



УДК 616.216.1-002-072.1:616.2-008.331.4:616.-8-039.57

УПРАВЛЯЕМАЯ ГИПОТОНИЯ В ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РИНОСИНУСОХИРУРГИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

И. М. Алибеков, Д. Г. Гуз, А. Г. Худин, В. А. Москалев

CONTROLLED HYPOTENSION IN ENDOSCOPIC RINOSINUSOHIRURGII AN OUTPATIENT BASI

I. M. Alibekov, D. G. Goose, A. G. Houdin, V. A. Moskalev

Комитет по здравоохранению Администрации г. Сургута
(Председатель – Д. А. Сухарев)

Проведен анализ работы амбулаторных эндоназальных эндоскопических хирургических вмешательств с применением управляемой гипотонии. Нами произведены эндоназальные вмешательства с применением современных эндоскопических и лазерных технологий 236 больным с хроническими заболеваниями носа и нарушением носового дыхания. Из них 115 больным, имеющим сопутствующую патологию, проводили хирургические вмешательства с применением управляемой гипотонии. Получены хорошие результаты. Сделаны выводы о целесообразности применения данной методики в амбулаторной хирургии.

Ключевые слова: эндоскопическая риносинусохирургия, полипозный риносинусит, управляемая гипотония, амбулаторная хирургия.

Библиография: 8 источников.

An analysis of outpatient endoscopic endonasal surgery with the use of controlled hypotension.

We made endonasal intervention using modern endoscopic and laser technology 236 patients with chronic diseases of the nose and a violation of nasal breathing. Of these, 115 patients having comorbidities performed surgery with the use of controlled hypotension. Good results. The conclusions about the usefulness of this technique in ambulatory surgery.

Key words: endoscopic rinosinusohirurgiya, polypoid rhinosinusitis, controlled hypotension, outpatient surgery.

Bibliography: 8 sources.

Амбулаторная хирургия в оториноларингологии – бурно развивающееся самостоятельное и перспективное направление в хирургии. Она увеличивает доступность плановой оториноларингологической помощи населению, позволяет увеличить количество хирургических вмешательств на ранних стадиях заболеваний, существенно сокращает количество послеоперационных осложнений и сроки реабилитации пациентов, при этом лечение больных обходится значительно дешевле, чем в условиях стационара [4, 8].

В настоящее время накопился значительный опыт развития стационар-замещающих технологий в хирургии во многих странах. С их развитием уменьшается количество стационарных коек.

В настоящее время в г. Сургуте развернуты четыре центра амбулаторной хирургической помощи оториноларингологическим больным.

В них выполняют хирургические вмешательства различной степени сложности, диагностиче-

ские операции и манипуляции, консервативное лечение больных оториноларингологического профиля г. Сургута с населением 318 тыс.

Эти центры имеют современное оснащение, включающее операционные микроскопы, лазерное, магнитно-лазерное, ультразвуковое оборудование, операционные залы и палаты для наблюдения больных.

В силу специфики амбулаторной хирургии отбор больных на операцию проводится очень тщательно, проводятся предоперационное обследование и при необходимости медикаментозная подготовка к вмешательству [1, 2].

В амбулаторных условиях может быть выполнена та операция, которая технически выполнима в таких условиях и после которой больному не требуется неотложной помощи специалиста – он может находиться под наблюдением родственников или сиделки без медицинского образования. Под эти требования может подойти значительное



количество оториноларингологических вмешательств [2, 6].

Воспалительные заболевания околоносовых пазух являются одной из самых актуальных проблем оториноларингологии. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют лица, страдающие различными формами синуситов.

По данным Национального центра по статистике болезней США, в 1994 году синуситы стали в этой стране самым распространенным хроническим заболеванием. Почти каждый восьмой житель США болен или когда-либо болел синуситом. В 1998 году в США синусит был зарегистрирован у 34,9 млн человек. В Германии за последние десятилетия ставится от 7 до 10 млн диагнозов острого или хронического синусита.

