УДК 617.51-006-053

*Г.У. ЛУТФУЛЛАЕВ, С.С. АРИФОВ**

ПРОФИЛАКТИКА ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЕ НОСОВОЙ ЧАСТИ ГЛОТКИ

Самарканд. гос. мед. ин-т (ректор – проф. А.М. Шамсиев);
Ташкент. ин-т усоверш. врачей (ректор – проф. Д.М. Сабиров)*

Юношеская ангиофиброма носовой части глотки (ЮАН) является самой распространенной доброкачественной опухолью глотки. Частота встречаемости её составляет 1:5000 – 1:60000 среди отоларингологических пациентов и около 0,05% от всех доброкачественных новообразований головы и шеи [2, 9-11].

ЮАН характеризуется разнообразием клинических проявлений, но одним из основных ее симптомов является носовое кровотечение. Кровотечение часто представляет собой наиболее грозное интра- и раннее послеоперационное осложнение заболевания, угрожающее жизни больного. Для лечения и профилактики предложены различные способы. В источниках литературы имеется много исследований, посвященных изучению данного аспекта проблемы. Предложены различные способы профилактики носового кровотечения во время выполнения операции – эндоваскулярная, особенно селективная, окклюзия в предоперационном периоде, применение управляемой гипотонии и временной или постоянной перевязки наружной сонной артерии. По мнению большинства авторов, эффективность первых двух методов оценивается высоко, но повсеместное внедрение их во всех лечебных учреждениях ограничено, последнего – как сомнительного [1, 4, 6-8].

В настоящее время для борьбы с кровотечением наиболее широко используемыми при различных условиях являются различные гемостатические препараты локального и системного применения непосредственно во время хирургического вмешательства и в послеоперационном периоде [3, 5].

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности системного и локального применения транексемовой кислоты для остановки кровотечения во время операции, его профилактики в раннем послеоперационном периоде.

В первой клинике Самаркандского медицинского института были обследованы и пролечены 22 человека в возрасте 14–23 лет с первой стадией ЮАН.

У всех больных проведено оториноларнгологическое обследование, оценка состояния всех органов и систем организма, общеклинические лабораторные и инструментальные исследования, компьютерная томография носа, околоносовых пазух, носовой части глотки, головного мозга. Примерный объем кровотечения во время операции оценивался путем взвешивания использованных материалов до- и после операции, а также количества удаленной крови при помощи электроотсоса. Для оценки распространенности опухоли нами была применена классификация В.С. Погосова и соавторов (1987).

У 14 лиц была установлена I, у 8 – II стадия ЮАН. У всех пациентов использовано хирургическое вмешательство. Операция у всех больных проведена под эндотрахеальным наркозом, удаление опухоли у всех обследуемых с I стадией и у 2 – со II стадией ЮАН выполнялось трансоральным доступом, а у 6 лиц со II стадией ЮАН использован трансмаксиллярный подход. С учетом способа воздействия на систему гемостаза больные были подразделены на 2 группы.

Первую (1-ю) группу составили 9 (40,9%) человек, которым задняя тампонада

проводилась по традиционной методике. Общая гемостатическая терапия во время операции и в послеоперационном периоде выполнялась применением известных лекарственных препаратов – ε-аминокапроновой кислоты, дицинона, викасола, нативной плазмы. Гемотрансфузия в интра- или послеоперационном периоде осуществлена только у 2 пациентов.

Во 2-ю группу были объединены 13 (59,1%) лиц. В предшествующий день и за 2 ч до операции им медленно в/в вводилось 5,0 мл раствора 500 мг транексемовой кислоты, разведенной в 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида. В ходе операции в/в капельно вводилось 10 мл раствора 500 мг транексемовой кислоты, разведенной 400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Гемотрансфузия не выполнена ни в одном случае. Местно остановка кровотечения выполнена комбинированным способом, т.е. укладыванием на кровоточащую поверхность стенок носовой части глотки пластины гемостатической губки, пропитанной 500 мг раствора транексемовой кислоты, и ее фиксацией путем сдавливания марлевым задним тампоном. Способ осуществляется следующим образом: предварительно в начале операции в носовую часть глотки через полость носа вводился резиновый катетер, а его конец выводился через рот. На выведенный конец привязывались две нити заднего тампона. К моменту удаления операционная сестра готовила пластину гемостатической губки размером 10х10 см, пропитанную 5,0 мл 500 мг раствора транексемовой кислоты. Сразу же после удаления опухоли эта губка вводилась в носовую часть глотки и укладывалась на кровоточащее ложе опухоли, затем зафиксировалось в данном положении с помощью заднего тампона. Фиксация заднего тампона в преддверии носа проводилась по традиционной методике. Во всех случаях задняя тампонада дополнялась передней тампонадой носа. У всех больных тампоны удалялись после предварительного их размачивания 3% раствором перекиси водорода. Предварительно утром в день удаления заднего тампона однократно в/в медленно вводилось 5,0 мл 500 мг раствора транексемовой кислоты.

Оценка эффективности примененных методов в сравниваемых группах производилась по 6 критериям (таблица). У больных 2-й группы кровотечение после наложения заднего тампонов прекратилось на 1,89, они удалены в 1,7 раза раньше по сравнению с 1-й группой. Эти и другие изучаемые показатели достоверно различались в сравниваемых группах.

