

Г.А. Фейгин

ПОРТРЕТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

- РАЗМЫШЛЕНИЯ
- ПРОБЛЕМЫ
- РЕШЕНИЯ

Бишкек ♦ Илим ♦ 2009

УДК
ББК
Ф

Рекомендована к изданию Ученым советом
кафедры специальных клинических дисциплин №”

Посвящается памяти
моих родителей, славных и
трудолюбивых, проживших долгие годы
в дружбе и любви

Фейгин Г.А.
Ф ПОРТРЕТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА: РАЗМЫШ-
ЛЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ. – Бишкек: Илим,
2009. – 205 с.

ISBN

Выражаю благодарность Абишу Султановичу Бегалиеву, че-
ловеку редкой доброты и порядочности, за помощь в издании
книги.

Ф

ISBN

УДК
ББК
© Фейгин Г.А., 2009

Предисловие

Книга, которую Вы, дорогой читатель, держите в своих руках, относится к весьма редкому жанру. Это не мемуары (и уж точно – не мемуаразмы), равно как и не строгое учебное руководство или же мало кому доступная монография. Перед вами – квинтэссенция человеческого, личностного и врачебно-профессионального опыта одного из ведущих оториноларингологов постсоветского пространства (особенно – земли кыргызской), доктора медицинских наук, академика и члена-корреспондента соответственно Международной и Американской академий отоларингологии – хирургии головы и шеи, а главное – профессора кафедр медфакультета Кыргызско-Российского Славянского университета и Кыргызского госмединститута переподготовки и повышения квалификации *Георгия Ароновича Фейгина*.

Мне посчастливилось познакомиться с этим обаятельным, незаурядным человеком где-то в конце 70-х годов прошлого (ужас, да и только!) столетия, когда молоджавый профессор приехал в столицу Киргизии, чтобы возглавить кафедру ЛОР-болезней моего родного медицинского вуза.

Вскоре оказалось, что доктор Фейгин – не только превосходный специалист в своей области медицины, но и человек, проявляющий интерес и к другим видам творчества, в частности к таким, как поэзия и авторская песня. А поскольку я, будучи физиологом, уделял означенным жанрам не меньше внимания, чем своей вузовской работе, нам с Георгием Ароновичем всегда было о чём поговорить.

Более того, узнав однажды о том, что я собираюсь поехать в соседний Узбекистан на фестиваль авторской песни, проходивший в Чимганских горах, коллега любезно предложил доставить меня в Таш-

кент (город его детства) на своём “жигулёнке”. Благодаря этой поездке я получил приятную возможность познакомиться с фейгиновскими “корнями”, его тогда еще живыми родителями, энергичной и яркой сестрой, другими близкими ему людьми.

Примерно в тот же период моя сестра Наира, попробовав себя на разных профессиональных поприщах, не без влияния Георгия Ароновича прониклась интересом к фониатрии и, собственно говоря, стала работать под “крылом” Фейгина.

Всё вышесказанное позволило мне узнать об авторе данной книги много больше, чем о блестящем лекторе или хирурге, маститом ученом, уже к тому времени имевшем более сотни печатных работ, ряд монографий и изобретений, а также учеников, ставших кандидатами медицинских наук (за минувшие десятилетия к этим достижениям прибавились также почетное звание “Заслуженный врач Кыргызской Республики”, медаль “Данк” и орден “Данакер”).

Так вот, многогранность личности Фейгина вскоре помогла мне найти нужные слова для поздравлений к его 55-летию, а затем и к 70-летию юбилею.

И вот уже Г.А. готовится отметить свои библейские СЕКСЕН, то бишь ВОСЕМЬДЕСЯТ. Делая при этом себе и всем нам подарок – вот эту книгу.

Берясь за предисловие к ней, я ненароком поднял листы своих более ранних юбилейных поздравлений и, право же, понял, что всё написанное мною в адрес Фейгина отнюдь не устарело, ибо не стареет наш дорогой Георгий Аронович. А коли так, то, думаю, будет простительным дополнить прозаическую часть настоящего предисловия хотя бы одним поэтическим посвящением, связанным с памятным веками фейгиновского пути.

Итак, представим себе Георгия Ароновича 10-летней давности.

Поздравление к 70-летию



Ох, как времечко летит,
Как в ушах оно свистит
Быстро, скоро!
Отмечает (тайны нет)
Семьдесят цветущих лет
Дядя Жора!

Он и впрямь, друзья, цветет,
Всем заглядывая в рот,
В нос и в уши,
Исцеляя тонзиллит,
Трахеит жана отит,
Грея души.

