



УДК 616.284-006.488-089

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОТИАТРИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПАРААНГЛИОМ ВИСОЧНОЙ КОСТИ****И. А. Аникин, М. В. Комаров****LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT
OF THE OTIATRIC FORM OF PARAGANGLIOMA OF THE TEMPORAL BONE****I. A. Anikin, M. V. Komarov***ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа
и речи Минздрава России»**(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)*

В статье выполнен анализ отдаленных морфологических и функциональных результатов у пациентов с отиатрической формой параангиом височной кости, которые проходили оперативное лечение в клинике СПб НИИ ЛОР с 1989 по 2011 г. Сравниваются отдаленные морфологические результаты в послеоперационных группах пациентов в зависимости от применявшихся хирургических методик. Проводится оценка отдаленных функциональных результатов. Авторы приходят к выводу, что щадящий способ удаления параангиомы височной кости отиатрической формы, разработанный в СПб НИИ ЛОР, является хирургическим методом выбора.

Ключевые слова: *отдаленные функциональные результаты, отдаленные морфологические результаты, параангиома височной кости.*

Библиография: *7 источников.*

This article represents an analysis of long-term morphological and functional results in patients with otiatric form of paraganglioma of the temporal bone, which were operated in S.-Petersburg's ENT Research Institute's clinic 1989 to 2011. Authors compared long-term postoperative morphological results in groups of patients, depending on the applied surgical techniques. Also long-term functional results were evaluated. Authors conclude that a gentle technique to remove otiatric form of paraganglioma of the temporal bone that was developed in S.-Petersburg's ENT Research Institute, is a surgical method of choice.

Key words: *long-term functional results, long-term morphological results, paraganglioma of the temporal bone.*

Bibliography: *7 sources.*

Хирургическое лечение параангиом височной кости, даже отиатрической формы, представляет собой одну из наиболее сложных задач, с которыми может сталкиваться отохирург в своей практике. Но прогресс в развитии хирургических техник за последние более чем 60 лет с момента открытия этих опухолей дает надежду на достижение положительных морфологических и функциональных результатов [1, 4–7].

Главная проблема, возникающая в течение оперативного вмешательства и требующая решения, это кровотечение, которое действительно можно назвать профузным. Оно затрудняет полноценную ревизию среднего уха, что приводит к высокому риску процеживания опухоли.

Если рассматривать выполнение радикальной операции на больном ухе по классически описанному способу [3] как отправную точку в развитии хирургии параангиом височной кости, нельзя не упомянуть о главных ее недостатках. Основное время в выполнении этого вмешательства занимает создание объемной трепанационной полости. И только после этого резкими и грубыми движениями проводится вылушивание. В течение нескольких секунд трепанационная полость заполняется кровью, что приводит отохирурга в большинстве случаев к выбору неправильного решения – скорейшему тампонированию полости с целью остановить кровотечение. В этом случае фрагменты опухоли даже в слуховой трубе или среди трабекул гипотимпанума остаются нетронутыми и в последующем служат источниками продолженного



роста. В итоге, спустя несколько лет или даже несколько месяцев, жалобы пациента возвращаются, а опухоль, первично имевшая границы в пределах барабанной полости, увеличивает свой объем в 3–4 раза. Все это делает реоперацию еще более опасной и к тому же бесперспективной в плане абластичности.

Даже выполнив предоперационную суперселективную эмболизацию сосудов, питающих опухоль, и снизив потенциальную кровопотерю, мы [2] неоднократно сталкивались с тем, что при проведении реопераций после первично выполненной радикальной операции опухоль была интимно связана с каменистым отделом внутренней сонной артерии.

Следовательно, беря на стол пациента с таким рецидивом опухоли, отохирург должен быть готов перевязать внутреннюю сонную артерию, что повышает риск летального исхода интраоперационно или в раннем послеоперационном периоде, при том что на предоперационном этапе жалобы в основном заключались на наличие пульсирующего шума и ощущение присутствия опухоли в ухе. Это подводит к мысли о том, что пациентам с опухолями класса ВЗ (на основе лучевой диагностики) или тем из них, кому уже была выполнена радикальная и рерадикальная операция, хирургическое лечение не рекомендуется. В этом случае разумной альтернативой становится стереотаксическое облучение.

