

Тонзиллэктомия

Историческая справка

Хирургическое лечение при хронических заболеваниях небных миндалин практиковалось еще со времен Гиппократа и Цельсия. Так Корнелий Цельс удалял небные миндалины ногтем указательного пальца или вырезал их скальпелем.

Абулкар в начале II тысячелетия описывал операцию удаления небных миндалин следующим образом: голова больного зажата между коленями хирурга, помощник прижимает язык книзу, миндалины захватывают крючком и вырезают ножницами или ножом с дугообразным лезвием.

В период Средневековья вплоть до XIVв. наблюдалась повальная тенденция к удалению миндалин как панацеи от многих болезней. Гюйемо первым предложил для удаления гипертрофированных миндалин использовать проволочную петлю.

Около 1900 г. Этот метод был усовершенствован итальянцем Ficano и французом Vacher.

Виды тонзиллэктомий

- Экстракапсулярное удаление небных миндалин;
- Криохирургическое воздействие на миндалины при наличии противопоказаний к оперативному вмешательству обычного типа (гемофилия, тромбоцитопения и др)
- Криоультразвуковая хирургия миндалин
- Лазерная хирургия миндалин.

Показания к операции

- повторные ангины;
- объективные признаки хронического тонзиллита при фарингоскопии;
- безуспешность консервативного лечения;
- метатонзиллярные заболевания внутренних органов (гломерулонефрит, ревмокардит, ревматоидный полиартрит; геморрагический васкулит, капилляротоксикоз и иммунные гемопатии в стадии ремиссии; другие инфекционно-аллергические заболевания);
- рецидивирующие и хронические заболевания ЛОР-органов.
- паратонзиллярный абсцесс, развившийся на фоне хронического тонзиллита;
- хроническая тонзиллогенная интоксикация у детей раннего возраста;
- тонзиллогенный хронический сепсис;
- парафарингеальная флегмона тонзиллярного происхождения;
- тиреотоксикоз и другие эндокринные заболевания, протекающие на фоне хронического тонзиллита.

Противопоказания:

- **Абсолютные противопоказания:**
 2. Болезни крови (острые и хронические лейкозы, геморрагические диатезы; иммунные гемопатии, капилляротоксикоз в стадии обострения),
 3. Сосудистые аномалии глотки (ангиодисплазии, аневризмы, подслизистая пульсация сосуда),
 4. Тяжелые нервно-психические заболевания
 5. Активная форма туберкулеза легких
 6. Тяжелая форма сахарного диабета
 7. Декомпенсированные состояния при заболеваниях сердца, легких, печени и почек.

Перед операцией необходимо:

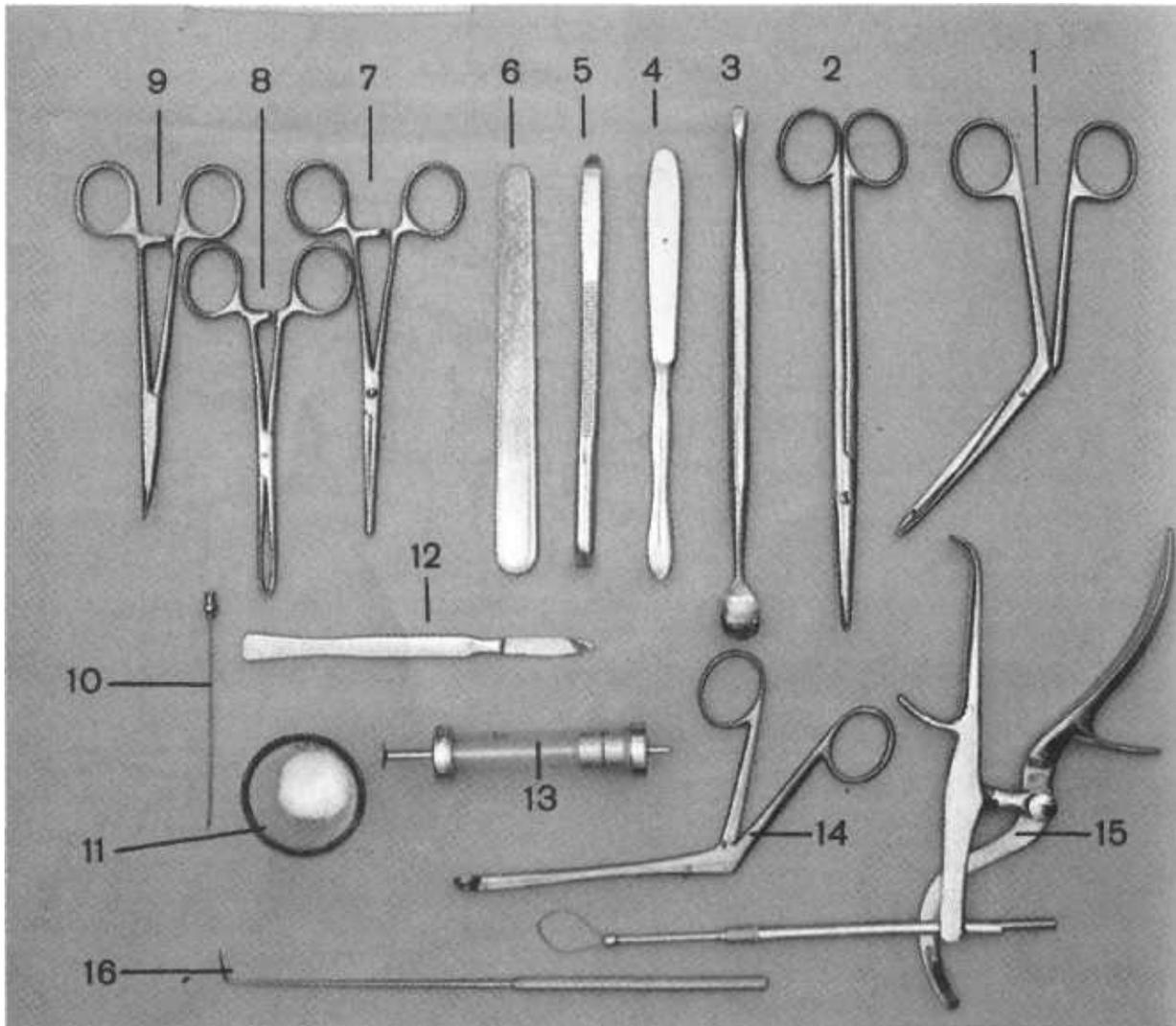
- Определение группы крови и резус фактора;
- Общий анализ крови с коагулограммой;
- Общий анализ мочи;
- Мазок из глотки для определения бациллоносительства токсигенной коринобактерии дифтерии;
- Санация полости рта;
- Рентгенография грудной клетки для исключения тимомегалии (у детей младшего возраста);
- Тщательное обследование для диагностики заболеваний, которые могут осложнить течение операции и послеоперационного периода;
- Накануне операции для детей берут справку в поликлинике об отсутствии контакта с носителями детских инфекций.

Анестезия:



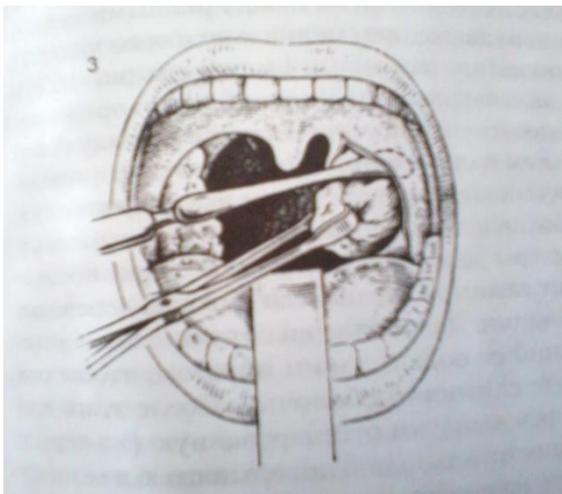
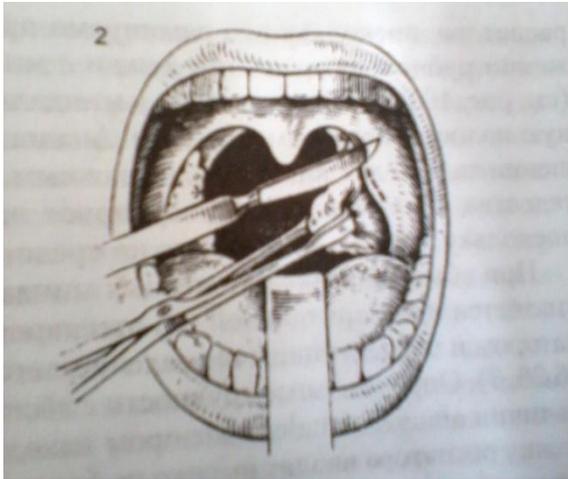
- местная (1% р-р новокаина, тримекаина, лидокаина) или интубационный наркоз
- инфильтрационная анестезия (с помощью шприца 10мл и длинной иглы на нитке, фиксируемой к IV пальцу хирурга, при каждом вколе вводят по 3мл анестетика, создавая тем самым депо этого вещества за капсулой миндалины).

