

such patients the activity of superoxiddismutase in the blood and the content of total and free cholesterol of erythrocytic membrane are lower than in healthy persons.

It is revealed that lithium carbonate and vitamin E normalize the above mentioned biochemical indices and EEG of the patients with epilepsy.

The improvement of the clinical picture of the disease is observed.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агаджанов М. И. Биол. ж. Армении, 1978, 2, стр. 128.
2. Владимиров Ю. А., Арчаков А. Н. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М., 1972, стр. 252.
3. Ивков В. Г., Берестовский Г. Н. Липидный бислой биологических мембран. М., 1982, стр. 224.
4. Крыжановский Г. Н., Никушкин Е. В. и др. Бюлл. exper. биол. и мед., 1980, 1, стр. 14.
5. Мхитарян В. Г., Агаджанов М. И., Мелик-Агалян Е. А. Ж. exper. и клин. мед. АН Армянской ССР, 1975, 1, стр. 3.
6. Мхитарян В. Г., Бадалян Г. Е. Ж. exper. и клин. мед. АН Армянской ССР, 1978, 6, стр. 7.
7. Мхитарян В. Г., Меграбян А. А. и др. Ж. exper. и клин. мед. АН Армянской ССР, 1983, 3, стр. 237.
8. Неретин В. Я., Курьяков В. А. В кн.: Материалы конференции по проблеме эпилепсии. Ереван, 1976, стр. 51.
9. Сентебова Н. А. Лабор. дело, 1977, 6, стр. 375.
10. Bierkamper G. G., Cenedella R. J. Brain Res., 1978, 150, 343.
11. Cooper R. A., Forster R. E. Biochem. et biophys. acta, 1980, 2, 542.
12. Erwin C. et al. Arch. gen. psychiat., 1973, 5, 646.
13. Foyer C. H., Hall D. O. Trends Biochem. Sci., 1980, 7, 188.
14. Fried R. J. Neurosci. Res., 1979, 5-6, 435.
15. Grunze M., Forst B., Denticke B. Biochem. et biophys. acta, 1980, 3, 860.
16. Owicki J. C., Mc Connell H. M., Harden M. Proc. Nat. Acad. Sci. USA, 1979, 10, 4750.
17. Peselow E., Lautin A., Gerahon S. In: Current perspectives in lithium prophylaxis, Berner P., Lenz G., Wolf R. (ed.) Karger, Basel, 1981, 1.

УДК 616.284—006

Б. И. ДУНАЙВИЦЕР

ГЛОМУСНЫЕ ОПУХОЛИ СРЕДНЕГО УХА¹

Описываются симптоматология, клиника и результаты лечения больных гломусными опухолями среднего уха. Рекомендуется перед удалением опухоли производить перевязку наружной сонной артерии. В случаях продолженного роста опухоли показано комбинированное лечение.

В 1945 г. Rosenwasser [16] впервые описал опухоль среднего уха, имеющую сходное строение с новообразованиями каротидного гломус-

1. Доложено на IX Республиканской научно-практической конференции оториноларингологов Армении в ноябре 1983 г.

за. Опухоль, развиваясь из клеток, заложенных в адвентиции луковичи яремной вены, прорастает в барабанную полость через ее дно, а затем через барабанную перепонку—в наружный слуховой проход.

В послевоенные годы в отечественной и зарубежной литературе стали появляться сначала единичные сообщения о гломусных опухолях среднего уха и яремной ямки [7—11], а в дальнейшем число таких сообщений увеличилось [3, 4, 6, 12]. В работах П. Г. Вайшенкера [4] и Н. С. Благовещенской [1—3] уже приводится относительно большое число таких наблюдений. В дальнейшем появились сообщения о гломусных опухолях с внутричерепным ростом [5, 7].

В зависимости от локализации и направления роста опухоли различают три группы симптомов: связанные с поражением среднего уха, вызванные пропикновением опухоли в яремную ямку и яремное отверстие и обусловленные распространением опухоли в полость черепа.

Наиболее часто встречаются опухоли барабанной полости, одним из ранних симптомов которых является изменение отоскопической картины. При отоскопии определяется опухоль красного цвета, которая просвечивает через барабанную перепонку, часто спаяна с ней. Барабанная перепонка выпячена, утолщена, плохо различаются опознавательные контуры. Описанная выше отоскопическая картина часто ошибочно трактуется как хронический катар слуховой трубы, гемотимпанум, острый средний отит. Нередко врачи прибегают к парацентезу, приводящему к обильному кровотечению. Такая ошибочная диагностика, по данным Н. С. Благовещенской [2], имела место у 42 из 44 больных.