Оперативное вмешательство у пациентов с опухолями классов А1-А2-В1-В2, которым оперативное вмешательство проводилось с адекватной ревизией, практически нивелирует риск процежива. А функциональный результат у большинства пациентов позволяет иметь социально-адекватный слух на прооперированном ухе.

Собственно, все эти предположения были подтверждены на основе анализа результатов на практике.

Цель работы. Оценка отдаленных результатов хирургического лечения параганглиом височной кости отиатрической формы.

Пациенты и методы. В исследование были включены 42 пациента с ОФ ПВК, прооперированных в клинике СПб НИИ ЛОР с 1989 по 2011 г.

Пациенты на предоперационном этапе (42 человека) были объединены в группу I. Все послеоперационные пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от характера оперативного вмешательства – в группу II вошли 25 пациентов, которым были выполнены оперативные вмешательства по разработанному в НИИ ЛОР щадящему способу (описан ниже), в группу III были включены 17 пациентов, которым опухоль удалялась по способу, заключавшемуся в выполнении радикальной или рерадикальной операции на больном ухе.

Суть хирургической техники, применявшейся в отношении пациентов группы II, состоит в способе, включающем заушный доступ, отсепаровку мягких тканей и кожи наружного слухового прохода, создание трепанационной полости и удаление опухоли.

Опухоль удаляют, по возможности сохраняя систему слуховых косточек, при этом выполняют эндауральную тимпанотомию для правого уха с 5 ч до 12 ч, для левого уха с 12 ч до 7 ч, формируют малую трепанационную полость, лимитируемую распространенностью опухоли, причем при распространении опухоли в аттик производят аттико-адитотомию, при распространении в ретротимпанум производят вскрытие тимпанального синуса, при распространении в гипотимпанум производят гипотимпанотомию, при распространении в пещеру сосцевидного отростка выполняют антротомию, а затем коагулируют основной питающий сосуд, и, если система слуховых косточек нарушена, производят оссикулопластику.

Критерии оценки отдаленных морфологического и функционального результатов. *Морфологический результат* (отдаленный морфологический результат оценивался на сроке более 6 мес.):

- 1) отличный – восстановленная архитектура среднего уха (барабанная перепонка, цепь слуховых косточек);
- 2) удовлетворительный – полость после радикальной операции (вне зависимости от качества эпидермизации), сохраняющиеся морфологические дефекты среднего уха (латерализация неотимпанальной мембраны, затупление переднего меатотимпанального угла, перфорация барабанной перепонки или неотимпанальной мембраны);
- 3) неудовлетворительный – рецидив параганглиомы.



Функциональный результат (отдаленный функциональный результат оценивался на сроке более 6 мес.):

- 1) отличный – усредненный показатель по тональной пороговой аудиометрии на речевых частотах менее 25 Дб;
- 2) хороший – усредненный показатель по тональной пороговой аудиометрии на речевых частотах в промежутке от 26 до 40 Дб;
- 3) удовлетворительный – усредненный показатель по тональной пороговой аудиометрии на речевых частотах в промежутке от 41 до 55 Дб;
- 4) неудовлетворительный – усредненный показатель по тональной пороговой аудиометрии на речевых частотах более 56 Дб.

Результаты. В группе II морфологический результат был оценен у 25 пациентов. За время динамического амбулаторного наблюдения у одной пациентки был выявлен процедив опухоли, развившийся из резидуального фрагмента опухоли, оставшегося незамеченным после первичной операции. Этой пациентке было выполнено ревизионное вмешательство, и резидуальная опухоль была удалена. В дальнейшем на протяжении года признаков развития опухолевого процесса выявлено не было.

В другом случае у пациентки первично имелась мультифокальная опухоль с первичными зонами роста из барабанной полости и яремной вены. Пациентке была удалена опухоль из барабанной полости. Спустя 3 года опухоль из луковицы яремной вены разрушила костную стенку яремной ямки и проросла в барабанную полость. В итоге пациентка была направлена на стереотаксическое облучение.

Со всеми 25 пациентами сохранен контакт до момента подачи данной статьи в печать (рис. 1).

В группе III текущий морфологический результат мог быть оценен только у 13 пациентов. В 8 случаях у пациентов присутствует процедив опухоли. Удовлетворительный отдаленный морфологический результат был однозначно достигнут только у 5 пациентов. С 4 пациентами контакт потерян (рис. 2).