Набор инструментов для ТОНЗИЛЭКТОМИИ



- 1 - глоточные шипцы Гартмана;
- 2 - ножницы;
- 3 - ложка для выделения небной миндалины;
- 4, 5 - распаторы;
- 6 - шпатель;
- 7, 8, 9 - зажимы Кохера; 10 - инъекционная игла;
- 11 - мензурка для раствора анестезирующего вещества;
- 12 - скальпель;
- 13 - шприц «Рекорд» объемом 20 мл;
- 14 - конхотом;
- 15 - петля для удаления небной миндалины Бохона;
- 16 - игла для накладки лигатуры на кровотокающий сосуд в нише после удаления небной миндалины.

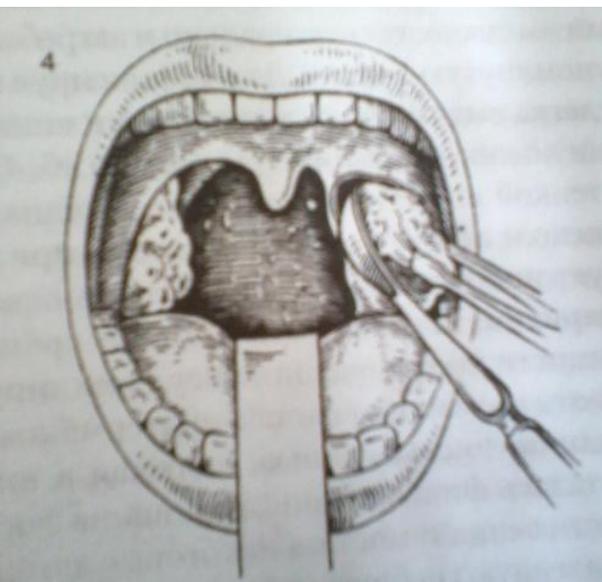
Ход операции



1 этап:

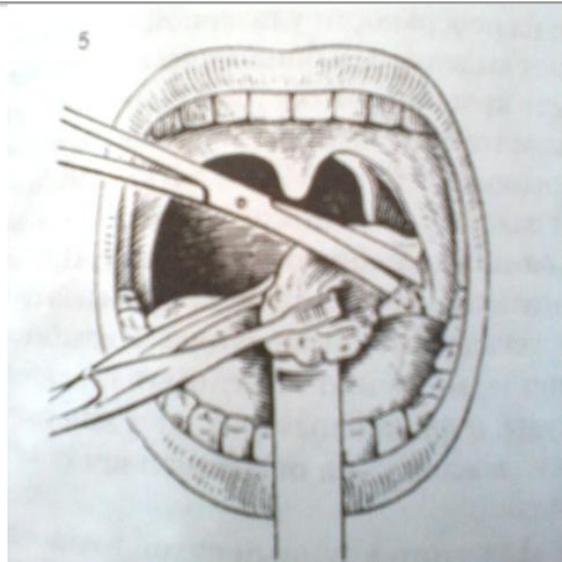
Через 5-7 минут поле анестезии острым скальпелем делают разрез на всю толщину слизистой оболочки между передней дужкой (по ее заднему ходу) и небной миндалиной. Разрез делают от верхнего полюса миндалины до корня языка, стараясь не соскочить скальпелем на дужку, чтобы ее не поранить. После того, как проведен разрез слизистой оболочки вдоль передней дужки, аналогичное действие проводят в отношении слизистой верхнего полюса миндалины с переходом на складку между задним краем задней небной дужки и миндалиной; этот разрез ведут также до нижнего полюса миндалины.

