

КОНТРОЛЬ ЗА НОСОГЛОТОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ПРИ АДЕНОТОМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТАМПОНА “MEROCEL”

Клиника «ВИРТУС»; каф. реконструктивной и эстетической медицины с курсом общей стоматологии Одес. гос. мед. ун-та

Послеоперационные кровотечения при хирургических вмешательствах на носовой части глотки остаются распространенной и серьезной медицинской проблемой. Риск возникновения этого осложнения при аденоотомии может составлять до 5% (Jakse, 1981).

Это объясняется:

1. Обильным кровоснабжением носовой части глотки, которое обеспечивается ветвями а. sphenopalatina с большим разнообразием вариантов их расположения (рис. 1).
2. Анатомической труднодоступностью носовой части глотки, что требует специальной аппаратуры и практических навыков для гемостаза в этой зоне.

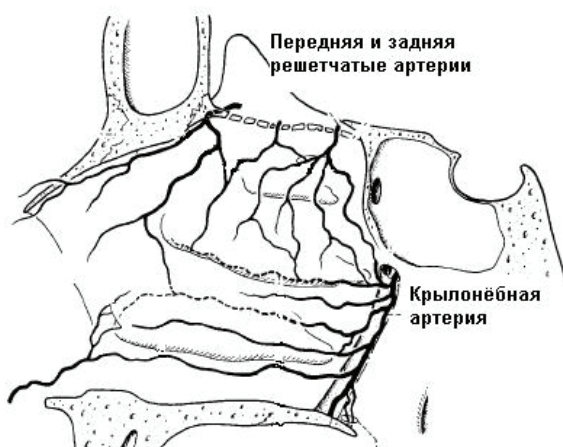


Рис. 1. Артерии полости носа

В силу психологических и физиологических особенностей детей не всегда возможно соблюдение ими охранительного

режима в послеоперационном периоде. Это касается физических и эмоциональных нагрузок, высмаркивания носа, соблюдения диеты и прочее. Поэтому у детей возрастает риск появления кровотечения в послеоперационном периоде.

Обильное кровотечение делает технически сложными как проведение общей анестезии, так и непосредственно эндоскопическую ревизию и коагуляцию кровоточащего сосуда.

Традиционным методом остановки кровотечения из носовой части глотки и задних отделов полости носа является задняя тампонада. В большинстве случаев процедура позволяет быстро и надёжно произвести гемостаз, однако тяжело переносится пациентами из-за ее болезненности. Установка и снятие заднего тампона требует спокойствия и участия пациента, что не всегда возможно у детей.

В течение последних 2 лет в нашей клинике накоплен значительный опыт применения тампонов “MeroCel” для передней тампонады полости носа при эндоскопических операциях и функциональных эстетических ринопластиках. Тампоны “MeroCel” стали использоваться как альтернатива традиционной передней тампонаде марлевыми турундами и марлевыми тампонами в перчаточном пальце. Наш опыт позволил отметить как преимущества, так и недостатки этой технологии.

Преимущества:

1. Физико-химические свойства материала (поливинила ацетат) обуславливают расширение тампона в присутствии жидкости. Этим достигается необходимая компрессия тканей, что позволяет остановить

кровотечение из сосудов полости носа даже в условиях повышенного артериального давления (Garth, Brightwell, 1994).

2. Гемостатическое покрытие в тампонах серии Нетох (оксидированная целлюлоза) обеспечивает дополнительную активацию гемостаза за счет усиления адгезии тромбоцитов. Кроме того, оно обладает бактерицидным действием (Bhatnagar, Berry, 2004).

3. Пористая текстура поверхности способствует выраженной фиксации тампона к слизистой оболочке, что в комплексе с фиксирующими нитями исключает самопроизвольное смещение тампона или проваливание его в ротовую часть глотки (McIntosh, Cowin et al., 2005).

4. Установка тампона не требует какого-либо инструментария, оборудования и даже освещения, может быть произведена в течение нескольких секунд.