Данные показателей тональной пороговой аудиометрии на предоперационном этапе в первичном материале присутствовали у 39 больных.

Из группы II в оценке функционального результата учитывались показатели тональной пороговой аудиометрии 24 пациентов.

Из группы III функциональный результат мог быть оценен только 3.

Медиана звукопроводения по кости в группах I, II, III составила соответственно 24,2; 16,5; 70,8 дБ. По критерию Стьюдента присутствует статистически значимое ($p = 0,045$) различие между группами I и II по показателям костного звукопроводения. Это доказывает значение оперативного вмешательства в отношении «декомпрессии» внутреннего уха, заключающегося в восстановлении перилимфодинамики после удаления опухоли из областей ниш овального и круглого окон.



Рис. 1. Соотношение отличных и неудовлетворительного морфологических результатов в группе II.

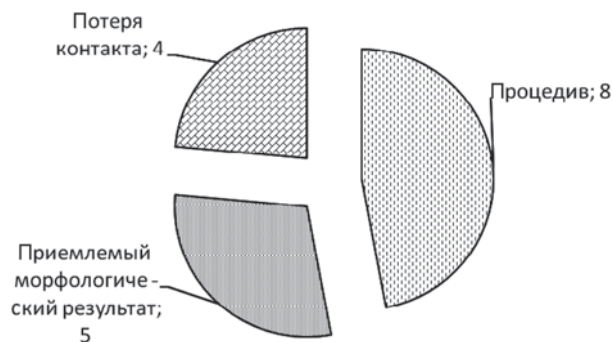


Рис. 2. Соотношение удовлетворительных, неудовлетворительных и неизвестных морфологических результатов в группе III.

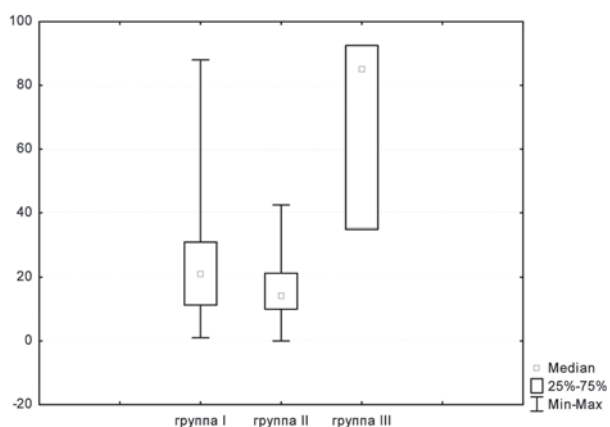


Рис. 3. Диаграмма типа Box-Plot 3, иллюстрирующая динамику звукопроводения по кости. (По оси ординат – показатели в дБ.)

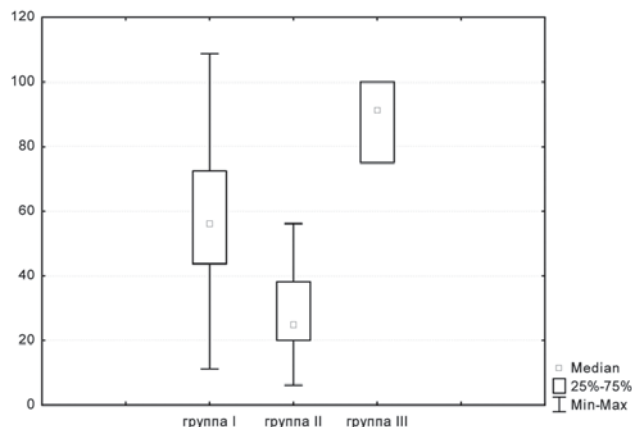


Рис. 4. Диаграмме типа Box-Plot 4, иллюстрирующая динамику звукопроводения по воздуху. (По оси ординат – показатели в дБ.)

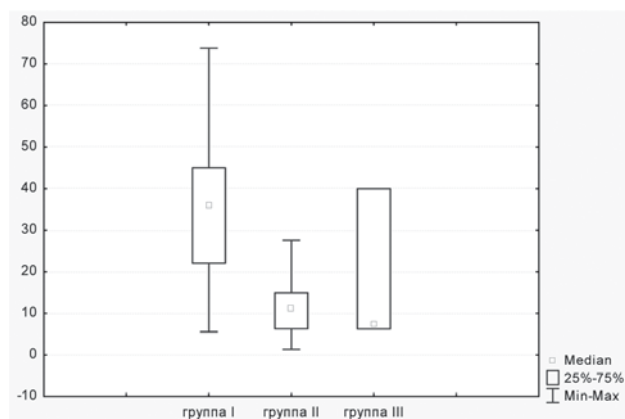


Рис. 5. Диаграмма типа Box-Plot 5, иллюстрирующая динамику костно-воздушного интервала. (По оси ординат – показатели в дБ.)

