

Опыт хирургического лечения гипертрофии носоглоточной миндалины

С.А.Карпищенко✉, О.Е.Верещагина, Е.О.Лысюк

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Минздрава России. 197022, Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8

✉karpishchenkos@mail.ru

Долгое время наличие аденоидов в носоглотке ассоциировалось только с детским возрастом, так как считалось, что к 14–15 годам жизни ребенка происходит возрастная инволюция носоглоточной миндалины и все жалобы, связанные с этим участком носоглотки, проходят. Подобное мнение активно поддерживалось в связи с ограниченностью методов диагностики области носоглотки. Преимущественно применялись методы передней и задней риноскопии, не всегда позволяющие оценить состояние глубоких отделов полости носа и носоглотки, а также пальцевое исследование последней, малоинформативное, учитывая строение носоглотки взрослого человека. Как наиболее информативный метод выполнялась рентгенограмма головы в боковой проекции, где имелась возможность оценить просвет носоглотки.

Современные методы диагностики дают возможность своевременно диагностировать патологические состояния носоглотки и идентифицировать доброкачественный процесс и злокачественный, грамотно назначать необходимое лечение.

Ключевые слова: гипертрофия носоглоточной миндалины, эндоскопия, лазерная интерстициальная термотерапия.

Для цитирования: Карпищенко С.А., Верещагина О.Е., Лысюк Е.О. Опыт хирургического лечения гипертрофии носоглоточной миндалины. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Хирургия): 33–35. DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.33-35

CASE REPORTS

Experience of surgical treatment of hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil

S.A.Karpishchenko✉, O.E.Vereshchagina, E.O.Lysyuk

I.P.Pavlov First Saint Petersburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 197022, Russian Federation, Saint Petersburg, ul. L'va Tolstogo, d. 6/8

✉karpishchenkos@mail.ru

Abstract

For a long time the presence of adenoids in the nasopharynx was associated only with childhood, as it was believed that by 14–15 years of a child's life age involution of nasopharyngeal tonsil and all complaints associated with this area of the nasopharynx are. This opinion was supported by a majority of the limited methods of diagnosis region of the nasopharynx. Mostly used methods are the front and rear rhinoscopy, not always allowing to assess the condition of the deep parts of the cavity of the nose and throat, and finger examination of the nasopharynx, uninformative, given the structure of the nasopharynx of an adult. As the most informative method, performed radiography of head in lateral projection, where it was possible to evaluate the lumen of the nasopharynx.

Modern methods of diagnostics allow to diagnose pathological conditions of the nasopharynx, and identify a benign process from malignant, properly prescribe the necessary treatment.

Key words: hypertrophy of the nasopharyngeal tonsils, endoscopy, laser interstitial thermotherapy.

For citation: Karpishchenko S.A., Vereshchagina O.E., Lysyuk E.O. Experience of surgical treatment of hypertrophy of the nasopharyngeal tonsil. Consilium Medicum. 2017; 19 (7.2. Surgery): 33–35. DOI: 10.26442/2075-1753_19.7.2.33-35

Носоглоточная миндалина располагается на задневерхней стенке носоглотки и является частью лимфаденоидного глоточного кольца Вальдейера–Пирогова, основная функция которой формирование иммунитета.

Наличие гипертрофированной носоглоточной миндалины у взрослых в некоторых случаях остается с детского возраста. Кроме того, отмечают соматические состояния, сопутствующие возникновению аденоидита у пациентов: наследственную предрасположенность, нарушения в деятельности эндокринной системы, гормональный дисбаланс, наличие хронических очагов инфекции, например кариозных зубов, и склонность к аллергическим реакциям.

Чаще всего взрослых пациентов при гипертрофии носоглоточной миндалины беспокоят: затруднение носового дыхания, в связи с чем возникает необходимость дышать через рот, заложенность ушей (дисфункция слуховой трубы), постназальный синдром (слизистое или гнойное стекание по задней стенке глотки), вызывающий у больного постоянное желание сплевывать, храп с синдромом сонного апноэ, головная боль в результате гипоксии головного мозга, от которой страдают все системы и органы организма, гнусавость, синуситы.

