язычной миндалины, у 51 (73%), наряду с положительным результатом в виде отсутствия дооперационных жалоб, наблюдались и объективные признаки уменьшения объема миндалины. Выраженного клинического эффекта не удалось выявить у 19 (27%) пациентов.

После перенесенной резекции язычной миндалины на контрольное обследование прибыло через год 17 пациентов. Установлено, что у 15 из них отсутствовали жалобы на дискомфорт в области глотки, а при осмотре признаков рецидива гипертрофического процесса язычной миндалины выявлено не было. Таким образом, положительный результат констатирован у 15 (89%) обследованных пациентов. В то же время у 2 пациентов выявлен рецидив гипертрофии оперированной доли язычной миндалины, а у одного, кроме объективных эндоскопических данных, вновь появилось ощущение «инородного тела» в горле. В этих случаях результат оценен как отрицательный.

Подводя итог отдаленным результатам проведенного лечения, можно констатировать, что после редукции диффузно гипертрофированной язычной миндалины положительный эффект отмечен в 73% случаев. После перенесенной резекции язычной миндалины положительный результат выявлен в 89%.

Это свидетельствует о высокой эффективности проведенного хирургического лечения, однако с более гарантированным результатом в случаях применения резекции миндалины.



Обследовав 19 пациентов с диагностированной ронхопатией и остановками дыхания во сне через 1 год после операции (анамнез, визуальный осмотр, эндоскопия, полисомнография), установили, что храп и количество остановок дыхания во сне прекратились или значительно уменьшились у 9 человек. В связи с этим подтверждено предположение о важной роли увеличенной язычной миндалины в этиологии и патогенезе ронхопатии и сонного апноэ. На основании полученных данных можно рекомендовать сомнологам и оториноларингологам, занимающимся данной проблемой, уделять повышенное внимание состоянию не только небных миндалин и небной занавеске, но и области корня языка и, в частности, язычной миндалины.

Выявив или даже заподозрив патологию язычной миндалины, необходимо уточнить ее характер, используя при этом оптику (микроскоп, фиброларингоскоп или ригидный эндоскоп). Это позволит более детально оценить субъективные жалобы пациента, выработать тактику лечения выявленной патологии, предупредить развитие ронхопатии, остановки дыхания во сне и некоторые системные заболевания, снижающие качество жизни пациента.

### Выводы

*Мы рекомендуем внедрить в практику работы поликлинического и стационарного ЛОР-отделений современный метод лечения различной патологии язычной миндалины с использованием высокотехнологичной радиочастотной аппаратуры.*

### ЛИТЕРАТУРА

1. Лапченко А. С. Ретроспектива и возможности применения высокоэнергетического лазера в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 3. – С. 61–64.
2. Мусаев И. Н., Каюмова Р. Н. Криовоздействие на гипертрофированные лимфоидные элементы глотки // Актуальные вопросы оториноларингологии: сб. тр. – Алма-Ата, 1979. – С. 193–194.
3. Шеврыгин Б. В. Криовоздействие при некоторых оториноларингологических заболеваниях // Тр. 5-й науч.-практ. конф. оториноларингологов Эстонской ССР. – Тарту. – 1973. – С. 150–160.
4. Blumen M. V. Radiofrequency tongue reduction through a cervical approach: a pilot study // Laryngoscope. – 2006. – Vol. 116. – P. 1887–1893.
5. Bock J. M., Trask D. K. Coblation-assisted lingual tonsillectomy for dysphagia secondary to tongue base hypertrophy // Ann. Otorhinolaryngology, 2008. – Vol. 117 (7). – P. 506–509.
6. Maturo S. C., Mair E. A. Coblation lingual tonsillectomy // Otolaryngol. Head Neck Surgery. – 2006. – Vol. 135. – P. 487–488.
7. Stricker P. A., Ricci M. D., Schwartz A. J. Lingual tonsil // Anesthesiology. – 2010. – Mar. – Vol. 112 (3). – P. 746.

**Накатис** Яков Александрович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии и офтальмологии медицинского факультета Санкт-Петербургского государственного университета. 194291, Санкт-Петербург, пр. Культуры, д. 4, клиническая б-ца 122; тел.: +812-558-05-08, e-mail: Nakatis@med122.com; **Лейзерман** Михаил Григорьевич – докт. мед. наук, профессор, консультант поликлиники № 3 управделами Президента РФ. 127473, Москва, Грохольский пер, д. 27, e-mail: Leyzerman@yandex.ru; **Гришунина** Оксана Евгеньевна – врач-оториноларинголог поликлиники № 3 управделами Президента РФ. 127473, Москва, Грохольский пер. д. 27; e-mail: Oksana.grishunina@mail.ru