Средь хирургов виртуоз,
Чистит ухо, горло, нос,
Рак гортани,
Избавляя от сарком,
И шваном, и неврино¹,
Прочей дряни.

По резекциям он – ас!
Бережёт при этом вас,
Не отрежет
Что-то лишнее, отнюдь!
Ищет свой, особый, путь –
С тканью нежен.

Может насморк излечить
Да из глотки удалить
Иль трахеи
Инородные тела.
С юных лет его влекла
Область шеи,
А ещё и головы.
От Бишкека до Москвы
Всем даст фору!
Академик и член-корр.,
Он шагает с давних пор

Только в гору –
Прямо к пику мастерства,
Благодарности слова
Принимая;
И детей, и пожилых,
И студентов, и больных
Понимая.

Духом, телом – не старик,
Автор очень многих книг,
Оператор,
Превосходный педагог –
Для коллег он царь и Бог,
Генератор

Новых планов и идей.
И свой круглый Юбилей
Жетимишный²
Встретил бодрым, полным сил.
Всех нас в гости пригласил,
И не лишне
Юбиляру в день такой
Пожелать прямой строкой:

Скачать, не оставляя “стремечко”,
Всегда опережая времечко
И ощущая ветер звонкий
На барабанной перепонке!
Научный труд монументальный
Ковать на прочной “наковальне”!
Давая старости отсрочку,
Быть неустанным “молоточком”!
Жить ярко, весело и прытко,
Не укрываясь, как “улитка”,
И сохранить иммунитет
На минимум сто двадцать лет!

Апрель 1999 г.

¹ Разновидности опухолей.

² Жетимишный (кырг.) – 70-летний.

Ну а есть ли, вправе вы спросить, нечто подобное – к нынешней дате. Честно говоря, не хотелось бы повторяться, а потому позволю себе завершить данное предисловие следующим лаконичным пожеланием:

Интуицией поэта
Чувствую,
 что книге этой
Залежаться не грозит.
Юбиляр же пусть растит
Аспирантов
 да студентов,
Исцеляет пациентов,
Пишет новые труды,
Не утратив доброты,
Сохраняя к жизни вкус
Лет как минимум до ЖУЗ!

А.Г. Зарифьян,

декан медицинского факультета КРСУ,
профессор, Заслуженный деятель культуры
Кыргызской Республики

Введение

От наших родителей мы получили
величайший и бесценный дар – жизнь.
Они вскормили и взрастили нас,
не жалея ни сил, ни любви.

Леонардо да Винчи

Идет 80-й год жизни, в числе которых более 55 лет работы в замечательной медицинской профессии – оториноларингологии – хирургии головы и шеи. Естественно, хочется подвести некоторые итоги. Но такое желание родилось после больших раздумий. Решиться на такой шаг небезопасно, довольно трудно, так как он может вызвать не всегда позитивную реакцию окружающих. Да и свое отношение к такой попытке тоже неоднозначно, поскольку отдельные факты, представленные мною в этом труде, в основном приводятся по памяти и не обосновываются документально. В связи с этим вспоминается высказывание о подобной попытке всемирно известного невропатолога профессора Хаима-Бер Гершеневича Ходаса, который и в возрасте более 90 лет, согласно информации Анатолия Григорьевича Шантурова, обладал ясной памятью, высокой профессиональной эрудицией и продолжал успешно трудиться. Коллективом Иркутского медицинского института он был признан образцом врача, педагога и ученого. И тем не менее, он считал: “Писать о себе очень трудно: всегда существует опасность приписать себе то, что в действительности сделано другими и твоим учителем. Поэтому очень не хочется нарваться на упрек в нескромности, в тщеславном любовании собой”. Такое высказывание свидетельствует, несмотря на многочисленные заслуги автора, о его скромности и бережном отношении к уже известным фактам, ни в коем случае не приписывать их себе, что не является, к сожалению, исключительной редкостью.

Но я все же решил описать мою 55-летнюю трудовую деятельность. В основе своей профессии я считал необходимым использовать аналитический подход к клиническим наблюдениям, накопление которых создавало опыт зрелого специалиста.

Отмеченное особенно важно, когда представляешь такую работу на суд читателя. Нельзя исключить, что она станет своеобразным методическим пособием для молодых специалистов.

Познакомившись с содержанием ее разделов, с описаниями конкретных операций, он получит совет, каким образом нужно оценивать свои наблюдения и данные литературы, формирующие мысль, задачи и их решение, в том числе имеющее прикладное значение.