В дальнейшем новообразование прорастает в наружный слуховой проход через нижний отдел барабанной перепонки. Опухоль бледно-розового или красного цвета, бугристая, сильно кровоточит при зондировании. В таких случаях опухоль ошибочно трактуется как кровоточащий полип или хронический отит с полипозом [10].

При сдавлении наружной сонной артерии опухоль бледнеет, и ее пульсация уменьшается. Для гломусных опухолей среднего уха характерен положительный симптом Брауна, который не наблюдается при других патологических процессах данной области. Сущность этого симптома состоит в том, что при повышении давления в наружном слуховом проходе с помощью воронки Зигле опухоль начинает слабо пульсировать. Дальнейшее повышение давления усиливает пульсацию, которая затем постепенно уменьшается, и опухоль обесцвечивается.

Больные с гломусными опухолями среднего уха предъявляют жалобы на пульсирующий шум в ухе и понижение слуха. Аудиологическое исследование выявляет тугоухость кондуктивного характера. При прорастании опухоли во внутреннее ухо тугоухость приобретает нейросенсорный характер, нередко наступает полная глухота.

При росте опухоли из луковичи яремной вены появляются признаки сдавления X, XI, XII пар черепно-мозговых нервов. Обследование таких больных выявляет одностороннее расстройство вкуса на задней трети языка, снижение глоточного рефлекса, нарушение подвижности мягкого неба и голосовых связок, атрофию грудино-ключично-сосковой мышцы, половинную атрофию языка с отклонением в сторону очага.

Дальнейшее клиническое течение гломусной опухоли барабанной полости зависит от направления ее роста. Если опухоль прорастает в пирамиду височной кости и ушной лабиринт, появляются паралич VII нерва, глухота, головокружение с последующим выпадением вестибулярной функции. Иногда опухоль прорастает в сосцевидный отросток, сигмовидный синус и заднюю черепную ямку [5, 6]. Церебральная гипертензия отсутствует. В связи с этим состояние больных длительное время остается хорошим.

Лечение гломусных опухолей барабанной полости в основном хирургическое [1, 14]. Лишь при распространенном характере процесса и для предупреждения рецидива или развития продленного роста опухоли рекомендуют комбинированное лечение (хирургический метод в сочетании с лучевой терапией) [6, 8, 9, 13, 15].

За период с 1978 по 1983 г. мы наблюдали 7 больных с гломусными опухолями среднего уха. Женщин было 5, мужчин—2 в возрасте от 40 до 50 лет. Локализация опухоли в барабанной полости наблюдалась у 5, прорастание ее в наружный слуховой проход—у одного, и рост опухоли в сторону лабиринта—у одного больного. Все больные жаловались на понижение слуха и пульсирующий шум в ухе. У двух больных установлено снижение вкусовой чувствительности на передних 2/3 языка. У одного больного был выраженный периферический паралич лицевого нерва. У 5 больных с локализацией опухоли в барабанной полости при отоскопии определялось образование красного цвета, которое выпячивало барабанную перепонку в нижних квадрантах. Последняя была резко гиперемирована, сосуды расширены. Опухоль была спаяна с барабанной перепонкой у всех больных. У одного больного образование достигло границы костного и перепончатого отделов наружного слухового прохода и долгое время ошибочно трактовалось как ушной полип.

При сдавлении наружной сонной артерии на шее у всех больных отмечалось уменьшение или исчезновение пульсации в ухе. После прекращения компрессии сосуда шум возобновлялся. У четырех пациентов имел место положительный симптом Брауна.

При рентгенологическом обследовании височной кости по Шюллеру установлена завуалированность барабанной полости и отсутствие четкости в рисунке слуховых косточек. Пневматизация клеточной системы сосцевидного отростка не была нарушена у 6 из 7 больных. У одного, у которого большая гломусная опухоль проросла в наружный слуховой проход, имелся, как отмечено выше, периферический паралич лицевого нерва, что свидетельствовало о росте образования в сторону сосцевидного отростка с разрушением канала лицевого нерва и компрессией последнего.