Поэтому сейчас лечение риносинуситов является одной из самых актуальнейших проблем оториноларингологии. Так, в США в 1996 году расходы, связанные с диагностикой и лечением синуситов, составили 5,8 млрд. долларов [7]

К хроническим синуситам относится также и полипозный риносинусит (ПРС) – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризующееся образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отеочной ткани, инфильтрированной эозинофилами.

Бесспорно, ПРС представляет собой очень серьезную нерешенную проблему современной медицины. Существующие методы консервативного лечения лишь приостанавливают рост полипов, и поэтому хирургическое удаление полипов из полости носа и ОНП остается вынужденной мерой в арсенале лечения полипозного риносинусита.

По данным статистики наблюдается стойкая тенденция увеличения заболеваемости носа и околоносовых пазух в Ханты-Мансийском автономном округе: в 2010 году этот показатель среди взрослых почти в 2 раза превысил общероссийские данные – 4,8, среди детей – 3,2 (по России – 2,7).

Учитывая суровые климатические условия Севера, частоту поражения ЛОР-органов в этом регионе и загруженность ЛОР-стационаров, авторы сочли необходимым найти варианты хирургического лечения ПРС в амбулаторных условиях (стационар одного дня) [2, 5, 7].

Эндоскопическая хирургия носа и околоносовых пазух в настоящее время получает все более широкое признание среди отечественных ринохирургов, в связи с чем возникает необходимость решения многих, пока еще открытых вопросов данного направления оториноларингологии.

При эндоскопической полисинусотомии использование эндоскопов с разными углами зрения, специальных инструментов и микрошейверных систем дает хирургу возможность удалять

полипы шаг за шагом, идентифицируя при этом среднюю носовую раковину, решетчатую буллу, клетки *aggr nasi*, а также естественные отверстия всех околоносовых пазух, расширяя их настолько, насколько требует распространенность патологического процесса [3].

Богатое кровоснабжение носа и околоносовых пазух создает опасность кровотечения во время операции, которое может осложнить и сделать недопустимым дальнейшее ее проведение. Необходимыми условиями для хирургического вмешательства являются обеспечение минимальной местной кровоточивости и хороший обзор операционного поля. Уменьшению кровоточивости тканей способствует применение метода управляемой гипотонии [2].

Цель работы. Поиск и внедрение в практику современных и безопасных методик оперативного лечения, которые позволят максимально сократить время пребывания пациента в лечебном учреждении; показать обоснованность и безопасность применения управляемой гипотонии при оперативных вмешательствах в полости носа и на околоносовых пазухах в амбулаторных условиях, а также возможности эндоскопической риносинусохирургии с применением высокоэнергетических лазеров, микрошейверов, позволяющих выполнить больший объем хирургического вмешательства в амбулаторной ЛОР-хирургии, что невозможно выполнить по стандартной методике, особенно в амбулаторных условиях (стационар одного дня).

Использование эндоскопической техники, шейверной системы и хирургических лазеров открывает превосходную возможность для отоларингологов не только визуализировать патологические процессы в самых глубоких отделах полости носа, но и проводить топическое воздействие на разные отделы носа, выбирая способ воздействия в зависимости от характера патологии.

Пациенты и методы. Оперативное лечение проводили в амбулаторных условиях с использованием эндоскопических и лазерных технологий с последующим краткосрочным наблюдением в условиях дневного стационара (до полного пробуждения пациента).

Нами произведены эндоназальные эндоскопические вмешательства 236 больным хроническими заболеваниями носа с нарушением носового дыхания с применением управляемой гипотонии в возрасте от 19 до 68 лет, из них 115 больных имели сопутствующую патологию.

Заболевания бронхолегочного аппарата имелись у 20%, артериальная гипертензия – у 80% больных.

Учитывая краткосрочное наблюдение в послеоперационном периоде, операции проводились под местной и региональной анестезией с потен-



цированием ненаркотическими анальгетиками, нейролептиками.

