



УДК:616.288.1:616-006.5:616-006.6

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ НАРУЖНОГО УХА

А. И. Чернолев, В. И. Попадюк, А. С. Гришина

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF SOME NEOPLASMS OF EXTERNAL EAR

A. I. Chernolev, V. I. Popadyuk, A. S. Grishina

ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов», Москва

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк)

В работе приведены результаты наблюдения 146 больных опухолями и опухолеподобными образованиями наружного уха. Определена группа методов исследования, которые необходимо применить при данной патологии, а также значение радиоволнового скальпеля и склерозирующей терапии в лечении некоторых новообразований наружного уха. Методика проведения склерозирующей терапии описана детально и может быть применена даже в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: новообразования наружного уха, «Сургитрон», склерозирующая терапия.

Библиография: 10 источников.

146 cases of external ear neoplasms have been observed in the paper. We have thoroughly analyzed the role of different investigation methods and treatment of neoplasms of external ear, especially usage of the ultra-wave scalpel and sclerosating therapy. Method of providing of sclerosating therapy has been described in details and could be used even in ambulatory conditions.

Key words: neoplasms of external ear, „Surgitron”, sclerosating therapy.

Bibliography: 10 sources.

Новообразование уха – сравнительно редкое заболевание, но в последние годы количество больных с данной патологией неуклонно растет. Некоторые авторы связывают увеличение количества больных опухолями уха с изменением окружающей среды и социально-экономической обстановкой. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные состояния опасны тем, что имеют потенциальную возможность озлокачиваться. Морфологическая структура злокачественных опухолей наружного уха многообразна.

Цель работы. Повышение эффективности лечения больных с опухолеподобными, доброкачественными и злокачественными новообразованиями наружного уха путем совершенствования ранней диагностики и способов лечения.

Наше исследование основано на результатах всестороннего и углубленного анализа развития болезни, методов диагностики и результатов лечения 146 больных с опухолями и опухолеподобными образованиями наружного уха, которые находились на лечении в ЛОР-клинике Российского университета дружбы народов (ЛОР-отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница № 4» ДЗ г. Москвы).

Первое место по частоте занимали опухолеподобные образования – 58 (40%) больных, реже встречались доброкачественные опухоли – 48 (33%) больных, еще реже – злокачественные новообразования – 40 (27%) больных.

Большинство больных были в возрасте от 20 до 80 лет – 129 (88,3%). Больных моложе 20 лет было 7 (4,8%), старше 80 лет – 10 (6,9%) больных.

Из опухолеподобных образований чаще всего встречались невусы – 22 (15,3%) больных, меньше было больных атеромами – 16 (11%), старческим кератозом – 8 (5,4%), келоидами – 7 (4,9%), кожным рогом – 3 (2%), кистами – 2 больных.

Среди больных доброкачественными опухолями на первом месте были пациенты с плоско-клеточной папилломой – 14 (9,7%), на втором – больные гемангиомами и остеомами – по 11 (7,5%), реже встречались церуминомы (7) и дерматофибромы (3), отмечены также по одному наблюдению гемангиоперицитомы и лейомиомы.



Злокачественные опухоли встречались преимущественно в возрасте от 30 до 80 лет – 40 (27%) больных. По гистологической структуре мы наблюдали одинаковое количество больных базально-клеточным и плоскоклеточным раком – по 20 (13,6%). Среди наших больных лиц женского пола было 82 (56,1%), мужского – 64 (43,9%) .

Ушная раковина была первичной локализацией новообразования у 81 (55,4%) больного, наружный слуховой проход – у 65 (44,6%). Такое распределение больных в зависимости от исходной локализации соответствует действительной частоте поражения указанных отделов наружного уха. Объясняется это тем, что диагностика новообразований ушной раковины чаще всего не требует дополнительных методов исследования, кроме осмотра и гистологического изучения.

Диагностика новообразований наружного уха является весьма важным моментом в борьбе за здоровье и жизнь больного. Своевременная постановка диагноза заболевания – залог успешного лечения больного. Всем больным, находившимся под нашим наблюдением, проведено полное клиническое обследование с применением всех доступных методов исследования.

Начинаем исследование с жалоб больного. Для решения вопроса о характере опухоли важно определить длительность заболевания. Развитие опухолеподобных и доброкачественных новообразований происходит в течение нескольких лет, злокачественных – в течение нескольких месяцев. Из анамнеза устанавливали начало проявления первых признаков, время их появления, длительность заболевания и последовательность появления симптомов. По последовательности появления жалоб больного мы судили о первичной локализации и направлении роста опухоли. Для новообразований наружного уха характерно постоянное и неуклонное нарастание симптоматики. На основании сведений, полученных из анамнеза, можно определить план необходимых исследований для получения максимума информации о заболевании.