Всем больным было произведено подробное аудиологическое исследование. У шести обследованных установлена картина кондуктивной тугоухости. Лишь у одной больной аудиометрия, проведенная в динамике, обнаружила поражение звуковоспринимающего аппарата. При первом обращении в клинику у данной больной была установлена двусторонняя тугоухость по кондуктивному типу с понижением слуха по воздушной звукопроводимости справа до 80 дБ, а слева до 55 дБ с

широким воздушно-костным интервалом и отрицательным результатом при проведении пробы Желле с обеих сторон. При отоскопии в правом ухе обнаружена гиперемия барабанной перепонки. Создалось впечатление, что через барабанную перепонку просвечивает гиперемированный промоторий (симптом Шварце). Такая клинико-аудиологическая картина дала основание заподозрить у больной отосклероз. Однако через 4 месяца при повторном осмотре уже четко определялось выпячивание опухоли через нижние квадранты барабанной перепонки справа. Аудиологические данные не отличались от предыдущих. Была предложена операция удаления гломусной опухоли, от которой больная категорически отказалась. Через год ей был назначен курс лучевой терапии. В это время аудиологическое исследование выявило смешанную тугоухость справа, а еще через 6 месяцев установлена полная глухота, что следует объяснить прорастанием опухоли в ушной лабиринт.

Из 7 больных 6 были оперированы, а одна больная получила только лучевую терапию, причем заметных изменений размеров опухоли после курса рентгенотерапии не наблюдалось.

Хирургическое вмешательство заключалось в радикальной трепанации сосцевидного отростка, расширении доступа к опухоли путем максимального удаления задней и нижней стенок наружного слухового прохода, отсепаровке и вылуцивании опухоли. Высказывание Pleury и соавт. [15] о возможности удаления опухоли из барабанной полости эндоауральным подходом, на наш взгляд, несостоятельно, во-первых, потому, что опухоль интимно спаяна с барабанной перепонкой и отсепаровать ее от последней при эндоауральном подходе практически не представляется возможным. Во-вторых, удаление гломусной опухоли всегда сопровождается профузным кровотечением. Кровотечение начинается с первых этапов операции, когда опухоль отделяется от стенок барабанной полости. Особенно сильное кровотечение отмечается на последнем этапе операции, когда опухоль отсекается от нижней стенки барабанной полости или от стенки луковицы яремной вены. Следует подчеркнуть, что из-за профузного кровотечения обычно не удается установить, отсекается ли опухоль от нижней стенки барабанной полости или от стенки вены. Возникающее на этом этапе операции кровотечение напоминает кровотечение, наблюдаемое при случайной травме стенки сигмовидного синуса во время радикальной операции уха. Подобное профузное кровотечение останавливается тугой тампонадой операционной полости.

Поскольку кровотечение при удалении гломусной опухоли является обычным явлением, затрудняющим ход операции и небезопасным для жизни больного, мы непосредственно перед удалением опухоли производим перевязку наружной сонной артерии. На необходимость перевязки наружной сонной артерии перед удалением гломусной опухоли указывают также Fremont и Magman [12]. Сразу же после перевязки сосуда опухоль уменьшается в размерах, бледнеет, исчезает пульсирующий шум, и удаление ее проходит бескровно.

Для профилактики рецидива гломусной опухоли двум больным был назначен курс лучевой терапии. У четырех больных опухоль была уда-

лена полностью. Состояние послеоперационной полости у них было настолько хорошим, что не было необходимости в проведении лучевой терапии. Все оперированные больные находятся под нашим наблюдением в сроки от 2 до 5 лет. Ни у одного из них рецидива гломусной опухоли не наблюдалось.

Таким образом, данные литературы и наши наблюдения позволяют считать, что при нераспространенных гломусных опухолях среднего уха хирургическое лечение является достаточно эффективным. Результативность операции зависит от размеров и распространенности образования. В связи с этим большое значение имеет правильная и ранняя диагностика этого заболевания. Поэтому знание клинических проявлений данного заболевания, методов его диагностики и лечения обязательно для каждого оториноларинголога.

Кафедра оториноларингологии ЕРИУВа

Поступила 28/III 1984 г.

Բ. Ի. ԳՈՒՆԱՅՎԻՑԵՐ

ՄԻՋԻՆ ԱՎԱՆՋԻ ԳԼՈՄՈՒՍԱՅԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐ

Նկարագրվում են միջին ականջի գլոմոսային ուռուցքների կլինիկական պատկերը և նրանց ախտորոշումը:

Նպատակահարմար է ուռուցքը հեռացնելուց կապել արտաքին քնային դարկերակը ուռուցքի հետագա աճը կանխարգելու համար: Այն դեպքում, երբ հնարավոր չէ ուռուցքի լրիվ հեռացումը, ցուցված է զուգորդված բուժում՝ վիրահատություն և ապա ճառագայթային բուժում:

B. I. DUNAIVICER

GLOMAL TUMORS OF THE MIDDLE EAR

The clinical picture and diagnosis of the glomal tumors of the middle ear are described. The ligation of the external carotic artery is recommended before the removal of the tumor. For the prevention of the further growth of the tumor the combined treatment is suggested (operation followed by radial therapy).