2 этап



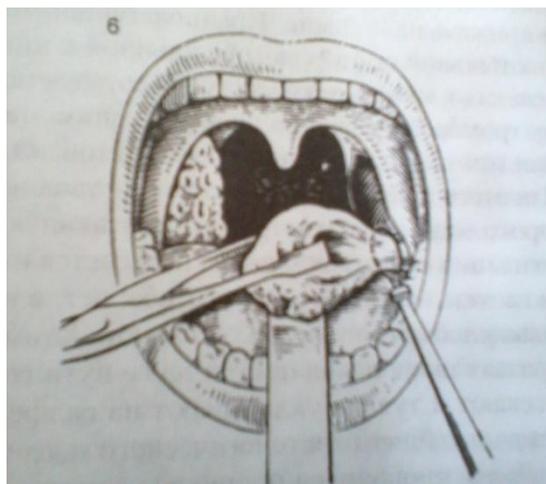
Следующим этапом является отделение миндалины от дужек. Для этого используют крючковидный конец ложки-распатора, который вводят в произведенный ранее разрез между передней дужкой и небными миндалинами. Наиболее важным этапом этой части оперативного вмешательства является экстракапсулярное выделение верхнего полюса миндалины. При обычном строении небных миндалин выделение верхнего полюса осуществляется предварительной его отсепаровкой от свода ниши крючковидным распатором и последующим низведением его при помощи ложки-распатора. Далее, фиксируя миндалину зажимами 1 или 2, слегка вытягивая ее медиально и вниз, высепаровывают из своей ниши при помощи ложки-распатора, постепенно продвигая ложку между ней и стенкой ниши и отодвигая ее в медиальном направлении.