Ушная раковина доступна для осмотра самими больными и врачом, поэтому новообразования этой локализации выявляются значительно быстрее, чем опухоли наружного слухового прохода. У всех пациентов с опухолями ушной раковины первым признаком заболевания было появление самой опухоли. Как правило, она появлялась без видимых причин.

Новообразования наружного слухового прохода недоступны для непосредственного осмотра и определенное время развиваются незаметно. В силу анатомических особенностей наружного слухового прохода, его иннервации, а также того обстоятельства, что опухоль растет в закрытых для осмотра пространствах одним из ведущих симптомов являлась боль (в 11 наблюдениях). Вслед за болью и зудом появлялось серозное либо гнойное отделяемое из слухового прохода с примесью крови (у 20 больных). Увеличиваясь в размерах, опухоль обтурирует слуховой проход. В этих случаях у 11 больных появлялось снижение слуха различной выраженности по типу поражения звукопроводящего аппарата.

При пальпации определяли пастозность или уплотнение мягких тканей околоушной области и шеи на стороне поражения, а также состояние зон регионарного лимфооттока, их болезненность и увеличение.

В диагностике злокачественных, как и доброкачественных, новообразований наружного уха мы широко использовали оптическую технику. При увеличении в 5–8 раз рассматривали поверхность опухоли, сосудистый рисунок. В изучение сосудистого рисунка некоторую ясность может внести адреналиновая проба (описана далее).

В диагностике злокачественных опухолей наружного уха, кроме рутинных методов исследования, мы применяли также компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). КТ проведено 14 больным, МРТ – 6. Данные исследования мы применяли, в основном для определения распространенности процесса и решения вопроса об объеме хирургического вмешательства.

Хирургическое вмешательство при опухолеподобных и доброкачественных новообразованиях остается основным и почти единственным методом лечения. Своевременное удаление доброкачественной опухоли – надежный и эффективный способ не только лечения, но и профилактики их малигнизации. Разнообразие форм и локализаций опухолеподобных образований и доброкачественных опухолей определяют и разнообразие хирургических вмешательств.

Хирургические вмешательства произведены 106 больным доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями ушной раковины и наружного слухового прохода.



Чаще всего из хирургических вмешательств на ушной раковине выполняли удаление новообразования без подлежащего хряща (у 50 больных; 47,1 %) с помощью радиоволнового ножа «Сургитрон».

Ограниченные опухоли (I–II стадий) удаляли под местным обезболиванием 1%-ным раствором новокаина с добавлением, при отсутствии противопоказаний, 5 капель 0,1%-ного раствора адреналина на 10 мл новокаина. Во время обезболивания производили адреналиновую пробу, которая заключалась во внутрикожном введении новокаина с добавлением адреналина. Под воздействием адреналина сосуды суживаются, кожа бледнеет. Побледневшие вокруг опухоли участки кожи и саму опухоль исследуем под микроскопом, обращая особое внимание на сосудистый рисунок, на состояние поверхности самой опухоли. Затем новокаин вводили под надхрящницу, стараясь гидравлически отслоить ее вместе с опухолью и кожей от хряща. Свободная гидравлическая отслойка опухоли от хряща без просачивания новокаина через ткань опухоли на поверхность является признаком целостности надхрящницы и интактности хряща. При поражении надхрящницы и хряща гидравлической отслойки надхрящницы вместе с опухолью и кожей не происходит. После свободной отслойки опухоли с кожей и надхрящницей от подлежащего хряща опухоль можно удалить в пределах здоровых тканей без резекции хряща.

Резекция ушной раковины выполнена у 3 (2,9%) больных по поводу кожного рога, который частично разрушил хрящевую ткань раковины.

У 10 пациентов с гемангиомами ушной раковины использованы сочетанные методы лечения. Из них 5 больным произведено прошивание двойным обвивным швом (сверху, сзади, спереди к козелку по задней стенке наружного слухового прохода сквозной П-образный шов через *sacum conchae*) с удалением гемангиомы с помощью радиоволнового ножа «Сургитрон», а в послеоперационном периоде – склерозирующая терапия препаратом Фибро-Вейн (ПФВ). У 3 больных, которым были произведены прошивание двойным обвивным швом и склерозирующая терапия, шелковые лигатуры начинали удалять на 10-е сутки после вмешательства, на 2-е сутки вводили препарат ПФВ.

Для проведения терапии ПФВ разработана методика его введения. На основании экспериментальной работы Н. И. Казановой (2008) по лечению гемангиом носа, глотки и гортани препаратом ПФВ нами разработана методика проведения склерозирующей терапии при гемангиомах наружного уха.

При гемангиомах II–III стадии распространенности, локализирующихся на ушной раковине, мы применяли 0,5%-ный или 1%-ный раствор ПФВ. При этом использовали инсулиновый шприц с очень тонкой и короткой иглой, позволяющей вводить мини-дозы вещества. Доза препарата составляла не более 0,3 мл раствора на 1 см². Для исключения попадания ПФВ в кровоток (ПФВ имеет более высокую плотность, чем кровь) вводили 0,5%-ный или 1%-ный раствор ПФВ в ткань новообразования по краю через несколько вколов, чтобы уменьшить кровоснабжение гемангиомы. По истечении 2 суток через один вкол препарат распределяли, веерообразно изменяя направление иглы по всей толще гемангиомы, стараясь вводить раствор на глубину, равную толщине опухоли. Под нашим наблюдением без признаков рецидива в течение 4 лет находятся 3 пациента, которым склерозирующая терапия проводилась как самостоятельный метод лечения.

Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования наружного слухового прохода, как правило, можно удалить эндоурально. Расширение слухового прохода или его резекция с заушного разреза осуществляются значительно реже. Эндоуральное удаление новообразования нами проведено в 40 наблюдениях. Новообразования хрящевого отдела наружного слухового прохода чаще всего мы удаляли с надхрящницей под местным обезболиванием.

У 2 больных церуминомами ввиду распространенности процесса произведено удаление опухоли заушным доступом. Во всех случаях использовали радиоволновой нож «Сургитрон». Несмотря на то что раны заживали вторичным натяжением путем гранулирования раневой поверхности, ни в одном из наблюдений не было сужения наружного слухового прохода. Мы убедились в том, что если вдоль наружного слухового прохода после удаления опухоли остается полоска кожи шириной не менее $\frac{1}{3}$ окружности просвета, то в послеоперационном периоде удается избежать возникновения атрезии слухового прохода.



Больные злокачественными опухолями наружного уха распределились на две равные группы: базально-клеточным и плоскоклеточным раком – по 20 (13,7%) наблюдений. В 18 (45%) случаях опухоль локализовалась на ушной раковине, в 22 (55%) – в наружном слуховом проходе. Всем больным до операции была выполнена биопсия в целях верификации диагноза, после чего проводилось хирургическое вмешательство с помощью радиоволнового ножа. При лечении больных с опухолями ушной раковины в I–II стадии распространенности мы применяли различные виды резекции. Чаще проводили клиновидную резекцию ушной раковины (у 15 больных); когда опухоль занимала $\frac{1}{3}$ и более ушной раковины, последнюю удаляли полностью (у 3 пациентов).

12 больным со злокачественным опухолевым процессом в перепончато-хрящевом отделе произведена резекция наружного слухового прохода. Пациентам с прорастанием злокачественной опухоли в околоушную слюнную железу (в 7 наблюдениях) произведена резекция наружного слухового прохода с резекцией околоушной слюнной железы. У 3 больных опухоль прорастала за пределы наружного слухового прохода в височно-нижнечелюстной сустав, барабанную полость, височную кость, а в одном случае – в полость черепа. Этим пациентам произведена резекция наружного слухового прохода с резекцией суставного отростка нижней челюсти и резекцией височной кости.

Всех больных с новообразованиями уха после хирургического лечения мы наблюдали в динамике. Больных с опухолеподобными и доброкачественными опухолями первые 6 месяцев осматриваем 1 раз в 2 месяца, вторые 6 месяцев – 1 раз в 3 месяца и в дальнейшем – 1 раз в год. Больные со злокачественными новообразованиями требуют более пристального наблюдения: в первый год – 1 раз в месяц, второй – 1 раз в 2 месяца, а в дальнейшем – 1 раз в год. Сроки наблюдения последней группы больных составляют не менее 5 лет.

Выводы

Изучение клиники и диагностики новообразований наружного уха показало, что опухоли ушной раковины проявляют себя значительно быстрее, чем опухоли слухового прохода.

Для постановки диагноза необходим тщательный сбор анамнеза, жалоб больного, тщательный осмотр уха и околоушной области, при этом особое внимание следует обращать на малозаметные симптомы заболевания.

Можно утверждать, что хирургическое вмешательство было и остается основным методом лечения больных с опухолями и опухолеподобными образованиями наружного уха. Использование радиоволнового скальпеля при хирургических вмешательствах по поводу новообразований наружного уха позволяет повысить эффективность лечения больных с опухолями и опухолеподобными образованиями.

Склерозирующая терапия как самостоятельный метод и как компонент сочетанного лечения является действенным способом лечения сосудистых новообразований наружного уха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф. Диагностика и лечение доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований уха // Вестн. оторинолар. – 1981. – № 2. – С. 17–20.
2. Антонив В. Ф. Новообразования уха. Клиника, диагностика, лечение. ЦОЛИУВ. – 1983. – С. 20.
3. Антонив В. Ф. Опухоли уха: метод. рек. – М., 1995. – 5 с.
4. Классификация и клиническое течение злокачественных опухолей уха / В. Ф. Антонив [и др.] // Рос. мед. журн. – 1995. – № 5. – С. 33–36.
5. Антонив Т. В., Чантилова А. М., Черноев А. И. Сочетанное лечение при артериальных и смешанных ветвистых гемангиомах наружного уха // III науч.-практ. конф. оториноларингологов ЦФО РФ «Актуальное в оториноларингологии»: мат. конф. – М., 2009. – С. 160–161.
6. Любская О. Г. Злокачественные опухоли, исходящие из наружного уха: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1992. – 20 с.
7. Попадюк В. И. Ранняя диагностика и методы лечения при новообразованиях уха: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2003. – 22 с.
8. Попадюк В. И., Черноев А. И., Ефимочкина К. В. Особенности лечения сосудистых опухолей наружного уха // Мат. междунар. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы патологии уха и верхних дыхательных путей». – Караганда, Казахстан. – 2009. – С. 19–21.



9. Ранняя диагностика доброкачественных опухолей уха и их рецидивов / В. Ф. Антонив [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 4. – С. 17–20.
10. Чернолев А. И., Попадюк В. И. Злокачественные опухоли наружного уха // XI международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». – М., 2010. – С. 261.

Чернолев Анна Ильинична – ассистент каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, тел.: 8-926-182-73-77, e-mail: acernolev@yandex.ru; **Попадюк** Валентин Иванович – зав. каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, тел.: 8-916-113-30-32, e-mail: logval04@mail.ru; **Гришина** Анастасия Сергеевна – аспирант каф. оториноларингологии Российского университета дружбы народов, тел.: 8-916-739-49-64, e-mail: rain138@mail.ru

УДК: 616.284–002.253:616.839

СТАПЕДОТОМИЯ И РЕКОНСТРУКЦИЯ ЗВУКОПРОВОДЯЩЕЙ ЦЕПИ У БОЛЬНЫХ ТИМПАНОСКЛЕРОЗОМ С ФИКСАЦИЕЙ СТРЕМЕНИ

И. И. Чернушевич, И. А. Аникин

STAPEDOTOMY AND OSSICULAR CHAIN RECONSTRUCTION IN PATIENTS WITH STAPES FIXATION DUE TO TYMPANOSCLEROSIS

I. I. Chernushevich, I. A. Anikin

ФГБУ «СПб НИИ ЛОР Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

В статье представлены результаты хирургического лечения 35 больных тимпаносклерозом, которым в связи с фиксацией стремени были выполнены стапедотомия (стапедэктомия) и реконструкция звукопроводящей цепи. Были использованы три способа реконструкции: поршневая стапедопластика с фиксацией протеза на длинной ножке наковальни, поршневая стапедопластика с фиксацией протеза на рукоятке молоточка и установка полного оссикюлярного протеза на фасциальный аутоотрансплантат.

Ключевые слова: тимпаносклероз, фиксация стремени, стапедотомия, стапедэктомия, оссикюлопластика.

Библиография: 21 источник.

In this article we described the results of surgical treatment of 35 patients with tympanosclerosis undergone stapedotomy (stapedectomy) and ossicular chain reconstruction due to stapes fixation. We used 3 methods of surgical correction: stapedoplasty with prosthesis fixed to incus, stapedoplasty with prosthesis fixed to malleus, ossiculoplasty with total prosthesis on facial graft.

Key words: tympanosclerosis, stapes fixation, stapedotomy, stapedectomy, ossiculoplasty.

Bibliography: 21 sources.

В ранних работах, посвященных проблеме лечения тимпаносклероза, отношение к операциям было скептическим. Считалось, что хирургическое вмешательство при тимпаносклерозе является малоэффективным, а в некоторых случаях, например при необходимости мобилизации фиксированного стремени, – чрезвычайно рискованным вследствие неизбежного воздействия на внутреннее ухо. В настоящее время подавляющее большинство авторов сходится во мнении, что хирургическое лечение является наиболее эффективным способом слуховой реабилитации больных тимпаносклерозом [4, 5, 11, 19].

Тимпаносклеротические очаги, фиксирующие стремя, рекомендуют удалять микрохирургическими иглами и крючками, добиваясь мобилизации стремени, а реконструкцию цепи слуховых косточек при необходимости выполнять за счет установки частичного или полного оссикюлярного протеза [9, 10, 16].