Показатели эффективности оценки остановки кровотечения во время операции и развития кровотечения в послеоперационном периоде

Критерии сравнения	1-я группа (N= 9)	2-я группа (N=13)
	M±m	
Время полной остановки кровотечения после тампонады, минуты	11±0,9	5,9±0,7*
Объем кровотечения во время операции, мл	820,0±20,1	544,0±14,2*
Частота кровотечения в первые сутки после удаления опухоли, %	22,2	0*
Время удаления заднего тампона с момента операции, сутки	3,4±0,9	2,0±0,2*
Частота кровотечения после удаления заднего тампона, %	33,3	0
Частота наложения заднего тампона повторно, %	22,2	0*

Примечание; * – достоверность сравниваемых показателей (P<0,05)

Результаты указывают на эффективность профилактики кровотечения у пациентов 1-й группы. Это обусловлено тем, что для системного воздействия у них использована транексемовая кислота, которая по выраженности действия в несколько раз превосходит ε–аминокапроновую кислоту. Применение препарата повышает функциональную активность системы гемостаза, кинин-калликреиновой системы. Местное воздействие на кровоточащую поверхность носовой части глотки осуществлено одновременным влиянием трех факторов – гемостатической губки, раствора транексемовой кислоты и механического давления. При традиционном способе задней тампонады, который применен у больных 2-й группы, в основном реализуется третий фактор.

Таким образом, результаты исследования показали эффективность комбинированного применения транексемовой кислоты для остановки кровотечения во время операции, его профилактики в послеоперационном периоде, и данная методика может быть рекомендована в качестве метода выбора в комплексном лечении больных с ЮАН.

1. Гамиловская Ю.В. Клинико-фуекциональные аспекты перевязки наружной сонной артерии при опухолях орофарингеальной зоны / Ю.В. Гамиловская: Автореф. дис. … канд. мед. наук.– М., 2009.– 22 с.
2. Дайхес Н.А. Юношеская ангиофиброма основания черепа / Н.А. Дайхес, Х.Ш. Давудов, С.В. Яблонский // Сб. научных работ, посвященных РДКБ МЗРФ. – М., 1995. – С. 54-62.
3. Квашенкова Ю.Д., Тахакомб в комплексе лечения ювенильной ангиофибромы основания черепа у детей / Ю.Д. Квашенкова, Н.И. Васильева // Медфарм холдинг. – 2004. – 64 с.
4. Тимен Г.Э., Писанко В.Н., Слинчук Р.В., Кобзарук Л.И., Свистун Е.Т. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 2001. – №3. – С. 171–172.
5. Чистякова В.Р. Опыт лечения 150 ангиофибром основания черепа у детей / В.Р. Чистякова, С.В. Яблонский, А.А. Мыльников // Тр. IX съезда отоларингологов Украины. – Киев, 2000. – С. 21-23.
6. Чистякова В.Р. Опыт хирургического лечения ангиофибром основания черепа у детей / В.Р. Чистякова, С.В. Яблонский // Тр. 16–го съезда отоларингологов России. – Сочи, 2001. – С. 123-125.
7. Яблонский С.В. Аигиофибромы основания черепа у детей / С.В. Яблонский: Автореф. дис. … канд. мед. наук.– М., 1995.– 21 с.
8. De Vincentiis M., Gallo A., Minni A. et al. Preoperative embolization in the treatment protocol for rhinopharyngeal angiofibroma: comparison of the effectiveness of various materials // Acta Otorhinolaryngol. Ital. – 1997 Jun. – № 17(3). – P. 225–232.
9. Duvall A.J., Moreano A.E. Juvenile nasopharynge angiofibroma Diagnosis and treatment // Otolaryngol Head Nee Surg. – 1987. – Vol. 97, N6. – P. 534–540.
10. Shaheen O.H. Angiofibroma // In: John NG, ed. Scott–Brown's Otolaryngology. Vol 6. – London: Butterwortli–Heinemann, 1987.– 291–296 pp.
11. Tewfik T.L., Tan A.K., al Noury K., Chowdhury K., Tampieri D., Raymond J, et al. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma // J. Otolaryngol, – 1999.– Vol. 28. – P. 145–151.

Поступила в редакцию 02.06.09.

© Г.У. Лутфуллаев, С.С. Арифов, 2009

ПРОФІЛАКТИКА ІНТРА- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ КРОВОТЕЧІ ПРИ ЮНАЦЬКІЙ АНГІОФІБРОМІ НОСОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ

Лутфуллаєв Г.У., Аріфов С.С. (Ташкент)

Р е з ю м е

У 22 осіб з юнацькою ангіофібромою носової частини глотки (ЮАН) проведена оцінка ефективності системного і локального застосування транексемової кислоти для зупинки кровотечі під час операції та її профілактики у ранньому післяопераційному періоді. У 14 пацієнтів діагностована I, у 8 – II стадія ЮАН. Видалення пухлини у всіх хворих з I та у 2 – з II стадією ЮАН був використаний трансмаксилярний підхід. Порівнялись ефективність системного і локального застосування транексемової кислоти виконувалось класичним способом ведення хворих з ЮАН за 6 критеріями. За показниками всіх критеріїв визначена ефективність використання транексемової кислоти у складі комплексного лікування при ЮАН (P<0,05).

PROFYLAXIS OF INTRAOPERATIVE AND POSTOPERATIVE BLEEDING IN THE PATIENTS WITH JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Lutfullaev G.U., Arifov S.S. (Tashkent)

S u m m a r y

There were evaluated the efficacy of systemic and local tranexamic acid use in 22 patients with Juvenile Nasopharyngeal Angiofibroma (INA) for hemostasis at the time of surgery and its prophylaxis in the early postoperative period. 14 patients were diagnosed as having first stage of INA and 8 – the second stage. It was used transmaxillar approach for tumor removal in all patients of first stage and in two patients of the second stage. The efficacy of system and local tranexamic acid application were compared by six criteria at a classical way of management of the patients with INA. The efficacy of tranexamic acid use as a part of complex treatment of patients with INA on indicators of all criteria was defined (P<0,05).