



УДК: 616.284–002.153:616.155.392.2

ДВУСТОРОННИЙ ЭКССУДАТИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ У БОЛЬНОЙ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ

М. Ю. Бобошко¹, Т. В. Климанцева¹, А. Н. Пащинин²

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И. П. Павлова

(Зав. лабораторией слуха и речи – д.м.н. М. Ю. Бобошко)

²Санкт-Петербургская государственная медицинская академия
им. И. И. Мечникова

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Хронический лимфолейкоз представляет собой заболевание лимфоидной ткани, характеризующееся клональной пролиферацией и накоплением длительно живущих опухолевых лимфоцитов в периферической крови, костном мозге, лимфатических узлах, селезенке, печени, реже – в других органах и тканях [1, 5]. Как отмечают некоторые авторы, при данной патологии встречается инфильтрация VIII пары черепных нервов с ослаблением слуха, шумом в ушах [3]. Случаев экссудативного среднего отита при хроническом лимфолейкозе в известной нам литературе не описано.

В настоящее время общепризнанной точкой зрения считается утверждение, что развитию экссудативного среднего отита обычно предшествуют или сопутствуют дисфункции слуховой трубы, и одна из возможных причин – механическое нарушение проходимости слуховой трубы за счет новообразований носоглотки. Ю. А. Сушко и соавт. (2001) описывают шесть пациентов с односторонним экссудативным средним отитом, у которых была выявлена опухоль носоглотки [4]. При хроническом лимфолейкозе иногда наблюдается значительное увеличение небных миндалин, но разрастание лимфоидной ткани в носоглотке для этого заболевания не характерно [3].

Больная Ж., 72 лет, обратилась 26.03.2007 в лабораторию слуха и речи СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с жалобами на стойкое снижение слуха на оба уха, шум в ушах, аутофонию, затруднение носового дыхания. Из анамнеза известно, что с 1999 года пациентка наблюдалась у гематолога по поводу хронического лимфолейкоза. В августе 2006 года, после перенесенной ОРВИ, появилось снижение слуха на правое ухо, выделения из носа слизистого характера, затем снизился слух и на левое ухо. ЛОР врачом поликлиники были диагностированы обострение хронического ринита, киста правой верхнечелюстной пазухи, по поводу которых проводилась следующая терапия: сосудосуживающие капли в нос, местные кортикостероиды в виде спрея, гипосенсибилизирующие препараты, продувание слуховых труб по Политцеру. На фоне лечения отмечалось кратковременное улучшение. Постепенно снижение слуха нарастало, что резко ограничило возможности общения больной с окружающими и послужило причиной обращения пациентки к сурдологу для проведения слухопротезирования.

Результаты объективного обследования. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна, носовое дыхание затруднено; при фарингоскопии: небные миндалины не увеличены, без налетов, боковые валики утолщены; при задней риноскопии выявлено опухолевидное образование, выполняющее всю носоглотку и полностью прикрывающее глоточные отверстия слуховых труб. Передние шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены до 1,0–1,5 см, при пальпации мягкие, безболезненные. При отоскопии: барабанные перепонки с обе-



их сторон бледные, мутные, опознавательные контуры сохранены, в нижних отделах определяются уровни жидкости. Шепотная речь различима пациенткой правым ухом с расстояния 0,5 м, левым – 1 м, разговорная речь правым ухом – 2,5 м, левым – 3 м. В опыте Вебера латерализации нет. Проба Ринне отрицательна с обеих сторон.

При тональной пороговой аудиометрии выявлена двусторонняя смешанная тугоухость справа III степени, слева II степени. Костно-воздушный разрыв справа составил до 40 дБ по всему частотному диапазону, слева – в пределах 20–30 дБ в области низких и средних частот.

По данным тимпанометрии с обеих сторон обнаружена кривая типа «F» по классификации А. И. Лопотко (1980), представляющая собой прямую линию, параллельную оси абсцисс, и свидетельствующая о резком ограничении подвижности барабанной перепонки [2]. Слуховые трубы не проходимы, акустический рефлекс не регистрируется с обеих сторон.

Клинический диагноз: хронический двусторонний экссудативный средний отит. Новообразование носоглотки.

Больной рекомендована компьютерная томография головы и шеи, плановая биопсия новообразования носоглотки и консультация гематолога для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства на ухе.

На КТ от 23.04.2007 (рис. 1) определяется образование носоглотки, широко прилежащее к костям основания черепа, без признаков их деструкции, суживающее просвет носоглотки, с начальным распространением в нижние носовые ходы. Нарушена дифференциация основных анатомических структур на уровне носоглотки, нельзя исключить распространение в область рваного отверстия, слуховые трубы. Общие размеры образования 53x32x22 мм, плотность +44 – 73 НУ. Выраженная лимфаденопатия шеи.

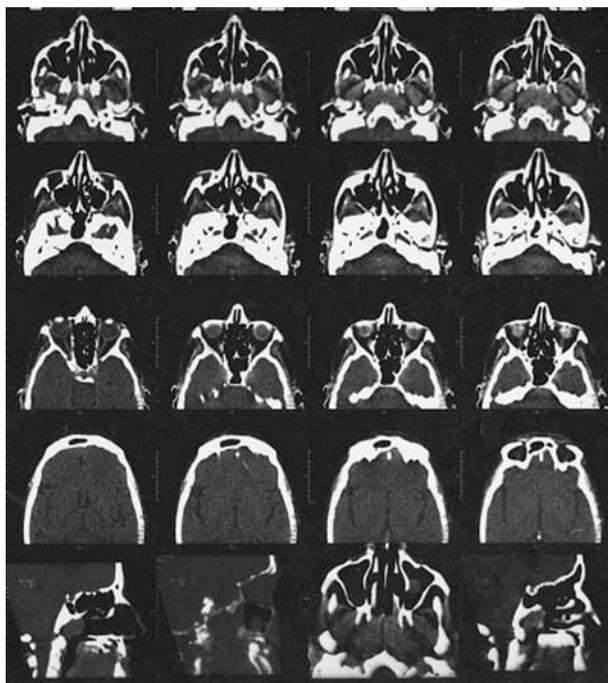


Рис. 1. Компьютерная томография околоносовых пазух и носоглотки больной Ж., 72 лет, от 23.04.2007.

08.05.2007 года больная поступила в клинику оториноларингологии СПбГМА им. И. И. Мечникова, где в плановом порядке 10.05.2007 ей была выполнена биопсия образования носоглотки, диагностическая тимпанотомия справа с эвакуацией слизистого отделяемого из барабанной полости и последующим наложением полиэтиленового шунта («катушка»).

Результат гистологического исследования материала из носоглотки: диффузный лимфо-пролиферативный процесс, представленный клетками лимфоидного ряда.

16.05.2007, на фоне существенного улучшения слуха на правое ухо, выполнен парацентез слева. Также получено слизистое отделяемое из барабанной полости, и во время операции отмечено улучшение слуха. Проведен курс антибактериальной и гипосенсибилизирующей терапии. Больная выписана 25.05.2007 в удовлетворительном состоянии с улучшением слуха на оба уха до I степени тугоухости.

После выписки пациентке было назначено гематологом 8 курсов химиотерапии. Больная прошла 6 курсов терапии Флударом, после второго отметила значительное улучшение носового дыхания, полное восстановление слуха. Продолжает лечение у гематолога.

Интерес данного наблюдения, по нашему мнению, заключается в редкости такого проявления хронического лимфолейкоза, как разрастание лимфоидной ткани в носоглотке, которое повлекло за собой окклюзию слуховых труб с развитием двустороннего экссудативного среднего отита. Заслуживает внимания выраженная положительная динамика (регресс опухоли носоглотки) на фоне современной, адекватной химиотерапии [1, 6], а также улучшение слуха за счет ликвидации не только кондуктивного, но и сенсоневрального компонента тугоухости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессмельцев С. С. Современные подходы к управлению хроническим лимфолейкозом / С. С. Бессмельцев // Вестн. гематологии. – 2007. – № 1. – С. 50–64.
2. Лопотко А. И. Особенности возрастной инволюции слуховой функции человека: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук / А. И. Лопотко. – Л., 1980. – 38 с.
3. Руководство по гематологии: в 2 т. Т. 1 / А. И. Воробьев, М. Д. Бриллиант, Н. Е. Андреева и др. – М.: Медицина, 1984. – 448 с.
4. Секреторный средний отит и опухоли носоглотки / Ю. А. Сушко, О. Н. Борисенко, И. А. Сребняк и др. // Журн. вуш., нос. і горл. хвор. – 2001. – № 5 (додаток). – С. 125–126.
5. Хронический лимфолейкоз / Ф. Э. Файнштейн, И. Ш. Зедгинидзе, А. М. Полянская и др. – Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1976. – 239 с.
6. Early results of a chemoimmunotherapy regimen of fludarabine, cyclophosphamide, and rituximab as initial therapy for chronic lymphocytic leukemia / M. J. Keating, S. O'Brien, M. Albitar et al. // J. Clin. Oncol. – 2005, Vol. 23. – P. 4079–4088.

УДК:616.216.3–002.828]:615.28

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО ГРИБКОВОГО ПОРАЖЕНИЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

А. А. Ворожцов, В. Г. Зенгер,

Д. М. Мустафаев, С. Б. Цагадаева, О. О. Копченко

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского

(Директор – з.д.н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

С 1998 года в ЛОР-отделении МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского проводятся клинические исследования с применением отечественных фотосенсибилизаторов. Опыт ЛОР-отделения МОНИКИ по применению ФДТ в лечении больных с онкологическими и воспалительными заболеваниями внутренней и наружной локализации составляет свыше 250 клинических наблюдений.

Данных о применении ФДТ грибкового поражения клиновидной пазухи ни в отечественной, ни в зарубежной литературе мы не встретили.

В связи с редкостью указанной нозологической формы поражения, отсутствием данных опыта лечения грибковых поражений клиновидной пазухи ФДТ в качестве примера приводим собственное наблюдение.

Больная В., 1929 года рождения, жительница Московской области, поступила в ЛОР-клинику МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского 11.10.2007 года с жалобами на умеренную головную