Разумеется, что такой подход к обсуждению полученного результата зависит не только от способностей исследователя, но и его воспитания, во многом формируемого родителями, учебой в школе и институте и, конечно, менталитета, соответствующего общественной формации, которая своеобразна в каждый исторический отрезок времени.

Глава 1

МОЙ ЖИЗНЕННЫЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПУТЬ



1.1. Краткий автобиографический очерк

Мне не хотелось прошлое тревожить,
Там жизнь моя, которой не вернуть,
Там близкие, которых нет теперь со мною,
Но прошлое приходит, не спросясь,
И днем, но чаще вечерами,
Когда задумавшись сидишь,
Перебирая в памяти былое...
Ведь время неразрывно?
И прошлое, и время то, в котором мы живем,
И завтра–все едино,
Одна лишь временная нить пронизывает все,
Соединяя в полотне Истории безбрежной...
М.С.Плужников

Родился я 23 апреля 1929 г. в Узбекистане, в кишлаке Тюра Курган, Наманганской области. Ныне он находится в черте г. Намангана, куда по контракту из Белоруссии приехал и был завербован мой отец Аарон-Моисей Менделевич Фейгин в 1925 г. Моя мать Рахиль Моисеевна приехала к нему в 1928 г. В это место они попали не случайно. Вынудили их оставить родные места и переехать в Узбекистан голод и беспокойная обстановка тяжелого периода жизни и государственной разрухи. Отец имел трехлетнее образование, полученное в местечковой школе районного центра Чашники, расположенного в пределах черты оседлости Витебской области, где находилось и село Лукомль – место рождения моих родителей.

Несмотря на этот уровень школьного образования, он работал после переезда в Наманган главным бухгалтером хлопкоочистительного завода, затем после переезда в Ташкент – в Научно-исследовательском институте хлопковой промышленности в той же должности и затем – заведующим плановым отделом экспериментального завода по хлопкоочистке. Мать работала в Государственном банке. Прожили они продолжительную, нелегкую жизнь в любви, взаимопонимании и преданности друг другу. От них веяло добротой к окружающим и сопереживанием, что, несомненно, повлияло на формирование характера, моего и сестры, а именно – любовь к труду и желание помочь окружающим.

Не меньшее значение в его формировании сыграли и школьные годы. Они, в том числе пять из которых совпали с Великой Отечественной войной (1941–1945 гг.), были особенно тяжелыми.

Это было обусловлено не только голодом и суровыми условиями жизни, но и общей атмосферой, поскольку в нашем окружении не было семьи, которая бы не получила известие о гибели отца, сына, брата, друга, близких знакомых и соседей с шаблонной фразой “пал смертью храбрых...” или “пропал без вести...”. И к чести наших учителей, они стремились вложить в наши головы, легкомысленные, и в общем-то еще детские, знания и патриотизм. И это во многом им удалось, хотя в наших аттестатах зрелости преобладали тройки, четверки и относительно редко встречались пятерки. В благодарность за их самоотверженный труд я не могу не вспомнить и искренне не поблагодарить наших преподавателей школы №50 г. Ташкента. Среди них директора школы Саруханова Ерванта Григорьевича, завуча Гузара Павла Федоровича, преподавателей Диардиева Дмитрия Никаноровича, Шатуновскую Агнессу Борисовну, Федуну Николая Николаевича, Перцева Петра Федоровича и др. К великому сожалению, имена остальных вспомнить не могу по причине давности. Все они были либо больными, либо вернувшимися с фронта после тяжелых ранений. Несмотря на это, они трудились и делали все, чтобы мы стали достойными людьми.

После окончания школы в 1947 г. передо мной, как и перед моими товарищами, в том числе Альфредом Макыртычевичем Харатьяном и Леонидом Григорьевичем Бусселем, дружбу с которыми я пронес через всю свою жизнь, встала проблема выбора института для получения профессии. И здесь, как и во многих других ситуациях, помог случай.

Наш любимый преподаватель математики Диардиев, проводивший занятия не по шаблону, а творчески, интересно, живо, с элементами удивительного остроумия и, что самое главное, умением заставлять нас самостоятельно решать задачи и теоремы, привил любовь к своему предмету, а следовательно, и к стремлению выбрать соответствующую профессию, например, профессию инженера. Однако такой выбор не состоялся. Этому помешал случай – беседа моего отца и ныне покойного друга Леонида с профессором Григорием Аароновичем Бусселем. Он поделился с нами своим профессиональным увлечением. Будучи терапевтом, заведующим кафедрой пропедевтики внутренних болезней, учеником выдающегося, известного во всем мире профессора Моисея Ильича Слонима, впервые описавшего клинику внутреннего

лейшманиоза, он с потрясающим умением рассказал нам о медицине. В результате у меня и у моих друзей Альфреда Харатьяна и Леонида Бусселя возникло абсолютное и неодолимое желание посвятить себя медицине.

