



ЩАДЯЩИЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЬЕРА

Дайхес Н. А., Корвяков В. С., Диаб Х. М., Михалевич А. Е., Пащинина О. А.,
Зайцева О. В., Сулейманов Ю. Б.

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России, 123182, Москва, Россия
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

SPARING METHOD OF MENIERE'S DISEASE SURGICAL TREATMENT

Daykhes N. A., Korvjakov V. S., Diab H. M., Mihalevich A. E., Pashhinina O. A., Zajceva O. V.,
Sulejmanov Ju. B.

Federal State Budgetary Institution "Clinical Research Centre for Otorhinolaryngology to the Federal Medico-Biological Agency" of the Russian Federation, Moscow, Russia

В статье рассмотрена методика хирургического лечения пациентов болезнью Меньера, которая предусматривает сочетанное, одномоментное, последовательное выполнение хордплексэктомии, пересечения сухожилий внутрибарабанных мышц и операции Арслана. Подробно описаны этапы выполнения хирургического вмешательства в авторском модифицированном варианте.

Ключевые слова: болезнь Меньера, хирургическое лечение.

Библиография: 13 источников.

The article deals with Meniere's disease surgical treatment, providing combined singlestep consecutive resection of the chorda tympani, tendomization of intra-tympanic muscles and Arslan's surgery. The stages of author's modified surgery are described in details.

Key words: Meniere's disease, surgery.

Bibliography: 13 sources.

Распространенность болезни Меньера среди населения нашей планеты относительно небольшая и составляет от 0,001 до 0,02% по данным разных авторов [1, 2]. Однако, учитывая симптоматику, проявляющуюся известной триадой, и тяжесть заболевания, которая нередко приводит к инвалидизации, становится понятной актуальность исследований, направленных на установление этиопатогенеза, а также методов лечения, которые позволяют купировать приступы, в том числе системного головокружения, и социально адаптировать эту категорию пациентов [3–5].

Общепризнанно, что при неэффективности консервативного лечения пациентов с болезнью Меньера методом выбора является хирургическое лечение. На сегодняшний день из всего арсенала оперативных вмешательств, по данным мировой практики, чаще всего выполняется операция дренирования эндолимфатического мешка; в РФ, кроме этого, в двух центрах, в целях купирования приступов системного головокружения применяется селективная лазеродеструкция ампулы горизонтального полукружного канала [6–9]. Другие виды оперативных вмешательств: хорд- и хордплексэктомия [10], пересечение сухожилий внутрибарабанных мышц [11, 12], операция

Арслана [13], декомпрессивные и деструктивные операции, а также операции на преддверноулитковом нерве – проводятся значительно реже и при соответствующих показаниях. Результаты хирургических вмешательств неоднозначны и разнятся в зависимости как от методики, так и от длительности послеоперационного наблюдения.

В отделе заболеваний уха ФГБУ НКЦО ФМБА России проводятся практически все виды оперативных вмешательств (за исключением операций на преддверно-улитковом нерве), но основной процент их составляют: дренирование эндолимфатического мешка и лазеродеструкция ампулы горизонтального полукружного канала. Эффективность обеих методик (прекращение приступов системного головокружения, сохранение слуха) достаточно высокая, поэтому они являются операциями выбора при таком заболевании. Однако, учитывая то обстоятельство, что не каждое специализированное ЛОР-отделение оснащено необходимой дорогостоящей аппаратурой, которая к тому же имеет склонность (лазеры) к техническим неисправностям, к тому же больные болезнью Меньера, как правило, имеют сопутствующую соматическую патологию, при которой не всегда возможно выполнение доста-



точно объемного оперативного вмешательства (дренирование эндолимфатического мешка) под общим обезболиванием (наркозом), что делает необходимым в определенных случаях применение щадящих малоинвазивных методик операций, которые являются атравматичными, достаточно простыми в исполнении, а главное, легко переносятся пациентами. Учитывая достаточно большой собственный опыт в проведении подобного рода операций, мы пришли к заключению, что они недостаточно эффективны, а полученный результат не всегда является стабильным. Поэтому в своей практической работе мы решили одновременно и последовательно выполнять операции хордплексусэктомии, пересечения внутрибарабанных мышц и Арслана с некоторой их модификацией, тем более что они являются операциями разнонаправленного действия, влияющими на автономную нервную систему, увеличение объема внутрилабиринтного пространства и изменение осмотического давления внутрилабиринтных жидкостей.