В настоящее время оценить состояние области носоглотки позволяет расширенный спектр диагностических манипуляций, доступный не только в условиях стационара, но и на амбулаторном приеме врача-оториноларинголога.

Кроме стандартного осмотра полости носа и носоглотки при передней и задней риноскопии современным методом исследования носоглотки является ригидная эндоскопия. Осмотр осуществляется с помощью жестких эндоскопов с разным углом зрения с выводом изображения на экран монитора, позволяющим оценить внутренние структуры полости носа и детально оценить все отделы носоглотки с возможностью выполнить биопсию новообразований.

Важную информацию предоставляют результаты конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях, позволяющих оценить состояние всех костных стенок носоглотки, исключить инвазию патологического образования в близлежащие структуры и деструкцию.

Неоднократно встречаются пациенты, посетившие из-за головных болей невролога и выполнившие магнитно-резонансную томографию головного мозга, на которой также можно идентифицировать выраженную гипертрофию носоглоточной миндалины.

Гипертрофированные аденоиды взрослого пациента, как и в детстве, разделяют на три степени: при 1-й возможно консервативное лечение, 2 и 3-я требуют хирургического вмешательства. На сегодняшний день вся хирургия носоглотки выполняется под эндоскопическим контролем, что обеспечивает детальную оценку области оперативного вмешательства и полноценное выполнение удаления патологических тканей. В обязательном порядке перед проведением оперативного вмешательства выполняются весь

Рис. 1. Носоглотка при эндоскопическом осмотре.



перечень перечисленных методов обследования и забор ткани на гистологическое исследование с онкологической настороженностью. Сочетание эндоскопического подхода с применением полупроводникового лазера в контактном режиме позволяет малокровно выполнять лазерную интерстициальную термотерапию аденоидов даже при гипертрофии 1-й степени, когда медикаментозное лечение остается неэффективным. Применение шейверной техники в носоглотке под эндоскопическим контролем дает возможность за короткий срок времени удалить аденоидные вегетации различной степени гипертрофии, при этом шейверная насадка срезает патологическую ткань и аспирирует все содержимое носоглотки. В некоторых стационарах сохраняется методика удаления аденоидной ткани при помощи аденотома, что при сочетании с эндоскопическим контролем позволяет контролировать все движения инструмента в нужном направлении. Все перечисленные методы лечения выполняются в условиях стационара как под местной, так и под общей анестезией, что зависит от сопутствующих заболеваний пациента. В амбулаторной практике хирургического лечения аденоидов наиболее часто применяется лазерная интерстициальная термотерапия, позволяющая почти бескровно провести эту процедуру, но выполняется она в несколько этапов. Эта тактика дает возможность проводить лечение у больных с высокими рисками кровотечения, так как применение лазерной техники при воздействии на патологические ткани одновременно выполняет гемостатическую функцию, что является наиболее значимой в любой хирургической практике.

На кафедре оториноларингологии с клиникой Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова накоплен большой опыт ведения больных ринологического профиля.

За последние 2 года в отделении оториноларингологии были прооперированы 23 пациента с новообразованиями носоглотки. Их возраст составил от 19 до 57 лет. Среди но-

зологических форм были выявлены: гипертрофия носоглоточной миндалины в 10 случаях, киста носоглотки – в 7, сумка Торнвальда – 6. В 3 случаях встретилось сочетание гипертрофии носоглоточной миндалины и сумки Торнвальда. Из 10 пациентов с аденоидными вегетациями в 2 случаях выполнялись аденотомии в детском возрасте.

Клинический случай

Пациентка Ц, 28 лет в плановом порядке обратилась в клинику оториноларингологии Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова с жалобами на дискомфорт и першение в горле (больше слева) и периодическое чувство стекания слизи по задней стенке глотки, гнусавость, заложенность носа. Из анамнеза известно, что амбулаторно наблюдается у оториноларинголога по поводу обострения хронического фарингита 4–5 раз в год, последнее обострение за месяц до госпитализации осложнилось острым средним экссудативным отитом, по поводу чего лечилась стационарно в оториноларингологическом отделении НИИ хирургии и неотложной медицины Первого СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова.