Недостатки:

1. Пористая текстура поверхности делает установку и удаление тампона болезненными вследствие «пилящего» эффекта, что требует дополнительной анестезии.

2. Тампон следует с осторожностью применять при ринопластиках с ЛОР-этапом, так как при удалении расширенного тампона происходит чрезмерное растяжение тканей кончика носа. Вследствие этого возможно повреждение швов, моделирующих и фиксирующих хрящи носа.

Исключительные гемостатические свойства тампонов “Mergocel”, способность к значительному расширению и простота установки позволили нам применять их для остановки носоглоточных кровотечений при аденоотомии.

Приводим собственное наблюдение.

Пациентка К., 12 лет, консультирована в клинике «Виртус» по поводу нарушения носового дыхания, наличия отделяемого из полости носа слизисто-гнойного характера, затекания его по задней стенке глотки, ощущения заложенности ушей и снижения слуха.

Со слов родителей, указанные симптомы наблюдаются в течение 6-7 лет. Ранее она не получала лечения. Объективно: состояние удовлетворительное. Внутренние органы – без особенностей. Данные лабора-

торно-клинических исследований – в пределах возрастной нормы.

ЛОР-статус.

Эндоскопия полости носа. Перегородка незначительно смещена влево, слизистая оболочка – розовая, раковины не увеличены, общий носовой ход – свободный, отделяемого нет. В носовой части глотки – аденоидные вегетации, закрывающие просвет хоан на 2/3, отёчные, борозды сглажены, покрыты слизисто-гнойным отделяемым (рис. 2).



Рис. 2. Эндоскопия носовой части глотки у пациентки К. Аденоидные вегетации закрывают просвет хоан на 2/3. Отверстия слуховых труб не визуализируются. **** - задний край перегородки носа.

Эндоскопия уха: барабанные перепонки втянуты, при продувании неподвижны; опознавательные пункты сохранены (рис. 3).

Глотка, гортань – без видимой патологии.

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного исследования установлен диагноз: аденоиды II степени, аденоидит, двусторонний хронический евстахиит.

Рекомендовано хирургическое вмешательство – эндоскопическая аденоотомия под общим обезболиванием. Согласие родителей ребенка на операцию получено.

Анестезия: общая многокомпонентная с интубацией трахеи.

После обработки операционного поля установлен роторасширитель. В общий носовой ход уложены марлевые турунды, смоченные раствором адреналина, с целью вазоконстрикции. Под контролем эндоскопа аденоиды инфильтрированы 1% раствором лидокаина с адреналином 1:200 000 – 4 мл. Аденоиды удалены при помощи аденотома Бекмана.



Рис. 3. Отоскопическая картина у пациентки К. Барабанные перепонки справа и слева втянуты. Стрелки – ретракторные карманы.

Гиперплазированные тубарные валики резецированы режущими щипцами Блексли. Отверстия слуховых труб с обеих сторон визуализированы. Гемостаз произведен по ходу операции марлевыми тупферами и высокочастотной электрокоагуляцией. В своде носовой части глотки по центру визуализируется крупный кровоточащий сосуд. При попытке коагуляции кровотечение немедленно возобновляется. В носовую часть глотки уложена желатиновая гемостатическая губка. Кровотечение остановилось. Пациентка экстубирована и переведена в палату интенсивной терапии для дальнейшего наблюдения. Назначена гемостатическая, инфузионная и антибактериальная терапия. Операционная кровопотеря – 30 мл.

Через 4 ч после операции, после высмаркивания, возникло профузное носовое кровотечение из обеих половин полости носа. В правую половину установлен ватный аппликатор, смоченный 10% раствором лидокаина с адреналином, на 1 мин. Тампон “Merocel” - стандартный длиной 8 см (REF 440402) обрезан по высоте сверху и снизу для облегчения введения, установлен в общий носовой ход справа до упора в заднюю стенку носовой части глотки и пропитан физиологическим раствором (4 мл). Кровотечение мгновенно остановилось (рис. 4).