Оперативное лечение выполняется под местной анестезией интрамеатальным разрезом по Розену с последующей тимпанотомией, удаляется навес над стремением до визуализации сухожилия стремянной мышцы, стремечка, края пирамидального выступа и лицевого нерва, выделяется барабанная струна, которая пересекается микроножницами с разведением ее краев под костный аннулюс и рукоятку молоточка во избежание их сращения, затем производится подслизистая плексусэктомия. Для этого используем Т-образный разрез слизистой оболочки мыса с последующей ее отсепаровкой (профилактика послеоперационного рубцевания и ганглионита), учитывая, что нервы тимпанального сплетения локализируются в периостальном слое капсулы лабиринта. Затем визуализируем нервы Якобсона (n. tympanicus веточка от n. glossopharyngeus) и Арнольда (n. Carotico-tympanicus от pl. caroticus sympathicus), ориентирами для первого является верхний край окна улитки, а для второго – скат мыса к тимпанальному устью слуховой трубы. Далее вылуциваем их из костных бороздок и иссекаем на всем протяжении, слизистую оболочку укладываем на место; пересекаем сухожилие стремянной мышцы, как правило, последняя находится в состоянии гипертонуса, что ограничивает движения стремечка, вдавливая его в преддверие, затем изогнутыми микроножницами или острыми крючками пересекаем сухожилие мышцы, натягивающей барабанную перепонку, далее приступаем к выполнению модифицированной нами операции Арслана, учитывая, что кристаллики поваренной соли, уложенные на слизистую оболочку окна улитки, вызывают некроз последней, мы по периметру ниши окна улитки укладываем полоски

силиконовой пленки, таким образом, чтобы они не закрывали вторичную мембрану. На них в область ниши укладываем кусочки желатиновой губки («Спонгостан», «Гельфом»), пропитанной гипертоническим раствором поваренной соли (силиконовые пленки используем для предупреждения процессов рубцевания). По завершении всех этапов операции меатотимпанальный лоскут возвращаем на место; в некоторых случаях, когда хирургический костный дефект в области задней стенки наружного слухового прохода оказывается достаточно большим, восстанавливаем его аутохрящом ушной раковины под лоскут. Операцию заканчиваем укладкой резиновых полосок на область разреза кожи и тампонадой ватными шариками, пропитанными раствором антибиотика. Последние полностью удаляем из наружного слухового прохода на вторые сутки после операции. Такая комбинированная операция не требует дополнительной аппаратуры, общего обезболивания, как правило, переносится пациентами достаточно легко (длительность операции около 30 минут).

Такие оперативные вмешательства мы провели 7 пациентам старшей возрастной группы с отягощенным соматическим анамнезом. Причем 2 из них поступили в стационар в момент приступа заболевания, остальные 5 – в межприступном периоде. Консервативные методы лечения у них были мало- или вовсе неэффективны, а проведение объемных хирургических вмешательств сопряжено с высоким риском, лазеродеструкцию ампулы горизонтального полукружного канала невозможно было выполнить по техническим причинам. Следует обратить внимание на то, что оперативные вмешательства во всех случаях оказались эффективными – сроки послеоперационного наблюдения составляют от одного до полутора лет: приступов системного головокружения после операции не отмечалось, слух сохранился на дооперационном уровне, субъективный ушной шум у 3 больных уменьшился по 10-балльной шкале с 8–9 до 3–4, у остальных 4 остался прежним, причем показательным, на наш взгляд, является факт купирования приступов системного головокружения с вегетативными расстройствами у 2 больных болезнью Меньера, поступивших в острой стадии заболевания, которым на фоне кратковременной предоперационной терапии (дегидротационной, гормональной) было проведено хирургическое лечение, эффективность которого прослеживается более 1 года.

В заключение хотелось бы отметить, что, учитывая небольшое количество операций и сроки послеоперационного наблюдения, судить о безусловной и высокой эффективности предложенного нами комплексного хирургического воздействия преждевременно, но, учитывая щадящий харак-

тер оперативного вмешательства и доступность его выполнения, мы надеемся, что оно займет свою нишу в практике отохирургии у пациентов болезнью Меньера, хотя бы с отягощенным соматическим анамнезом и высоким риском выполнения других операций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатов. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1997. С. 185–200.
2. Шеремет А. С. Динамическая характеристика состояния функций внутреннего уха при болезни Меньера: дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. 150 с.
3. Олисов В. С. Лабиринтопатии. Л.: Медицина, 1973. 294 с.
4. Солдатов И. Б., Храппо Н. С. Методы лечения болезни Меньера // Журн. ушн., нос. и горл. бол. 1977. № 6. С. 8–14.
5. Сагалович Б. М., Пальчун В. Т. Болезнь Меньера. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1999. 525 с.
6. Диаб Х. М., Лиленко С. В., Лиленко А. С. Отдаленные результаты дренирования эндолимфатического мешка у пациентов с болезнью Меньера // Оториноларингология. Восточная Европа. 2014. № 1. С. 81–89.
7. Лиленко А. С., Диаб Х. М. Хирургическое лечение пациентов с болезнью Меньера // Рос. оториноларингология. 2012. № 2. С. 93–99.
8. Крюков А. И., Антонян Р. Г., Гаров Е. В., Шеремет А. С. Лазерная хирургия внутреннего уха. М.: Мир Урании, 2009. 240 с.
9. Гаров Е. В. Лазеродеструкция рецепторов ушного лабиринта при периферических кохлеовестибулярных нарушениях: дис. ... докт. мед. наук. М., 2005. 219 с.
10. Дайхес Н. А., Корвяков В. С., Зайцева О. В., Пашков А. В. Хирургические методы лечения периферических вестибулярных нарушений у больных с болезнью Меньера // Материалы XVII съезда оториноларингологов России: СПб., 2006. С. 19.
11. Rosen S. Menieres disease: successful Treatment by Chorda Tympanectomy // AMA Arch. NeurPsych. 1954. Vol. 72. N 6. P. 682–687.
12. Rosen S. Menieres disease: successful treatment by section of chorda tympani nerve // Case reports. Proc. 5 Cong. Oto.-rhino.-laryngol. 1955.
13. Arslan M. J. Choice of surgical procedure in Meniere's disease. Proposal for new osmotic «induction» method // Journ. Laryngol. Otol. 1970. Vol. 84. P. 131–147.