В результате мы все трое после успешной сдачи вступительных экзаменов в 1947 г. стали студентами 6 группы лечебного факультета Ташкентского государственного медицинского института. В этой группе или сразу, или после окончания 2-го курса обучения помимо нас оказались еще Киваев, Хамидов, Каймаков, Дружинина, Арутюнов, Расулев, Егменова, Бердянская, Попов, Кадырова, Юсимов, Бочкарев, Бекназаров, Хакназаров, Сабилова, Торадзе и Федосов. Группа была очень дружной и в основном хорошо успевающей.

Требования к постижению медицинских дисциплин в период нашего обучения были намного строже, чем теперь. Обучались мы по учебникам, объем которых был намного больше и содержательней. Большинство из них печаталось двумя шрифтами: крупным приводились сведения, обязательные для студента, мелким – дополнительные, расширяющие представления о том или ином явлении, клиническом проявлении заболеваний, необходимые для более глубокого понимания их патогенеза и лечения. Теперь у некоторых может вызвать удивление: мы нередко запоминали и то, что содержалось в этих дополнениях.

Педагогический состав института был высокопрофессиональный и требовательный. Среди них были известные в Советском Союзе профессора и академики: Кржижевский (неорганическая и органическая химия), Компанцев (фармакология), Слободин (нормальная анатомия), Терехов (патологическая анатомия), Меленков (гистология), Волынский, Турокулов и Иоффе (биохимия), Ханин (патологическая физиология), Самсонов (микробиология), Масумов, Астров, Орлов и Василенко (хирургия), Аскаров, Исмаилов, Мирошник и Буссель (терапия), Гершеневич (педиатрия), Детенгоф (психиатрия), Коган (акушерство – гинекология), Шумский (оториноларингология), Веденский, Фракман и Погорелко (урология), Архангельский (офтальмология), Парадоксов (хирургическая стоматология) и другие.

Все они были интеллигентами, в широком смысле этого слова. Уже одно их присутствие создавало особую атмосферу. Оно было обусловлено их внешним видом и отношением к работе, их

заслугами перед наукой и медициной, а также отсутствием слухов, порочащих их личность.

Лекции их отличались содержательностью, высокой эрудицией и профессиональным мастерством представления. В то же время они сопровождались запоминающимися, демонстрирующими представляемый нам факт выдержками из художественной литературы и высказываниями знаменитостей. При этом они не были лишены остроумия.

Приведу лишь один пример, который демонстрирует последнее и в то же время образно прославляет труд в достижении цели. Речь идет о Келистине Георгиевиче Иоффе. Он выполнил диссертационный труд доктора медицинских наук по аминокислотному содержанию зерновых и бобовых культур и доказал, что соя и маш содержат полноценный их набор, необходимый для питания человека. Его работа и успешная защита были восприняты студентами нашего курса, как неординарное событие.

В результате по окончании лекции, прочитанной через несколько дней после возвращения с защиты, ему был задан вопрос:

– Скажите, пожалуйста, какие способности нужно иметь, чтобы выполнить такую работу и стать доктором медицинских наук?

Последовал незамедлительный ответ:

– Нужно иметь средние способности и чутунный зад.

Коротко, ясно и правдиво. И это действительно так, поскольку гениальность, рождающая выдающееся открытие, является редкостью. Ее реализация к тому же в немалой степени обусловлена удачей, требует соответствующей обстановки, связанной с потребностями науки, ее уровнем и этапом развития. Кроме этого немалую роль в этом плане играет историческая обстановка. Не секрет, что война, разгул реакции, толерантность мышления в сочетании с амбициями, иногда свойственными ведущим специалистам, национализм, создающие препятствия для продвижения таланта, не так уж и редко способствуют потере рожденных гениев или существенно мешают проявлению их способностей. А это обуславливает серьезные потери и в немалой степени отражается на достижениях науки. Поэтому нельзя не согласиться с мнением Жана Франсуа Реньяра: “Горе тем народам, которые родят великих людей, но не признают их”.