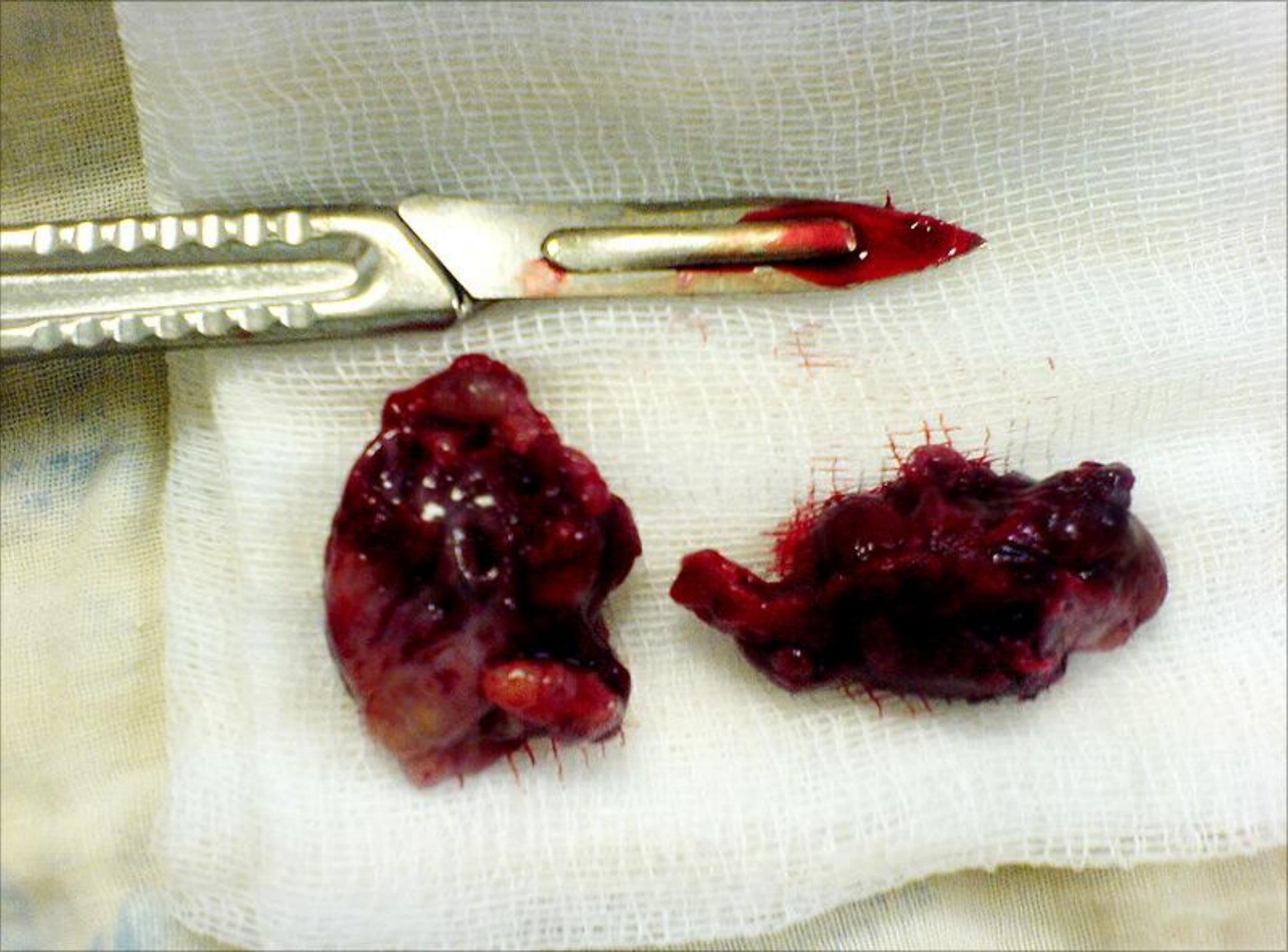
3 этап



Завершающим этапом тонзиллэктомии (удаления миндалин) является отсечение миндалины при помощи петлевого тонзиллотома.

Далее производят гемостаз. Для этого крупный сухой ватный шарик, фиксированный зажимом Микулича, вставляют в нишу и прижимают его к ее стенкам на 3-5 мин, в течение которых, как правило, кровотечение из мелких артериол и капилляров прекращается.

