



В.А. НАСЫРОВ, Т.М. ЗАКИРОВ, И.М. ИСЛАМОВ

УДК 616.211-002.253:616:211-089

Кыргызская государственная медицинская академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

Шейверная пластика при хирургическом лечении хронического гипертрофического ринита

Насыров Вадим Алиярович

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ЛОР-болезней
г. Бишкек, ул. Юнусалиева, д. 47, тел. +996312442290

В статье приводятся данные впервые используемого в Кыргызстане метода эндоскопической малоинвазивной риносинусхирургии, а также результаты применения шейверной пластики при хирургическом лечении хронического гипертрофического ринита в сравнении с контрольной группой.

Ключевые слова: риносинусхирургия, вазоконхотомия, полисинусотомия.

V.A. NASYROV, T.M. ZAKIROV, I.M. ISLAMOV

Kyrgyz State Medical Academy named I.K. Ahunbaev, Bishkek

Sheiver plastics in surgical treatment of the chronic hypertrophic rhinitis

The article provides data used for the first time in Kyrgyzstan the method of endoscopic minimally invasive rhino-sinusitis surgery, and also the results of using Sheiver plastics in surgical treatment of the chronic hypertrophic rhinitis in comparison with the control group.

Keywords: rhino-sinusitis surgery, vasoconchotomy, polysinusotomy.

В связи со сложившейся за последние десятилетия неблагоприятной экологической обстановкой, вызванной загрязнением окружающей среды сложными химическими аэрозолями, металлами, продуктами переработки и неполного сгорания нефти, газа и дизельного топлива и другими факторами, курение, возрастание аллергии, необоснованное применение различных медикаментозных средств привели к значительному росту заболеваний хроническими формами ринита [5]. В структуре заболеваний ЛОР-органов, по данным ряда авторов, гипертрофический ринит составляет от 6 до 16%.

Обструкция носовых путей, вызванная гипертрофией носовых раковин, не только ухудшает качество жизни пациента [7], но также может привести к серьезным патологическим состояниям со стороны верхних и нижних дыхательных путей, сердечно-сосудистым нарушениям и заболеваниям ЦНС. Патологические изменения слизистой оболочки полости носа нарушают ее важнейшую функцию — защиту от агрессивных факторов внешней среды: вирусов, бактерий, грибов, аллергенов, открывая пути для их дальнейшего продвижения [1, 2, 4, 6].

Для лечения гипертрофического ринита предложено много способов: различные виды коагуляций, криовоздействие, использование лазерных лучей, различные хирургические методы [7], что говорит о неудовлетворенности полученными результатами. Каждый метод наряду с положительными свойствами имеет определенные недостатки. Хирургическое лечение, направленное на уменьшение размера носовых раковин, часто

подразумевает повреждение наиболее важного в функциональном отношении эпителиального слоя. В это же время, по данным ряда авторов, щадящая хирургическая тактика при этой патологии не всегда приводит к ожидаемому клиническому эффекту, что зачастую требует повторного хирургического вмешательства. В концепции современной риносинусхирургии, предполагающей щадящее отношение к слизистой оболочке носа и носовых структур [3], представляет интерес выбор оптимального хирургического метода лечения гипертрофического ринита на основе этиопатогенеза и клинко-морфологических форм заболевания. Следует отметить, что эндоскопическая малоинвазивная риносинусхирургия максимально сохраняет принцип щадящего хирургического вмешательства в полости носа и околоносовых пазух, благодаря чему и достигается высокая эффективность и более короткие сроки лечения.

Материалы и методы

В ЛОР-отделении Медицинского центра Кыргызской медицинской академии им. И.К. Ахунбаева хирургические вмешательства по поводу заболеваний носа, носоглотки и околоносовых пазух были произведены 283 больным.

Возраст пациентов варьировал от 4 до 60 лет, из них женского пола — 173 пациента, мужского — 110. Распределение больных по диагнозам представлено в таблице 1.

Все больные получили хирургическое лечение с помощью эндоскопической технологии. Последняя позволила провести



Таблица 1.
Нозологические формы патологии носа
и носовых пазух

ДИАГНОЗ	Абс.	%
Вазомоторный ринит (аллергическая или нейровегетативная форма)	94	33,3
Хр. гипертрофический ринит	88	31
Искривление носовой перегородки	41	14,5
Полипозный риносинусит	20	7
Хрон. рецидивирующий верхнечелюстной синусит	2	0,7
Аденоидные вегетации	38	13,5
Всего	283	100

максимальную коррекцию патологических изменений анатомических структур без ненужных «эктомий» и излишней радикальности.

Кроме того, для проведения оперативного вмешательства использованы специальные наборы инструментов. Эндоскопические внутриносые операции выполнялись в положении лежа на спине, обычно под местной анестезией с предварительным введением анальгезирующих и седативных средств. Инструменты вводились в полость носа параллельно эндоскопу, и все манипуляции проводились под зрительным контролем. Это обеспечивает точность движений хирурга и минимальное поражение слизистой оболочки. Анемизация, контроль артериального давления, постоянное использование отсоса обеспечивают хороший обзор операционного поля.

