

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© П.В. СВЕТИЦКИЙ, М.А. ЕНГИБАРИАН, 2013

УДК 616.284-006.04-036.1-089

П.В. Светицкий, М.А. Енгибарян

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ СРЕДНЕГО УХА

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздрава России, 344037, г. Ростов-на-Дону

Представлены результаты лечения 7 больных (3 мужчин и 4 женщины) раком среднего уха, получивших лечение в отделении опухолей головы и шеи РНИОИ за период с 2003 по 2013 г. У всех больных был плоскоклеточный рак. После предоперационной лучевой терапии больные были прооперированы: резекция височной кости и наружного слухового прохода. Трём больным с шейными метастазами была проведена лимфодиссекция в объеме II A—B, III уровня. В послеоперационном периоде по месту жительства назначалась адъювантная химиотерапия. В результате проведенного лечения 2 года прожили 4 больных, 3 года — 2. Представлен случай клинического наблюдения. Больная 42 лет с распространенным раком среднего уха после предоперационного облучения была подвергнута радикальной операции: субтотальной резекции височной кости с обнажением лицевого нерва, сигмовидного синуса и луковицы яремной вены. Наблюдается в течение 5 мес без продолженного роста опухоли.

Ключевые слова: рак среднего уха; резекция височной кости.

CLINICAL OBSERVATION OF PATIENTS WITH MIDDLE EAR CANCER

P.V. Svetitskiy, M.A. Engibaryan

Rostov Research Oncologic Institute, 344037, Rostov-on-Don, Russian Federation

We present treatment results of 7 patients with middle ear cancer (3 men and 4 women) having been treated in Head and Neck Tumors Department of Rostov Research Oncologic Institute within the period 2003-2013. All patients had squamous cell cancer. After preoperative radiotherapy the patients were operated: resection of temporal bone and external acoustic meatus. In three cases with cervical metastases lymphodissection IIA-B, III level was performed. Postoperative adjuvant chemotherapy was prescribed. As a result of treatment 4 patients survived 2 years and 2 patients survived 3 years. A clinical case is presented. The patient aged 42, with advanced middle ear cancer underwent preoperative radiotherapy with subsequent radical operation, i.e. subtotal resection of temporal bone with exposure of facial nerve, sigmoid sinus and bulb of jugular vein. The patient is under surveillance during 5 months without continued tumor growth.

Key words: middle ear cancer; resection of temporal bone.

Рак среднего уха (PCY) является крайне редким заболеванием. По данным отечественных и зарубежных авторов, данная патология встречается в единичных случаях и составляет до 0,06% среди всех онкологических заболеваний [1]. На долю PCY среди злокачественных опухолей уха приходится до 5% [2, 3]. Предрасполагающими факторами развития PCY являются термические или химические ожоги, радиационное облучение, длительное раздражение барабанной полости гнойным отделяемым, способствующим развитию грануляций, полипов и их малигнизации [4].

Результаты лечения PCY неудовлетворительные. Операция в комбинации с облучением и химиотерапией повышает выживаемость больных [5]. По данным [6], резекция височной кости с удалением опухоли (ОП) позволяет достигнуть 3- и 5-летней выживаемости в 41 и 35% случаев.

PCY диагностируется, как правило, при распространенном процессе или во время проведения операции [7]. Поздняя диагностика объясняется сложными анатомо-топографическими особенностями среднего уха. Этим же можно объяснить отсутствие до настоящего времени общепринятой классификации стадий заболевания. Так, в классификациях предложенных К.И. Плесковым [8] и Б.А. Шварцем [9], за основу определения стадии заболе-

вания взята степень деструкции костной ткани. Однако до операции даже с использованием современной аппаратуры не всегда возможно объективно оценить распространенность процесса в височной кости. По данным авторов, кровотечения и зловонные выделения из уха возникают при III стадии, хотя они могут наблюдаться при II и даже I стадии. Не оцениваются шейные метастазы при III и IV стадиях.