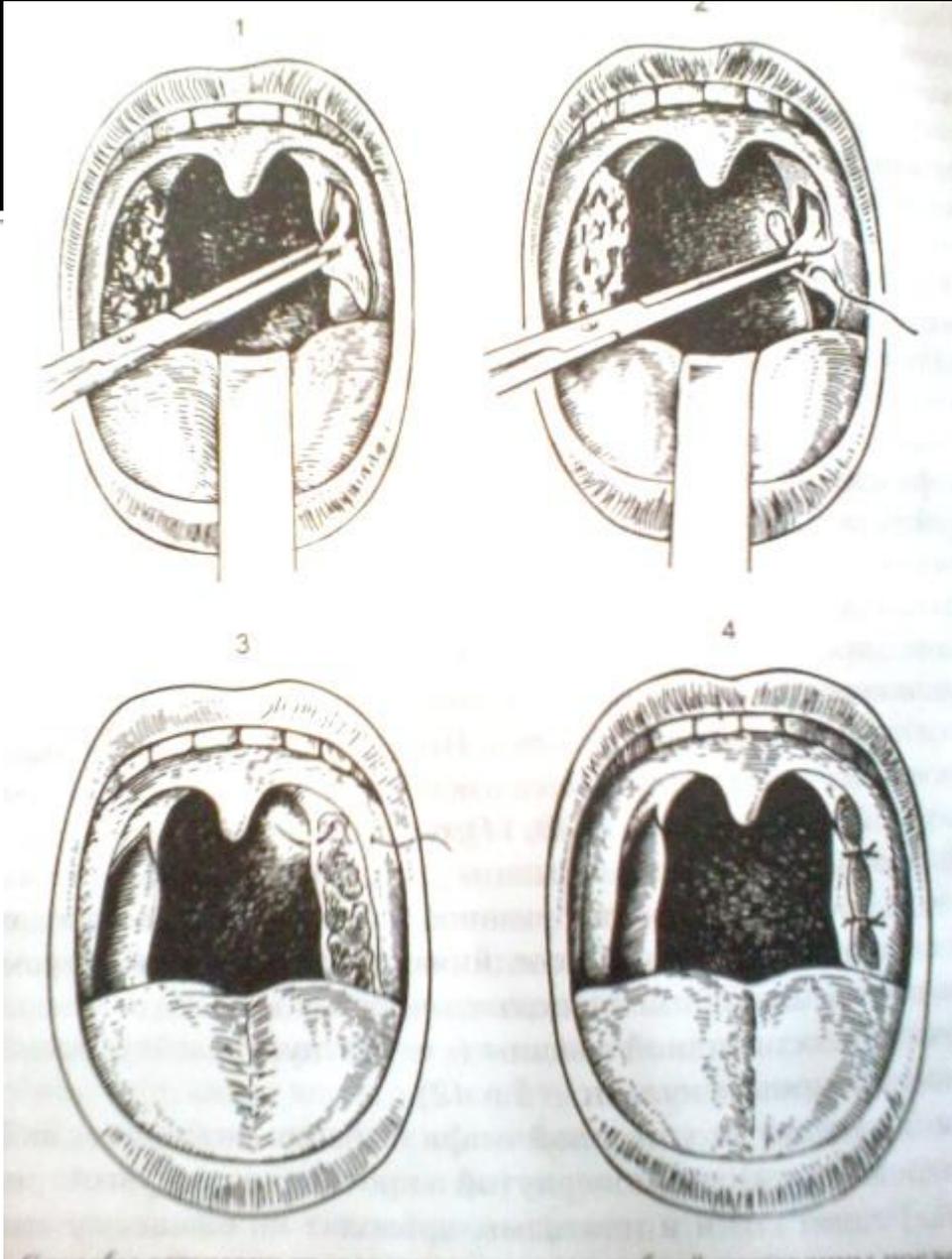




Послеоперационные осложнения:

- Кровотечения
- Инфекционные осложнения:
 - Послеоперационная ангина
 - Абсцесс боковой стенки глотки
 - Послеоперационная дифтерия глотки
- Осложнения, возникающие на расстоянии (бронхопневмонии, абсцессы легкого, вторичные плевриты и др.)
- Генерализованные осложнения (септицемия)

Способ остановки кровотечения из ниши небной миндалины по Горлиной 1983 г.



1. Наложение зажима на кровоточащий сосуд
2. Прошивание кровоточащего сосуда
3. Тампонада ниши небной миндалины
4. Сшивание над тампоном передней и задней небных дужек

Тонзиллэктомия гальванокаутером



Сравнительная характеристика стандартной тонзиллэктомии и тонзиллэктомии каутером по данным Кубанского государственного медицинского университета

Сравниваемый признак	Тонзиллэктомия каутером	«Холодная» тонзиллэктомия
Длительность операции, мин	30	33
Интраоперационная кровопотеря, мл	24	152
Интенсивность боли в 1-е сутки после операции, балл	4	5,5
Интенсивность боли на 3-е сутки после операции, балл	3,5	6
Интенсивность боли на 7-е сутки после операции, балл	3	4
Средняя интенсивность боли в раннем послеоперационном периоде, балл	3,5	5
Наличие кровотечения в послеоперационном периоде	2	1

Послеоперационный период

После операции пациента укладывают в постель с низкой подушкой, голову поворачивают на сторону во избежание аспирации крови и рвотных масс.

Пить разрешают через 4-5 ч. Постоянно наблюдают за ребёнком, заставляют сплёвывать слюну в салфетку, чтобы не пропустить момент начала возможного кровотечения. Через 8-10 ч разрешают приём полужидкой тёплой пищи. При отсутствии осложнений через сутки пациента выписывают домой.