Ребенок перенес все манипуляции спокойно, без каких-либо болевых ощущений. Тампон удален через 24 ч. Кровотечение при растампонировании – незначительное, остановилось самостоятельно. Форма удаленного тампона повторяла конфигурацию дыхательных путей – общего носового хода и носовой части глотки (рис. 5).

Аналогичный способ остановки кровотечения из носовой части глотки был успешно применен нами еще в 2 наблюдениях при возникновении некупируемого кровотечения во время резекции тубарных валиков.

Передняя тампонада с использованием тампонов “Merocel” оказалась простым, щадящим и эффективным методом контроля за носоглоточным кровотечением и, по нашему мнению, может стать методом выбора при возникновении подобных клинических ситуаций.

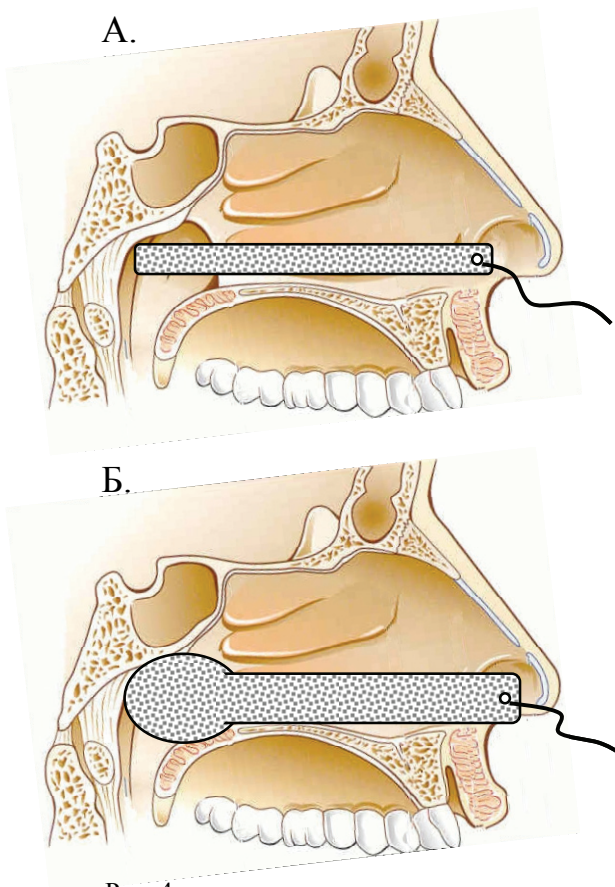


Рис. 4.

А. Схема установки тампона.

Б. Конфигурация и положение тампона после пропитывания физиологическим раствором.



Рис. 5. Внешний вид тампона после его удаления (вид сбоку и снизу). Носоглоточная часть тампона расширена во всех направлениях.



Рис. 6. Эндоскопическая картина носовой части глотки через 1 нед после операции. Носовая часть глотки свободная, отверстия слуховых труб открыты (толстая стрелка). Визуализируется место расположения кровоточащего сосуда на задней стенке носовой части глотки, покрытое кровяным сгустком. **** - задний край перегородки носа.

1. Bhatnagar R.K., Berry S. Selective surgical packing for the treatment of posterior epistaxis // *Ear Nose Throat J.* – 2004. – Sep; 83(9):633-4.
2. Garth R.J., Brightwell A.P. A comparison of packing materials used in nasal surgery // *J. Laryngol. Otol.* – 1994. – Jul; 108(7): 564-6.
3. Jakse R. For prevention of complications, especially postoperative bleeding, in tonsilectomy and adenotomy // *Laryngol. Rhinol. Otol. (Stuttg).* – 1981. – Jul; 60(7): 345-50.
4. McIntosh D., Cowin A., Adams D., Wormald P.J. The effect of an expandable Polyvinil acetate (Merocele) pack on the healing of the nasal mucosa of sheep // *Am. J. Rhinol.* – 2005. – Nov-Dec; 19(6):577-81.

Поступила в редакцию 22.10.08.

© П.А. Запорожченко, Е.В. Годлевская, 2008