Отсутствие ясных градаций в определении распространенности процесса можно объяснить сравнительно небольшим клиническим материалом в отечественных и зарубежных публикациях по данной патологии. В руководстве Минздрава России по алгоритму объемов диагностики и лечения злокачественных новообразований за 2002 г. при II стадии размеры ОП в среднем ухе не должны превышать 5 см. Однако общий размер самой барабанной полости, включая собственно барабанную полость, аттик и подвал — hypotympanum, имеет гораздо меньшие размеры. В аналогичном руководстве за 2010 г., а также в стандартах лечения, изданных Минздравом России, по онкологии вообще отсутствует раздел, посвященный PCY.

Тактика лечения больных PCY предусматривает комбинированный метод: облучение и операцию, проводимую в объеме субтотальной резекции височной кости [10]. Химиотерапия назначается в основном с паллиативной целью.

Мы решили представить клинические наблюдения по данной патологии.

За период с 2003 по 2013 г. в отделение опухолей

Для корреспонденции: Светицкий Павел Викторович — д-р мед. наук, проф., науч. руководитель отд-ния опухолей головы и шеи; 344037, г Ростов на Дону, ул. 14 линия, 63, e-mail: mioi@list.ru

головы и шеи РНИОИ было госпитализировано 13 420 больных, из них раком уха 23. Всех больных мы разделили на 2 основные группы: рак ушной раковины с переходом в наружный слуховой проход — 16 и РСУ — 7, т. е. РСУ составил 0,05% от общего числа больных. Сравнительно небольшой контингент пациентов раком наружного уха объясняется наличием в РНИОИ специализированного отделения по лечению рака кожи.

Все 7 больных РСУ при госпитализации имели подтвержденный диагноз: плоскоклеточный рак, состояние после предоперационной лучевой терапии (45 Гр). Мужчин было 3, женщин — 4. Возраст пациентов составлял от 35 до 65 лет. У 2 женщин в связи с прогрессированием процесса имелся паралич лицевого нерва.

Хирургические вмешательства на височной кости мы проводим по типу радикальных операций на среднем ухе с удалением пораженных костных тканей и наружного слухового прохода. Трех больным имеющим шейные метастазы была проведена лимфодиссекция в объеме II А—В, III уровня. После выписки по месту жительства больным назначалась химиотерапия: препараты цисплатина и фторурацила (3—5 курсов). В результате проведенного лечения 2 года прожили 4 больных, 3 года — 2. Одна пациентка, прооперированная в начале 2013 г., наблюдается в течение 5 мес без продолженного роста опухоли.

Приводим клинический пример. Больная Д., 42 года, поступила в отделение опухолей головы и шеи РНИОИ 14.01.13 с диагнозом рака правого среднего уха с прорастанием в наружный слуховой проход. Болеет 1,5 года. Лечилась у ЛОР-врача по месту жительства в течение 4—6 мес по поводу хронического гнойного среднего отита. Гистологический анализ ткани из слухового прохода выявил плоскоклеточный рак. Получила лучевую терапию в СОД 45 Гр. Из-за продолженного роста была направлена в РНИОИ. При поступлении лицо симметричное. Правый наружный слуховой проход obturated ОП, имеются кровянистые с гноем выделения. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Клинические анализы в пределах нормы. Снижение слуха по типу нарушения звукопроводения. Данные спиральной рентгеновской компьютерной томографии (СРКТ): ОП наружного слухового прохода справа с распространением на структуры среднего уха, с разрушением вершины пирамиды височной кости, пещеры, а также основания сосцевидного отростка в нижней внутренней поверхности до сигмовидного синуса.

18.01.13 проведена операция. В заушной области по переходной складке проведен уайльдовский разрез кожи до кости с продлением вниз до верхушки сосцевидного отростка. Трепанация височной кости осуществлялась по Цауфалю—Левину. ОП удалена вместе с пораженной костью включая верхушку сосцевидного отростка. Удаление кости осуществлялось до здоровой ткани, соответствующей lamina vitrea. Создана полость из antrum, aditus ad antrum et cavum tympani. В процессе операции удалены остатки наковальни и молоточка. Сложности возникли при работе в гипотимпануме. При удалении кости в области пирамиды обнажены горизонтальный участок лицевого нерва, предлежащий сигмовидный синус и впереди вниз — луковича яремной вены. Возникшее кровотечение из травмированного участка сигмовидного синуса было остановлено тампонадой с помощью гемостатической губки. Данная ситуация напомнила нам наблюдения описанные [11]: «...у людей с правосторонним РСУ при работе на височной кости чаще наблюдается предлежание синуса и углубление fossa jugularis...». Сказанное основоположниками оториноларингологии о соотношениях синуса и луковичи яремной вены, на наш взгляд, согласо-