Для создания управляемой гипотонии использовали инфузионный раствор (10 мл 0,1% раствора перлингании на 100 мл 0,9 % раствора натрия хлорида), который вводили внутривенно капельно с начальной скоростью 10 мкг/мин. При недостаточности эффекта каждые 5 мин скорость увеличивали на 20 мкг/мин, но не более 200 мкг/мин. Необходимый уровень гипотонии определяли в ходе операции, ориентируясь на степень кровоточивости. Артериальное давление снижали не ниже 80 мм рт. ст.

Больным с сердечно-сосудистой патологией и возрастными особенностями среднего артериального давления снижали не более, чем на 30%. Интраоперационно проводили мониторинг жизненно важных функций АД, пульсоксиметрию, ЭКГ, ЧДД. Восстановление АД до исходного уровня отмечалось через 5–10 мин после прекращения инфузии перлингании.

Осложнений при проведении данной методики не наблюдали. Все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии. Сроки наблюдения – более 48 месяцев.

Выводы

Применение управляемой гипотонии в эндоскопической риносинусохирургии способствует уменьшению местной интраоперационной кровоточивости и соответственно общей кровопотери.

В результате хорошего обзора операционного поля сокращается время выполнения операции и появляется возможность осуществления вмешательств в глубоких отделах полости носа и околоносовых пазух.

Использование современных достижений в ринохирургии и анестезиологии позволяет значительно повысить доступность оказания оториноларингологической помощи населению, особенно с резкими климатическими условиями (в условиях Севера), снижая затраты на лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибеков И. М., Гуз Д. Г. Опыт применения управляемой гипотонии в оперативной оториноларингологии в амбулаторных условиях / Мат. IV Рос. конф. оториноларингологов. – М., 2005. – С. 46–47.
2. Алибеков И. М., Худин А. Г., Гуз Д. Г. Опыт применения CO₂-лазера в эндоскопическом хирургическом лечении полипозного риносинусита в амбулаторных условиях / Там же. – С. 194–196.
3. Алякин А. В. Опыт применения эндоскопической ринохирургии в поликлинике ОАО «Газпром» / Мат. IV съезда амбулаторных хирургов. – М., 2011. – С. 14–15.
4. Ждановский В. В., Дарвин В. В., Шаляпин В. Г. Хирургия одного дня. – Сургут, 2011. – 12 с.
5. Пискунов Г. З. Современная амбулаторная хирургия в оториноларингологии: пособие для врачей. – М., 2007. – 7 с.
6. Показатели состояния здоровья населения города Сургута и деятельности муниципальных учреждений здравоохранения за 2011 год. – Сургут: Комитет по здравоохранению. 2011. – 16 с.
7. Рязанцев С. В., Науменко Н. Н., Захарова Г. П. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов: метод. рекомендации. – СПб.: Национальный регистр, 2006. – 36 с.
8. Современные возможности стационар-замещающих технологий в хирургии / В. Д. Вильгельм [и др.]: сб. ст. 1-й Региональной науч.-практ. конф. хирургов. – Ханты-Мансийск, 2004. – С. 3–8.

Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, главный оториноларинголог г. Сургута, зав. дневным стационаром городской поликлиники № 3. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-3462-24-06-08; 24-00-05, e-mail: alibekovu@bk.ru

Худин Александр Григорьевич – врач высшей категории, лазерный хирург ОКД. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Ленина, д. 69/1; тел./факс: 8-3462-52-85-59, e-mail: hudin.aleksandr@mail.ru

Гуз Дмитрий Геннадиевич – главный врач ГП №3, врач-анестезиолог. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-3462-24-06-08; 24-00-10, e-mail: : guz_id@admsurgut.ru

Москалев Василий Александрович – зав. ЛОР-отделением Сургутской окружной клинической больницы. 628418, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-3462-52-73-24; 52-71-70, e-mail: mosk1977@yandex.ru