Дайхес Николай Аркадьевич – докт. мед наук, профессор, директор НКЦ оториноларингологии. Россия, 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30, стр. 2; тел.: 7(499)-968-69-25, e-mail: admin@otolar.ru

Корвяков Василий Сергеевич – докт. мед наук, гл. н. с. II научно-клинического отдела заболеваний уха; тел.: 8-910-443-69-40, e-mail: Korvyakov56@mail.ru

Диаб Хассан – докт. мед. наук, гл. н. с. II научно-клинического отдела заболеваний уха; тел.: 8-968-757-74-79, e-mail: Hasandiab@mail.ru

Михалевич Антон Евгеньевич – аспирант II научно-клинического отдела заболеваний уха; тел.: 8-926-104-90-45, e-mail: MikhalevichAE@mail.ru

Пацинина Ольга Александровна – канд. мед. наук, зав. отделением II научно-клинического отдела заболеваний; тел.: 8-916-024-83-83, e-mail: Olga83@mail.ru

Зайцева Ольга Владимировна – канд. мед. наук, руководитель научно-клинического отдела вестибулологии и отоневрологии; тел.: +7(499) 968-69-12, e-mail: o.v.zaytseva@yandex.ru

Сулейманов Юсуп Баширович – канд. мед. наук, ст. науч. с. II научно-клинического отдела заболеваний уха; тел.: 8-909-155-87-86, e-mail: yusuplor@gmail.com

REFERENCES

1. Soldatov I. B. Rukovodstvo po otorinolarinologii. Pod red. I. B. Soldatova. 2. izdanie, pererab. i dop. [Guidance on otorhinolaryngology. Under the editorship of I. B. Soldatov. Edition 2, revised and enlarged]. M.; Medicina, 1997: 185–200. (in Russian).
2. Sheremet A. S. Dinamicheskaja harakteristika sostojanija funkcij vnutrennego uha pri bolezni Men'era: diss. ... kand. med. nauk [Dinamic features of the state of inner ear function in Meniere's disease: MD Candidate dissertation]. M.; 2003: 150. (in Russian).
3. Olisov V. S. Labirintopatii [Labyrinthopathies]. L.: Medicina, 1973: 294. (in Russian).
4. Soldatov I. B., Hrappo N. S. Metody lecheniya bolezni Menera [Meniere's disease treatment methods]. Zhurnal ushnykh, gorlovykh i nosovykh boleznei; 1977: 6: 8 – 14.
5. Sagalovich B. M., Palchun V. T. Bolezni Menera [Meniere's disease]. M.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo». 1999: 525 (in Russian).
6. Diab H. M., Lilenco S. V., Lilenco A. S. Otdalennyye rezultaty drenirovaniya endolimfaticeskogo meshka u patsientov s boleznyu Menera [The late result of endolymphatic sac drainage in patients with Meniere's disease]. Otorinolarinologiya. Vostochnaya Evropa; 2014; 1: 81–89.
7. Lilenco A. S., Diab H. M. Hirurgicheskoe lechenie patsientov s boleznyu Menera [Surgical treatment of patients with Meniere's disease]. Rossiyskaya otorinolarinologiya. 2012; 2: 93–99.
8. Kryukov A. I., Antonyan R. G., Garov E. V., Sheremet A. C. Lazernaya hirurgiya vnutrennego ukha [Inner ear laser surgery]. M.: Mir. Uranii. 2009: 240 (in Russian).
9. Garov E. V. Lazerodestruktsiya retseptorov ushnogo labirinta pri perifericheskikh kohleovestibulyarnykh narusheniyah: diss. ... dok. med. nauk [Laser destruction of ear labyrinth receptors in peripheral cochleovestibular abnormalities: MD Candidate dissertation]. M.; 2005: 219 (in Russian).