ется с особенностями представленного случая. Операция закончилась формированием наружного слухового прохода из тканей ушной раковины. Больная выписана домой с рекомендацией проведения адьювантной химиотерапии. Последующие амбулаторные посещения больной с осмотром через сформированный широкий наружный слуховой проход послеоперационной полости позволили наблюдать за эпителизацией ее стенок. Длительность наблюдения без продолженного роста опухоли составляет 5 мес.

Таким образом, РСУ является редким и тяжелым заболеванием, чаще с неблагоприятным исходом. Данная патология требует совершенствования существующих и поиска новых методов диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. my-mediks.ru/content/zlokachestvennye-opukholi-rak-srednego-ukha
2. *Понадюк В.И.* Ранняя диагностика и методы лечения при новообразованиях уха: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М.; 2003.
3. Рак среднего уха — симптомы болезни, профилактика и... www.eurolab.ua/diseases/542/
4. *Пачес А.И.* Опухоли среднего уха. В кн.: Опухоли головы и шеи. М: Медицина; 2000: 292—6.
5. Рак среднего уха — www.lor-oncology.ru/cancerear/
6. *Антонив В.Ф.* Клиника, диагностика и лечение при новообразованиях уха: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1982.
7. *Levenson M.* Tumors of the Middle Ear & Mastoid. Ear Surgery Information Center. <http://www.earsurgery.org/site/pages/learn/ear-tumors/tumors-of-the-middle-ear.php>
8. *Плесков К.И.* Классификация злокачественных опухолей уха. В кн.: Погосова В.С., Шантурова А.Г., Антонива В.Ф. Злокачественные опухоли уха (Методические рекомендации для врачей и студентов мединститута). М.; 1975: 6—8.
9. *Шварц Б.А.* Злокачественные новообразования ЛОР-органов. М.: Медгиз; 1961: 335—6.
10. *Погосов В.С.* Атлас оперативной оториноларингологии. М.: Медицина; 1983: 357—8.
11. *Левин Л.Т., Темкин Я.С.* Хирургические болезни уха. М.: — Медгиз; 1948: 164—5, 256—8.

REFERENCES

1. my-mediks.ru/content/zlokachestvennye-opukholi-rak-srednego-ukha
2. *Popadyuk V.I.* Early diagnostics and methods of treatment at ear neoplasms. Abstract of a thesis, Doctor of Medicine. Moscow: 2003 (in Russian).
3. Cancer of middle ear — symptoms of disease, prevention and... www.eurolab.ua/diseases/542/ (in Russian).
4. *Paches A.I.* Middle ear tumours of. In the book: Head and Neck Tumours. Moscow, Meditsina, 2000: 292—6 (in Russian).
5. Cancer of middle ear — www.lor-oncology.ru/cancerear/ (in Russian).
6. *Antoniv V.F.* Clinics, diagnostics and treatment at ear neoplasms: Abstract of a thesis, Doctor of Medicine. Moscow: 1982 (in Russian).
7. *Levenson M.* Tumours of the Middle Ear & Mastoid. Ear Surgery Information Center. <http://www.earsurgery.org/site/pages/learn/ear-tumors/tumors-of-the-middle-ear.php>
8. *Pleskov K.I.* Classification of malignant tumours of ear. In the book: Pogosov V.S., Shanturov A.G., Antoniv V.F. Malignant tumours of ear (Methodical recommendations for physicians and students of medical institute). Moscow; 1975: 6—8 (in Russian).
9. *Schwartz B.A.* Malignant tumours of otorhinolaryngology organs. Moscow: Medgiz; 1961: 335—6 (in Russian).
10. *Pogosov V.S.* Atlas of operative otorhinolaryngology. Moscow: Medicine; 1983: 357—8 (in Russian).
11. *Levin L.T., Tyomkin Ya.S.* Surgical diseases of ear. Moscow: Medgiz; 1948: 164—5, 256—8 (in Russian).

Поступила 23.06.13