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Благовещенская Н. С., Вайшенкер П. Г. и др. Вестн. оторинолар., 1966, 5, стр. 89.
2. Благовещенская Н. С., Вайшенкер П. Г., Шустер М. А. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1971, 2, стр. 1.
3. Благовещенская Н. С. В кн.: Клиническая отоневрология при поражениях головного мозга. М., 1976, стр. 246.
4. Вайшенкер П. Г. Автореф. дисс. канд. М., 1966.
5. Вайшенкер П. Г., Сидорчук Т. В., Уранова Е. В. Вестн. оторинолар., 1966 3, стр. 104.
6. Вайшенкер П. Г., Сидорчук Т. В. Вестн. оторинолар., 1970, 3, стр. 105.
7. Вайшенкер П. Г., Гарбузов М. И. Ж. ушн., нос. и горл. бол., 1971, 1, стр. 108.
8. Вайшенкер П. Г. Вестн. оторинолар., 1978, 2, стр. 96.
9. Дадамухамедов А. Вестн. оторинолар., 1966, 3, стр. 103.
10. Пружан И. И., Приходько Н. Н. Вестн. оторинолар., 1964, 1, стр. 80.
11. Яковлева И. Я., Вайшенкер П. Г. Вестн. оторинолар., 1960, 4, стр. 87.

12. Bremond G., Magman J. Ann. Otholaryng., 1983, 100, 2, 155.
13. Hurst W. J. Laryng, Otol., 1981, 95, 6, 581.
14. Jackson C., Glasscock M., Harris P. Arch. Otholaryng., 1982, 108, 7, 401.
15. Pleury P., Legent F., Marsault C. et. al. Ann. Otholaryng. (Paris), 1979, 96, 1, 699.
16. Rosenwasser H. Arch. otholaryng., 1945, 41, 64.

УДК 616.233—002—072.1

Г. А. АРЗУМАНЯН, Л. С. ГЕВОРКЯН

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ БРОНХОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЭНДОБРОНХИТОМ

Проанализированы результаты цитологического исследования материала, полученного при бронхоскопии больных неспецифическим эндобронхитом. Показано, что в основе неспецифических эндобронхитов лежат принципиально сходные цитологические изменения слизистой бронхов (дегенеративные, метапластические и пролиферативные). Даны формы цитологических заключений, отражающие степень выраженности указанных изменений.

В настоящее время значительное место в развитии ракового процесса отводится хроническому воспалению и связанным с ним изменениям бронхиального эпителия. Регенерирующая ткань, замещающая пораженную воспалением, нередко может служить предпосылкой для возникновения злокачественного роста. Поэтому своевременное распознавание хронического эндобронхита, определение степени пролиферативно-диспластических изменений эпителия и соответствующее лечение являются наиболее реальной мерой предупреждения развития рака [1, 2, 5, 6, 8].

Разнообразие эндоскопической и морфологической картин значительно затрудняет дифференциацию разновидностей неспецифического эндобронхита. В то же время различные формы процесса требуют дифференцированного подхода к их лечению [7]. Существенную помощь в этом может оказать цитологический метод [4].

В настоящей работе проанализированы результаты цитологических исследований 114 больных неспецифическим хроническим эндобронхитом. Материалом цитологических исследований служили смывы физиологическим раствором и отпечатки с кусочков наиболее измененных участков слизистой, полученные при бронхоскопии.

Для сравнительной характеристики нами исследован также материал, взятый у 8 больных с эндоскопически не измененной слизистой оболочки бронхов. При этом установлено, что отсутствие визуально определяемых поражений бронхов еще не свидетельствует об их морфологическом благополучии, что соответствует наблюдениям В. Р. Лимберга с соавт. [3]. Так, в пяти случаях из восьми цитологическое исследование патологии не выявило. Цитограмма характеризовалась наличием слизи, одиночных экземпляров и групп реснитчатых клеток призматического эпителия, содержащих и не содержащих слизь (рис. 1а). В