Медиана звукопроводения по воздуху в группах I, II, III находится соответственно на уровнях 59,1; 28,5; 88,7 дБ.

Другими словами отличные и хорошие функциональные результаты были получены у 20 пациентов. Из них порог социально адекватного слуха 30 дБ не был превышен у 18. Различия по показателям между всеми тремя группами также достоверны.

Костно-воздушный интервал в результате оперативных вмешательств также достоверно снижается. В группе II медиана интервала составляет 11,9 дБ, в то время как на предоперационном этапе она колеблется на отметке 34,85 дБ.



Выводы

Оперативное вмешательство, выполняемое по разработанному щадящему способу, позволяет достигать социально-адекватного слуха у 75% пациентов. В то время как вероятность процедуры опухоли остается на достаточно низком уровне.

На этом фоне способ удаления опухоли путем выполнения радикальной или рерадикальной операции выглядит крайне невыигрышно, так как при нем вероятность получения даже удовлетворительного морфологического результата составляет менее 30%. В то время как функциональный результат на оперированном ухе выражается в смешанной тугоухости 3–4-й степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин И. А., Комаров М. В. Хирургическая техника удаления отиатрической формы параганглиомы латерального основания черепа // Рос. оторинолар. – 2011. – № 3. – С. 10–14.
2. Аникин И. А., Комаров М. В. Особенности хирургической тактики при рецидивировании гломусной опухоли (параганглиомы) уха // Там же. – № 5. – С. 20–23.
3. Вайшенкер П. Г. Хирургическое лечение гломусных опухолей среднего уха и яремной ямки // Вестн. оторинолар. – 1976. – № 3. – С. 72–76.
4. Forest J. A., Jackson C. G., McGrew B. M. Long-Term Control of Surgically Treated Glomus Tympanicum Tumors // Otology & Neurotology. – 2001. – P. 232–236.
5. Glomus tympanicum tumour: an alternative surgical technique / M. S. Rohit [et al.] // The Journal of Laryngology & Otology. – 2003. – Vol. 117. – P. 462–466.
6. Hearing Results After Hypotympanotomy for Glomus Tympanicum Tumors / K. Papaspyrou [et al.] // Otology & Neurotology. – 2011. – N 2. – P. 291–296.
7. Middle ear and mastoid glomus tumors (glomus tympanicum): An algorithm for the surgical management / M. Sanna [et al.] // Auris Nasus Larynx. – 2010. – Vol. 37. – P. 661–668.

Аникин Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела высокотехнологичной медицинской помощи СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru;
Комаров Михаил Владимирович – очный аспирант СПб НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

УДК 616.216.1-002-072.1-089-053.3/.5

ЭНДОНАЗАЛЬНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ

Р. А. Бруйка², М. М. Сергеев¹, Б. Б. Мусельян², Д. Л. Перехода²

ENDONASAL ENDOSCOPIC SURGERY IN SOME DISEASES OF PARANASAL SINUSES IN CHILDREN

R. A. Bruyaka, M. M. Sergeev, B. B. Muselyan, D. L. Perekhoda

¹ ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет», г. Краснодар (Ректор – С. Н. Алексеенко)

² Краснодарская детская краевая клиническая больница (Главный врач – проф Е. И. Клещенко)

Под наблюдением находились 198 детей в возрасте 4–17 лет. Были выявлены: хоанальный полип + верхнечелюстной синусит – 81 больной, кисты верхнечелюстной пазухи – 111 человек, полипозные формы синусита – 6 случаев. Всем пациентам произведены эндоназальные ринохирургические операции под видеондоскопическим контролем. За весь период наблюдения в связи с рецидивом заболевания повторные эндоскопические манипуляции проведены 11 (5%) больным.

Ключевые слова: эндоназальная ринохирургия, синуситы, кисты, хоанальный полип.

Библиография: 13 источников.