Хотелось бы отметить преимущество шейверных систем при хирургическом лечении вазомоторного и гипертрофического ринитов, полипозных риносинуситов и т.д. Шейвер представляет собой последнее поколение риносинусохирургических инструментов, наконечник которого состоит из полой неподвижной части и вращающегося внутри нее лезвия. К одному из каналов ручки подключается отсос и подлежащая удалению ткань измельчается вращающимся лезвием и аспирируется в резервуар отсоса. Еще более важно то, что правильное использование шейвера при первичных вмешательствах практически не оставляет раневых поверхностей. При проведении подслизистой вазоконхотомии, полусинусотомии и микрогайморотомии в качестве основного инструмента использовалось именно вышеуказанная техника, которая позволяла удалить полипы, измененную слизистую оболочку, расширить естественные соустья верхнечелюстной пазухи. После проведенного лечения пациенты находились под наблюдением в стационаре в среднем 1-2 суток, после чего с рекомендациями выписывались домой, контрольный осмотр назначался на 7-е и 14-е сутки лечения.

Следует отметить, что в наших клинических наблюдениях для остановки носового кровотечения в послеоперационном периоде были применены тампоны из перфорированного латекса, наполненного 5%-ной симтомициновой эмульсией. Техника наложения последних заключалась в следующем: в полость носа тампон укладывался «сигарообразно», удалялся из полости на следующий день после операции. Контрольную группу составили 10 больных с хроническими и вазомоторными формами ринита, 10 человек с рецидивирующими гнойными гайморитами, 10 с искривлением носовой перегородки и 10 человек с полипозным риносинуситом. Всем больным контрольной группы оперативное лечение проводилось по традиционной методике, остановку носового кровотечения проводили марлево-мазевым тампоном. Для оценки эффективности используемых методов использовались данные визуального осмотра (риноскопия,

орофарингоскопия), оценка общего состояния (жалобы, температура тела).

Результаты и их обсуждения

Стабильное улучшение носового дыхания в основной группе наблюдалось уже в первые сутки после операции у 263 больных, у 20 человек полная нормализация носового дыхания наступила на 3–4-е сутки, в то время как в контрольной группе у всех пациентов заложенность носа имела место еще в течение 7-12 дней. Данное обстоятельство в достаточной мере объясняется проявлением реактивного восстановления тканей в послеоперационном периоде, что и подтверждалось риноскопической картиной. Незначительные проявления местной отечности и более ранняя эпителизация операционной раны у больных, перенесших эндоскопические внутриносые вмешательства, позволили сократить время пребывания больных в стационаре.

В послеоперационном периоде лица, получившие лечение по традиционной, общепринятой методике, также жаловались на сухость в носу, образование корки и периодическое чувство жжения в полости носа.

При осмотре больных на 7–14-е сутки после стационарного лечения стойкий эффект от проведенного хирургического вмешательства выражается в отсутствии жалоб, удовлетворительном носовом дыхании, подтвержденных данными риноманометрии, наблюдается у всех пациентов как основной, так и контрольной группы.

Таким образом, методы эндоскопической риносинусохирургии с использованием шейвера при хроническом гипертрофическом рините, такие как подслизистая шейверная конхотомия и шейверная частичная конхотомия под эндоскопическим контролем, отвечая требованиям принципа малоинвазивности оперативного вмешательства и максимального сохранения целостности слизистой оболочки с присущими ей свойствами являются достаточно эффективными для коррекции патологически измененных анатомических структур носа и околоносовых пазух. Кроме того, они облегчают работу ринохирурга и сокращают время хирургического вмешательства. Сроки стационарного лечения сокращаются в среднем до 2-3 дней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азноваев Л.Ф., Арефьева Н.А. Экология и иммунология слизистых оболочек верхних дыхательных путей // Российская ринология, 1996. — № 2-3. — С. 9-10. — Библиогр.: 5 назв.
2. Быкова В.П. Структурные основы мукозального иммунитета верхних дыхательных путей // Российская ринология, 1999. — № 1. — С. 5-9.
3. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Функциональная эндоскопическая ринохирургия с использованием микродебридера // Российская ринология, 1996. — № 2-3. — С. 90-91. — Библиогр.: 5 назв.
4. Морозова О.Г. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода хирургического лечения хронического гипертрофического ринита, автореферат к диссертации на соискание уч. степени к.м.н.: 14.00.04. болезни уха, горла, носа. — 2005. — С. 1-5.
5. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. — Руководство для врачей. 2-е издание, 2006. — С. 110-212.
6. Шульга И.А., Полякова В.С. Лизосомная активность слизистых оболочек носа в онтогенезе человека // Российская ринология, 1999. — № 1. — С. 96-100.
7. Hoi M.K., Huizing E.H. Treatment of interior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques // Rhinology, 2000. — V. 38 (4). — P. 157-166.
8. Rhee C.S., Kim D.V., Won T.B. et al. Changes of nasal function after temperature-controlled radiofrequency tissue volume reduction for the turbinate // Laryngoscope, 2001. — V. 11R (1). — P. 153-158.