

явлениями. Это способствует ускорению репаративных процессов, быстрой эпителизации раны, гладкому послеоперационному периоду, а в дальнейшем – отсутствию грубого рубцевания тканей.

Мы считаем, что хирургия гортани и трахеи с применением радиоволны является новым, перспективным направлением в ларингологии, облегчает и сокращает время выполнения хирургических манипуляций и открывает новые дополнительные возможности для хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиматов Х. А. Способ лечения рубцовой мембраны гортани / Х. А. Алиматов, Д. Д. Джабаров // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. – №3. – С. 58–59.
2. Василенко Ю. С. Ятрогенные дисфонии и их лечение / Ю. С. Василенко, Г. Китель. Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ, «Оториноларингология на рубеже тысячелетий», – СПб., 2001. РИА-АМИ, – С. 454–458.
3. Инкина А. В. Повышение эффективности лечения больных хроническими стенозами гортани и трахеи: Автореф. дис... канд. мед. наук. / А. В. Инкина. – М. – 2008. – 18 с.
4. Новая радиохирургическая технология разрезов и гемостаза в оториноларингологии / В. С. Погосов, М. В. Гунчиков, М. Г. Лейзерман // Вестн. оторинолар. – 1999. – №4. – С. 40–41.
5. Первый опыт использования ножа «Сургитрон» / А. С. Лапченко, А. А. Миронов, А. Г. Кучеров и др. // Вестн. оторинолар. – 1999. – №4. – С. 42–43.
6. Плужников М. С. Хронические стенозы гортани / М. С. Плужников, М. А. Рябова, С. А. Карпищенко. – СПб.: Эскулап, 2004. – С. 5–7, 13–15.
7. Погосов В. С. Радиоволновой хирургический метод лечения в амбулаторной практике оториноларинголога: Учебное пособие / В. С. Погосов, М. В. Гунчиков, М. Г. Лейзерман. – М., 1998. – С. 2–6.
8. Савельев В. С. Радиохирургический прибор «Сургитрон». Информационное письмо / В. С. Савельев. – М.: 1996. – С. 10–14.
9. Фоломеев В. Н. Постинтубационные стенозы гортани и трахеи, их диагностика и лечение / В. Н. Фоломеев, Е. Г. Ежова // Вестн. оторинолар. – 2001. – №3. – С. 42–45.
10. Brown J. S. Minor Surgery. New York 1997; P. 87.
11. Maness W. L., Roeber F. W. J Prostestic dentistry 1978; P. 40,304.

УДК: 616. 28–006. 6: 616–089–035. 2 + 616. 715. 3–089

О ПАЛЛИАТИВНОЙ ХИРУРГИИ ИНКУРАБЕЛЬНОГО РАКА С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТНЫХ СТРУКТУР ВИСОЧНОЙ КОСТИ.

Г. А. Фейгин, Д. А. Ниязалиева, Б. Д. Шалабаев, В. Г. Шевчук

*Кыргызско-Российский (Славянский) университет,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Опухолевое поражение височной кости, почти, как правило, результат врастания в нее неоплазмы из наружного или среднего уха, а иногда и носоглотки [3, 4, 6]. Такое распространение злокачественного инфильтрата является несомненным признаком запущенности. При отмеченной ситуации радикальное лечение с соблюдением принципов абластики либо невозможно, либо может существенным образом отразиться на внешности пациента и обусловить инвалидность. Это связано с тем, что инфильтрирующий лизис костных и мягкотканых структур в регионе основания черепа не только распространен, но и находится в непосредственной близости с каналом лицевого нерва, в пирамидке поражает область входа внутренней сонной артерии. При таком процессе бесперспективным оказывается химиолучевое лечение, поскольку злокачественные неоплазмы такой локализации преимущественно относятся к высококодифференцированным ракам и, в то же время, нередко ограничивают возможности хирургического вмешательства [7].

При таком варианте течения заболевания больные испытывают неимоверные страдания, в том числе обусловленные головной болью, нередко связанной с выраженной внутричерепной гипертензией.



В таких ситуациях, а в этом мы убеждены, не следует оставлять больных без помощи, поскольку паллиативная терапия, снижающая внутричерепное давление и давление на окружающие перифокальные анатомические образования, может на какое-то время облегчить их страдания. Для реализации этой задачи может быть использована лекарственная терапия либо самостоятельно, либо в сочетании с химиолучевым или хирургическим видом лечения. Последний вид терапии, преследующий цель снизить внутричерепное давление, апробирован нами при отогенных внутричерепных осложнениях на достаточном числе наблюдений. При указанной патологии он сводился к хирургической провокации пролапса мозга в качестве крайней реанимационной меры у агонирующих больных. После широкой трепанации и крестообразного рассечения твердой мозговой оболочки в области чешуи височной кости или задней черепной ямки мозг пролабировал в трепанационное отверстие и начинал пульсировать, состояние больного улучшалось, появлялось дополнительное время для продолжения лечения и какая-то перспектива на его спасение [3, 8]. Такой результат был обусловлен значительным снижением внутричерепного давления – одной из основных непосредственных причин летального исхода заболевания [1, 2].

Учитывая отмеченное, мы сочли возможным использовать этот эффективный метод снижения внутричерепного давления в качестве крайней меры, а также широкую трепанацию средней и задней черепных ямок, облегчающих тяжелое состояние пациентов при локализации опухолевого процесса на основании черепа.

Материалы и методы

Наши наблюдения, в которых была осуществлена паллиативная терапия с указанной целью имеют отношение к 3 больным женщинам. Такое малое число пациентов не удивительно, ибо отмеченная клиническая ситуация, когда хирургическое лечение, в том числе иногда с локальной химиотерапией, которой мы воспользовались в одном из наших наблюдений, является относительной редкостью и, тем не менее, может быть использовано при наличии перспективы добиться улучшения и только при согласии больного, которое следует получать после разъяснения сути вмешательства и тех последствий, неизбежных после проведенной терапии [1, 2, 5].

У одной из этих пациенток была опухоль наружного слухового прохода (дифференцированный аденокистозный рак №14968–78 от 7.12.2007г.), которая распространилась на сосцевидный отросток, среднюю и заднюю черепные ямки, но без признаков вовлечения в процесс лицевого нерва. В двух других наблюдениях плоскоклеточный неороговевающий в одном и аденокарцинома в другом с первичной локализацией в носоглотке достигли пирамидки височной кости и разрушили из-за инфильтрирующего остеолитического наиболее глубокую ее часть, где находится канал внутричерепного отрезка внутренней сонной артерии, что, наряду с поражением носоглотки и некоторыми другими признаками поражения черепно-мозговых нервов, блокировало наше стремление выполнить субтотальную резекцию височной кости.

В первом из наших наблюдений опухоль была в пределах возможного удалена из наружного слухового прохода, сосцевидного отростка, средней и задней черепной ямок. После выполнения такой операции была проведена лучевая терапия. Такая последовательность сочетанного хирургического и лучевого метода лечения была использована по мере возобновляющегося продолженного роста неоплазмы в течение 7 лет трижды.

В другом наблюдении с плоскоклеточным неороговевающим раком носоглотки больная поступила к нам после лучевой терапии. Проведенное нами хирургическое вмешательство свелось к удалению клетчатки шеи с двусторонними большими фиксированными конгломератами лимфоузлов. Наряду с этим оно преследовало цель замкнуть (разумеется, не абсолютно) кровотоки в районе наружной сонной артерии и отводящих вен с двух сторон, ввести в названные артерии катетеры и провести региональную химиотерапию с использованием циклофосфана, цисплатина ЛЭНС.

И, наконец, третье наше наблюдение с первично множественным раком наружного слухового прохода (рак из салных желез) и железистым раком носоглотки, характеризовалось распространением в пирамидку. В этом наблюдении тяжесть состояния, угрожающая летальным исходом, была обусловлена высокой внутричерепной гипертензией. В этом случае была удале-



на опухоль наружного слухового прохода и осуществлена не только широкая трепанация средней черепной ямки, но и путем крестообразного рассечения твердой мозговой оболочки был спровоцирован пролапс головного мозга.

Результаты и их обсуждение

Разумеется, результаты приведенных вариантов паллиативного лечения были не идентичными. Они позволили добиться улучшения состояния и продления жизни, в том числе в двух наблюдениях с восстановлением трудоспособности на относительно большой промежуток времени.

В первом из приведенных наблюдений, в котором была проведена регионарная химиотерапия, у больной при контрольной компьютерной томографии (КТ) было определено уменьшение опухоли, ослабление, а затем и исчезновение головной боли. Это улучшило ее состояние, к сожалению, на срок, исчисляемый тремя месяцами. Затем состояние стало ухудшаться. Опухоль вновь стала увеличиваться, появились признаки ее распада и через 5 месяцев после проведенной паллиативной терапии она скончалась.

В двух других наблюдениях результат лечения оказался заметно лучшим. Одна больная находится под нашим наблюдением в течение 7,5 лет, другая – 2,5 года. И это, несмотря на то, что опухоль у них осталась, но декомпрессия, выполненная с целью предупреждения выраженной внутричерепной гипертензии, во многом способствовала улучшению состояния и продлению жизни.

Поскольку такая тактика проведения паллиативной терапии заслуживает внимания мы позволим привести краткую выписку одной больной с первично-множественной опухолью с локализацией неоплазмы в наружном слуховом проходе и носоглотке с параназофарингеальным прорастанием и переходом процесса на основание черепа, в том числе с разрушением глубоких отделов пирамидки височной кости.

Больная Н., 35 лет (И. Б. №30451/1783), поступила 21.11.2005 г. с диагнозом неоплазма уха слева и основания черепа.

Жалобы при поступлении: на сильную головную боль и постоянную пульсирующую боль в левом ухе, усиливающуюся по ночам, распространяющуюся на затылок, темя и височную область. С этой же стороны снижение слуха, шум в ухе, периодические выделения из него с неприятным запахом и наличие новообразования в наружном слуховом проходе. Кроме этого ее беспокоили головокружение, затруднение глотания, шаткость походки. Со слов больной болеет в течение 5 лет.

В 2001 г. была обследована нейрохирургами. На КТ черепа слева было обнаружено образование на уровне сустава С0-С1 и основания височной кости. В 2005 г. повторная КТ на уровне верхнечелюстных пазух, параназофарингеальных образований и пирамидки (рис. 1).

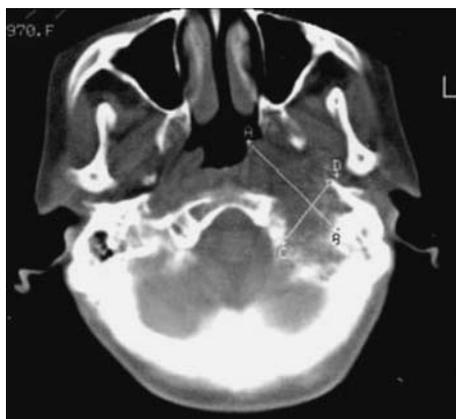


Рис. 1. КТ 6-ой Н., 35 лет. На КТ от 2005 г. видна тень опухоли, глубоко распространяющаяся на параназофарингеальное пространство и в пирамидку височной кости.



Больная была госпитализирована в ЛОР-отделение НГ МЗ КР 21.11.2005 г.

При поступлении общее состояние больной тяжелое. Беспокоит выраженный болевой синдром, больная по ночам не спит, принимает вынужденное положение головы. Объективно область козелка и сосцевидного отростка резко болезненны. Наружный слуховой проход obturated образованием мягко-эластичной консистенции. Его ощупывание вызывает боль. В неврологическом статусе левосторонние гипотрофия и парез языка, парез мягкого неба. При высывании язык девирует влево. Глоточные рефлексы снижены. Гемигипестезия. Ослабление мышечной силы, оживление сухожильных рефлексов, интенционный тремор с промахиванием в пальценосовой пробе. Шепотную речь воспринимает слева у уха, разговорную – с 1 м. На аудиограмме признаки левосторонней смешанной тугоухости. В позе Ромберга отклоняется влево.

Больной было предложено паллиативное оперативное вмешательство – удаление опухоли из наружного слухового прохода, ревизия среднего уха и средней черепной ямки с декомпрессией головного мозга. Операция преследовала цель установить тип опухолевого поражения височной кости и облегчить состояние больной путем уменьшения внутричерепной гипертензии, обуславливающей тяжесть состояния и угрожающей летальным исходом. Операция произведена 06.12.2005.

Поскольку в зоне поражения находится и внутричерепной отдел внутренней сонной артерии на *a. temporalis* пульсация отсутствует, на первом этапе ее выполнения предварительно была осуществлена слева перевязка вначале общей сонной артерии, а затем наружной. После этой хирургической манипуляции признаков гемипареза и гемипарестезии со стороны правой половины тела не обнаружено. При выполнении этих хирургических манипуляций из шило-сосцевидно-зачелюстной области был удален конгломерат метастатических лимфоузлов. Результат патоморфологического исследования – метастаз железистого рака №38663–70 от 13.12.2005 (рис. 2).

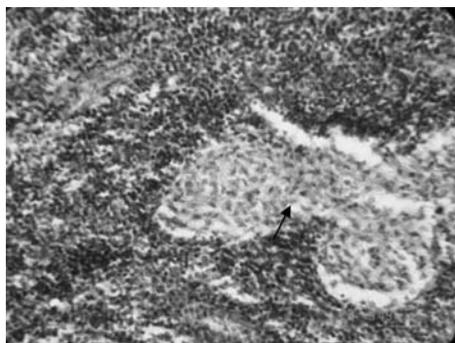


Рис. 2. Строение удаленных лимфоузлов стерто. Определяются подкапсульно отдельные лимфатические фолликулы. Синус с гистиоцитозом и очагами кровоизлияний. В одном из узлов обнаружены пласты атипического недифференцированного эпителия, вероятнее всего железистого. Патоморфологическая картина скорее всего соответствует аденокарциноме.

Во время второго этапа операции – ревизии слухового прохода, сосцевидного отростка, формирования доступа к средней черепной ямке и пирамиде височной кости из слухового прохода было удалено образование, obturating слуховой проход (гистологический результат – рак слюнных желез №38655-62 от 13.12.2005 – рис. 3), было обнаружено, что твердая мозговая оболочка напряжена и не пульсирует.

Открыть заднюю черепную ямку не представлялось возможным из-за сильного кровотечения из костных сосудов и сигмовидного синуса. Поскольку возможности удалить опухоль не было, было решено облегчить состояние больной путем снижения внутричерепного давления. После рассечения твердой мозговой оболочки средней черепной ямки появились явные признаки снижения внутричерепного давления, слегка пролабирванный мозг стал активно пульсировать. Операция завершена тампонадой ватниками и рыхлой мазе – марлевой турундой. После операции больная сутки находилась в отделении реанимации.

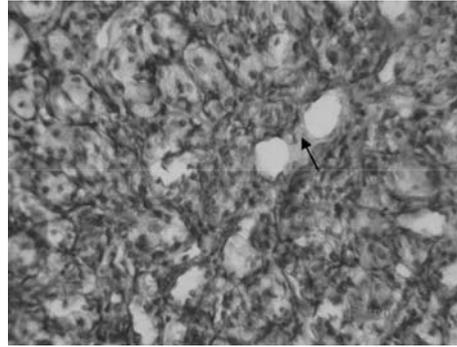


Рис. 3. Клеточные структуры представлены солидными полями себоцитов с мягкими жировыми вакуолями, местами виден клеточный полиморфизм с гиперхроматией ядер. В них преобладают малодифференцированные клетки с начинающейся дифференцировкой в себоциты. Имеются признаки глубокого «врастания» опухоли в многослойный плоский эпителий, с явлениями гиперкератоза и акантоза. Диагноз: злокачественная опухоль из слюнных желез.

В послеоперационном периоде больной проведена адекватная антибактериальная, патогенетическая и симптоматическая терапии. В результате проведенного вмешательства болевой синдром заметно уменьшился, беспокоили слабость, умеренные головные боли и ликворея из раны, а через 1 неделю после операции и эти признаки существенно ослабли. Ликворея прекратилась. Больная была выписана на 11-сутки после операции под наблюдение по месту жительства. Контрольный осмотр через 2,5 года после операции. Больная жива. После вмешательства возобновила работу медсестры. Чувствует себя вполне удовлетворительно. Головная боль умеренная. Беспокоит периодически. При пальпации левой височной области, которая слегка проминирует наружу, определяется пульсация. Мозговая грыжа определяется и в полости после общеполостной операции. Признаки поражения каудальной группы черепно-мозговых нервов слева сохранены.

Заключение

Приведенная клиническая картина поражения костных и мягкотканых структур и результаты патоморфологических исследований свидетельствуют о выраженном разрушительном процессе злокачественной неоплазмы, в том числе и пирамидки височной кости и прилегающей к ней части основания черепа в задней черепной ямке до яремного отверстия, что подтверждается клиникой, отражающейся вовлечением в процесс каудальной группы черепно-мозговых нервов (IX, X, XI и XII) [4], а также с захватом атланта слева. При этом такая распространенность опухоли не привела к нарушению мозгового кровообращения. Это свидетельствовало о том, что неоплазма в течение длительного времени в регионе пирамидки либо постепенно сдавливала внутреннюю сонную артерию, либо прорастала в нее.

Послеоперационная ликворея не привела к гнойному менингиту вследствие адекватной антибактериальной терапии. К моменту выписки ликворея прекратилась.

Приведенный анализ наблюдения и результаты лечения двух других наших пациенток свидетельствуют о том, что паллиативная терапия в тех случаях, когда можно рассчитывать на временное облегчение состояния больного и продление жизни, должна использоваться. При этом важным компонентом такого лечения должно быть стремление убрать по возможности опухоль, осуществить хирургические манипуляции, направленные на снижение внутричерепной гипертензии, иногда в тяжелых случаях с хирургической провокацией пролапса головного мозга. Такое хирургическое лечение инкурабельного рака желательнее проводить там, где нет противопоказаний и в сочетании с послеоперационной химиолучевой терапией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вознесенский Н. Л. О внутричерепных осложнениях в оториноларингологии. / Н. Л. Вознесенский. //Вестн. оторинолар. №6., 1977., С. 123–125.
2. Гаджимирзаев Г. А. Клиника и особенности лечения отогенного сепсиса в эру антибиотиков. / Г. А. Гаджимирзаев. // Там же. 1999., №6. – С 24–27



3. Горохов А. А. Отонейрохирургия: руководство для врачей. /А. А. Горохов СПб : Издательство «Питер», 2000., 384 с.
4. Жукович А. В. Частная отоневрология. /А. В. Жукович. Издательство «Медицина», Ленинградское отделение., 1966 – С. 222–223.
5. Лечение злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. /Б. Д. Кабаков, И. И. Ермолаев, Ю. И. Воробьев и др. М., 1978 – 342 с.
6. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с компьютерной обработкой изображения в дифференциальной диагностике заболеваний околоносовых пазух. / М. С. Плужников, Ю. К. Янов, А. Л. Дударев и др. // Folia otorhinolaryngol. Supl., 2002., №1., стр. 14–17.
7. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. /А. И. Пачес. М., Медицина – 2000., 408 с.
8. Фейгин Г. А. Хирургическая протрузия мозга как крайняя мера реанимации при отогенных внутричерепных осложнениях. / Г. А. Фейгин, Р. П. Свирский //Вестн. оторинолар., 1978., №1 – С. 59–63

УДК: 616. 284–002. 2–089 : 576. 8. 073. 3

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭПИТИМПАНИТА ПОСЛЕ САНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ

В. П. Шпотин, А. И. Проскурин, Н. В. Еремина, Х. М. Галимзянов

Астраханская государственная медицинская академия

*(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. А. И. Проскурин,
зав. каф. инфекционных болезней – Засл. врач РФ, проф. Х. М. Галимзянов)*

Самарский государственный медицинский университет

*(Зав. каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова –
проф. Н. В. Еремина)*

До настоящего времени основой терапии хронического гнойного среднего отита после проведения санлирующей операции является системная и местная антибиотикотерапия [4, 5, 6, 12, 19]. В результате такого лечения полости среднего уха освобождаются от патогенной микрофлоры, и, к сожалению, от сапрофитирующей микрофлоры, вегетирующей на коже слухового прохода в норме. Санированные полости среднего уха при отсутствии конкурирующих взаимодействий с сапрофитами и угнетении местного иммунитета на фоне хронического воспаления вновь обсеменяются агрессивными патогенами, что ведет к рецидиву хронического гнойного среднего отита и формированию болезней оперированного уха [14, 18, 20]. Многочисленными исследованиями показано, что стойкая ремиссия хронического гнойного среднего отита предполагает вегетирование в полостях среднего уха непатогенной сапрофитирующей микрофлоры [7, 13, 14, 19]. Таким образом, возникает необходимость поиска способов создания в послеоперационных полостях здорового микробного пейзажа.

В последнее десятилетие широкое распространение получили пробиотики – препараты, содержащие штаммы микроорганизмов, полезных для организма. Требования, которым должны отвечать пробиотики:

- соответствие здоровой микрофлоре человека,
- высокая жизнеспособность и биологическая активность,
- антагонизм по отношению к условно-патогенной и патогенной флоре,
- устойчивость к физико-химическим факторам (кислотность, осмотический шок, температура, действие желчных кислот и т. п.) [17].

Пробиотики получили широкое распространение в ветеринарии [11] и гастроэнтерологии [10]. Использование пробиотиков в оториноларингологии ограничено в виду отсутствия в них микроорганизмов, вегетирующих в здоровых ЛОРорганах.

В качестве естественного пробиотика может рассматриваться слюна человека, которая не стерильна и содержит сапрофитирующие микроорганизмы. Ротовая полость здорового чело-