При обследовании на амбулаторном этапе выполнялся эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки под местной аппликационной анестезией с помощью ригидного эндоскопа 0 и 30° (рис. 1). Выявлены гипертрофия лимфоидной ткани носоглотки 3-й степени (преимущественно слева), обильное количество слизистого отделяемого. При этом слизистая оболочка носоглотки розовая, без признаков текущего воспаления.

Также была выполнена конусно-лучевая компьютерная томография околоносовых пазух в коронарной и аксиальной проекциях для исключения острого воспалительного процесса в пазухах носа (рис. 2). По результатам обследования все околоносовые пазухи пневматизированны, отмечаются стойкие соустья в нижнем носовом ходе (состояние после эндоскопической гайморотомии от 2013 г.). Отмечается гипертрофия лимфоидной ткани носоглоточной миндалины (аденоидные вегетации), больше слева.

После необходимого предоперационного обследования с целью санации хронического очага инфекции была выполнена лазерная интерстициальная термотерапия лимфоидной ткани носоглотки в два этапа. Предварительно осуществлена биопсия ткани носоглотки, по результатам которой была подтверждена гиперплазия лимфоидной ткани. В условиях местной аппликационной анестезии Sol. Lidocaini 10% 2 мл слизистой оболочки полости носа и носоглотки под контролем ригидного эндоскопа 0° при помощи полупроводникового лазера на мощности 3 Вт в контактном режиме выполнено последовательное разогревание образования носоглотки экспозицией до 2 мин до демаркационной линии (побелевшей ткани). К концу операции определяется уменьшение образования, гемостаз состоятельный.

В послеоперационном периоде проводились назальная ирригационная терапия солевыми растворами, топическое кортикостероидное лечение. Выполнялся контрольный эндоскопический осмотр полости носа и носоглотки (рис. 3).

Рис. 2. Конусно-лучевая компьютерная томограмма околоносовых пазух больной.



Рис. 3. Эндоскопический осмотр через 1 мес после лазерной интерстициальной термотерапии носоглотки. Рубец в области носоглотки после аденотомии в детстве.



Выводы

Представленный клинический случай позволяет сделать выводы о необходимости выполнения алгоритма дооперационного обследования больных с новообразованиями

носоглотки, включающего все перечисленные методы диагностики, так как они не являются взаимозаменяемыми.

Осуществление хирургических вмешательств в носоглотке под эндоскопическим контролем позволяет детально оценить состояние области и контролировать этапы данных вмешательств, что позволяет снизить риск операционных осложнений.

На амбулаторном этапе необходимо помнить об онкологической настороженности у лиц старше 40 лет при выявлении новообразований в области носоглотки.

Литература/References

1. Yildirim N, Sahan M, Karsliglu Y. Adenoid hypertrophy in adults: clinical and morphological characteristics. *J Int Med Res* 2008; 36: 157–162.
2. Карпищенко С.А., Скиданова И.А., Верещагина О. Диагностика и лечение кист носоглотки. *Врач.* 2013; 2: 58–62. / Karpishchenko S.A., Skidanova I.A. Diagnostika i lechenie kist nosoglotki. *Vrach.* 2013; 2: 58–62. [in Russian]
3. Karpishchenko S.A., Skidanova I.A. Laser – included interstitial thermotherapy in surgical treatment of benign nasopharynx lesions. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae* 2012; 18 (2): 57.
4. Карпищенко С.А., Скиданова И.А. Возможности ЛИТТ в хирургическом лечении аденоидов у взрослых. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, 2011; 17 (2): 35–41. / Karpishchenko S.A., Skidanova I.A. Vozmozhnosti LITT v khirurgicheskom lechenii adenoidov u vzroslykh. *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*, 2011; 17 (2): 35–41. [in Russian]

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Карпищенко Сергей Анатольевич – д-р мед. наук, проф., зав. каф. оториноларингологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова». E-mail: karpishchenkos@mail.ru

Верещагина Ольга Евгеньевна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог клиники оториноларингологии ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова». E-mail: wereschagina@yandex.ru

Лысюк Елизавета Олеговна – врач-оториноларинголог клиники оториноларингологии ФГБОУ ВО «Первый СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова».