

## *Обмен опытом (в помощь практическому врачу)*

### СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОИДОВ У ДЕТЕЙ

Е.В.Борзов

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра оториноларингологии

Основным методом лечения аденоидных вегетации до настоящего времени остается их хирургическое удаление (аденотомия). Показанием для данной операции служат гипертрофия глоточной миндалины или хронический аденоидит, сопровождающиеся выраженным нарушением носового дыхания, дисфункцией слуховой трубы, рецидивирующими средними отитами, а также синдромом ночного апноэ. Данное вмешательство считается несложным и может проводиться как в стационаре, так и в амбулаторных условиях. У большинства пациентов детского возраста операция приводит к излечению. В то же время в некоторых случаях может наблюдаться рецидив аденоидов и, как следствие, - возобновление характерной симптоматики. По данным Л.М.Ковалевой [2], при осмотре 1000 детей через 3-5 лет после аденотомии только у 54,7% выявлен благоприятный результат. М.Н.Мельников [3] отмечает, что после операции примерно у 20% детей в той или иной мере сохраняются симптомы, свойственные аденоидам и аденоидиту. Причины рецидивов данной патологии крайне разнообразны. К ним относятся высокая иммунная активность лимфаденоидной ткани глоточной миндалины в детском возрасте [1], возникновение аденоидов на фоне аллергии [4], а также ряд других факторов. Однако в большинстве случаев неблагоприятный исход вмешательства связан с несовершенством техники данной операции [2].

Традиционно аденотомия проводится моментно в положении пациента сидя и практически без анестезии. Данная методика имеет ряд существенных недостатков. Во-первых, это отсутствие визуального контроля во время операции. При большом разнообразии анатомического строения носоглотки проведение вмешательства «вслепую» не дает возможности хирургу достаточно полно убрать аденоидную ткань. Второй недостаток - отсутствие адекватного обезболивания, что способствует значительному беспокойству пациента и затрудняет технически правильное выполнение операции. В-третьих, при традиционном проведении аденотомии выше риск различных осложнений, в частности аспирации аденоидной ткани в нижележащие дыха-

тельные пути с развитием асфиксии [6] и повреждении близлежащих к носоглотке анатомических образований [5].

В связи с этим остается актуальным поиск новых способов проведения аденотомии.

В нашей клинике разработана и внедрена следующая методика эндоскопической аденотомии. Вмешательство проводится под эндотрахеальным наркозом. После вводного наркоза и интубации трахеи в полость рта вводится стандартный роторасширитель со встроенным шпателем, что позволяет достичь хорошей обзорности ротоглотки. Для профилактики затекания крови в преддверие гортани и пищевод гортаноглотка тампонируется широким марлевым тампоном длиной 15-20 см. Через одну половину носа до ротоглотки проводится мягкий резиновый катетер, с помощью которого оттягивается мягкое небо. В ротовую часть глотки до уровня занавески мягкого неба вводят жесткий эндоскоп диаметром 4 мм с 70 оптикой. Производится осмотр носоглотки и задних отделов носа. Оценивается величина аденоидных вегетации, их локализация, выраженность воспалительных явлений. Затем через полость рта в носоглотку вводится аденотом Бекмана соответствующего размера. После визуализации дуги аденотома в оптической системе эндоскопа под контролем зрения производится удаление лимфаденоидной ткани носоглотки. Гемостаз осуществляется введением марлевых шариков на зажиме в купол носоглотки. После остановки кровотечения проводится повторный осмотр операционного поля, при этом остатки крови удаляются с помощью электроотсоса. Наш опыт показывает, что у большинства больных однократная манипуляция даже при визуальном контроле не приводит к полному удалению лимфаденоидной ткани из носоглотки. Остатки аденоидов удаляются с помощью аденотомов меньших размеров и окончатых выкусывателей. У некоторых больных имеет место врастание лимфаденоидной ткани через хоаны в полость носа, что значительно затрудняет операцию. В этом случае с помощью резиновых катетеров, введенных через полость носа, производится смещение аденоидов в носоглотку, что обеспечивает полноценный захват их аденотомом.

На заключительном этапе операции добиваются спонтанного гемостаза.

Всего по данной методике было прооперировано 55 детей в возрасте от 4 до 12 лет с аденоидами III степени. У 14 из них имел место рецидив аденоидов после предшествующей аденоотомии. Хорошая обозреваемость носоглотки позволила во всех случаях максимально удалить лимфаденоидную ткань глоточной миндалины. Осложнений во время операций не было. Послеоперационный период протекал обычно. Больных выписывали на следующие сутки после операции (за исключением пациентов с сочетанной патологией).

Через год после эндоскопической аденоотомии проведено анкетирование родителей на предмет удовлетворенности исходом оперативного вмешательства. Анкета составляла перечень вопросов по динамике основных симптомов заболевания, а также общую оценку результата операции по четырехбалльной системе («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»). Параллельно проведено анкетирование родителей 120 детей, у которых год назад была произведена традиционная аденоотомия (груп-

па сравнения). Результаты анкетирования представлены в таблице.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что после обеих операций происходит достоверное уменьшение частоты основных клинических проявлений аденоидных вегетаций за исключением симптомов постоянной ринорреи, энуреза и стойкого субфебрилитета.

При сравнительном анализе исходов обеих операций установлено, что после эндоскопической аденоотомии достоверно реже встречаются такие симптомы, как постоянное затруднение носового дыхания ( $p < 0,01$ ), периодическое затруднение носового дыхания ( $p < 0,05$ ), наличие отделяемого из носа ( $p < 0,05$ ), храп во время сна ( $p < 0,01$ ), гнусавость ( $p < 0,05$ ) и периодическое снижение слуха ( $p < 0,05$ ).

После эндоскопической аденоотомии у 48 (87,3%) детей родители оценили результат операции как «отличный» и «хороший». В 7 (12,7%) случаях исход вмешательства был расценен как «удовлетворительный», что было связано с сохранением заложенности ушей и периодическим затруднением носового дыхания.

В группе сравнения оценка результата операции «отлично» и «хорошо» была получена в 88

Таблица  
Распределение жалоб у детей с аденоидами до и после аденоотомии в зависимости от ее вида (%)

Жалобы	Вид аденоотомии			
	эндоскопическая n=55		традиционная n = 120	
	до	после	до	после
Постоянное затруднение носового дыхания	69,1	0	61,7	5,8
Периодическое затруднение носового дыхания	30,9	12,7	38,3	25,8
Отделяемое из носа (всего)	70,9	23,6	79,2	36,7
Постоянное отделяемое из носа	10,9	3,6	10,8	7,5
Периодическое отделяемое из носа	60,0	20	68,3	29,2
Отделяемое слизистого характера	34,5	16,4	37,5	14,2
Отделяемое гнойного характера	9,1	3,6	14,2	5,8
Отделяемое смешанного характера	16,4	3,6	27,5	16,7
Периодическое нарушение обоняния	12,7	0	10,8	1,7
Запах изо рта	20,0	1,8	22,5	5,0
Храп во время сна	76,4	7,3	71,7	19,2
Гнусавость	63,6	5,5	55,8	15,8
Периодическое снижение слуха	30,9	1,8	28,3	7,5
Плохой сон	32,7	5,5	35,8	8,3
Быстрая утомляемость	25,5	10,9	30,0	14,2
Снижение аппетита	25,5	10,9	24,2	11,7
Потливость	23,6	7,3	28,3	9,2
Головные боли	20,0	7,3	19,2	10,0
Энурез	10,9	5,5	13,3	8,3
Длительный субфебрилитет	5,5	1,8	5,8	2,5

(73,3%) анкетах, что достоверно ( $p < 0,01$ ) меньше, чем после эндоскопической аденотомии. У 20 (16,7%) пациентов исход вмешательства был оценен как «удовлетворительный», а у 12 (10,0%) - как «неудовлетворительный», что объяснялось отсутствием улучшения носового дыхания, сохранением храпа, гнусавости, заложенности ушей.

У 13 (10,8%) детей после традиционной аденотомии возник рецидив процесса, что потребовало повторного оперативного лечения. После эндоскопического вмешательства рецидива аденоидных вегетации выявлено не было.

Итак, аденотомия, проводимая с использованием современных эндоскопических технологий под эндотрахеальным наркозом, является эффективным методом лечения аденоидных вегетаций у детей. В то же время представленная методика оперативного вмешательства предполагает использование дорогостоящего оборудования, большой объем предоперационного обследования и требует адекватного анестезиологического обеспечения, что затрудняет ее применение в широких масштабах. Показаниями к предложенной методике лечения в настоящее время, по нашему мнению, служат рецидивы аденоидов после предшествующих аденотомии, сочетание аденоидов с другой патологией носа и глотки, а также аденоиды у детей с функциональными или органическими заболеваниями не-

рвной системы, логоневрозом, нейроциркуляторной дистонией. Тем не менее, необходимо прилагать усилия для более широкого внедрения эндоскопической аденотомии в клиническую практику.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова В.П., Антонова Н.А., Юнусов А.С., Архангельская И.И. Клинико-морфологический анализ аденоидных вегетаций у детей // Вести оториноларингологии. - 2000. - №5. - С.8-12.
2. Ковалева Л.М. Значение повторной аденотомии и предупреждение рецидива аденоидных разрастаний // Вести оториноларингологии. - 1994. - №1. - С. 18-21.
3. Мельников М.Н., Соколов А.С. Эндоскопическая шейверная аденоидэктомия // Рос. ринология. - 2000. - №1. - С.4-8.
4. Портенко Г.М., Портенко Е.Г., Графская Н.А. О сезонности аденотомии у детей с аллергией // Новости оториноларингологии и логопатологии. - 1996. - №3-4. - С.10-11.
5. Протасевич Г.С., Ковалик А.П., Глух Е.В. Осложнения во время аденотомии и непосредственно после операции // Вести оториноларингологии. - 2001. - №5. — С.53-56.
6. Санжаровская Н.К. Редкие казуистические случаи и врачебные ошибки в практической оториноларингологии. - Волгоград, 1997.

Поступила 11.02.2005 г.