Несмотря на свободу посещения лекций, лекционные залы были переполнены, но не всегда. Последнее, как мне и моим товарищам казалось, было обусловлено насильственным внедрением в обучение лжетеорий и принудительным уничтожением истинных научных представлений о наследственности, гиперроли центральной нервной системы в развитии заболеваний и внедрением в историю медицины космополитизма. Их общеизвестными проводниками были Лысенко, Иванов-Смоленский и некоторые медицинские деятели КПСС. Эти лженаучные направления естествознания и медицинской науки были доведены до абсурда и имели неадекватную реакцию. В частности, признание генной теории Моргана – Менделя приравнялось к преступлению, которое заканчивалось не только увольнением, но нередко изгнанием из города и даже лишением свободы. Генез любого психического заболевания необходимо было связывать только с наличием очага застойного торможения в коре головного мозга. Этим же механизмом расстройства ЦНС следовало объяснять генез даже органических заболеваний человека. А лекции, которые нам красиво и с гордым выражением читал доцент Карасев, с исторической точки зрения отличались грубым искажением фактов, поскольку любое открытие в медицине приписывались только “маститым русским ученым”.

И тем не менее, все это не помешало нам получить хорошее профессиональное образование. Оно позволило многим из студентов нашего курса стать хорошими врачами и проявить себя на научно-прикладном поприще. Достаточно сказать, что 8 человек только из нашей группы стали докторами наук, профессорами и заведующими кафедрами или отделами научно-исследовательских институтов в Ташкенте, в Москве и других городах России. В частности, среди таковых можно назвать доктора медицинских наук, профессора Киваева Анатолия Александровича, который явился пионером внедрения в практическую офтальмологию контактного протезирования зрения. Он был и остается руководителем отдела по коррекции зрения с помощью контактных линз. Для этого отдела Московского научно-исследовательского института офтальмологии им. Гельмгольца по его инициативе было построено специальное здание, где расположены профильное клиническое отделение и необходимые производственные мощности. Не могу не упомянуть Сергея Попова, Еву Дружину, Володю

Ольшанского. Первый стал заведующим кафедрой спортивной физиологии института физкультуры и спорта вначале в Ленинградском им. Лезгафта, а затем – в Московском. Вторая возглавляла отдел эндоскопического обследования больных при 1-м Московском медицинском университете им. Сеченова. А Владимир Олегович Ольшанский в течение многих лет руководил клиникой опухолей головы и шеи в Московском научно-исследовательском институте онкологии им. Герцена.

Прошло 5 лет нашего обучения. За это время благодаря преподавателям института мы усвоили массу сведений, имеющих отношение к базовым и клиническим дисциплинам. По программам того времени (1952–1953 гг.) на 6 курсе нам предстояло выбрать специальность, которой каждый из нас предполагал посвятить свою жизнь. У меня было желание стать хирургом или урологом. Но выбор любой специальности был ограничен определенными рамками, которые определялись Министерством здравоохранения. В частности, для оториноларингологии было выделено 10 мест.

Когда я с опозданием пришел в деканат, то, увы, мест по хирургии и урологии, да и по многим другим специальностям, уже не было. Оставались вакантными только фтизиатрия и акушерство с гинекологией. И та, и другая профессия меня не привлекали и я мучительно размышлял, что же делать? Помог случай, чему я до сих пор благодарен: совершенно неожиданно я попал в ту профессиональную стихию, которая меня увлекла. А произошло это следующим образом. Одна из сотрудниц, глядя на мое опечаленное лицо, вдруг вспомнила, что одна студентка отказалась от оториноларингологии и выбрала другую специальность. Вот так, совершенно случайно я стал оториноларингологом и посвятил ей всю, теперь уже 56-летнюю, профессиональную жизнь, в течение которой ни разу, даже в мыслях, не появлялось желание ей изменить.

В связи с этим мне хотелось бы вспомнить одно давнее событие, которое произошло в клинике болезней уха, носа и горла Ташкентского медицинского института в 1956 г. В этом году основоположник хирургического восстановления слуха при отосклерозе Самуэль Розен объехал все крупные города мира и познакомил в ведущих клиниках специалистов со своими операциями: прямой и непрямой мобилизацией стремени, а также фенестрацией ее подножной пластинки и продемонстрировал на подготовленных к его приезду больных их эффективность. В чис-

ле советских городов такими “счастливыми” оказались Москва, Ленинград и Ташкент. В последнем я уже обучался в аспирантуре и был свидетелем этого исторического события.

Как было принято в то время, письменный стол председателя был накрыт красной скатертью, на который установили маленький бюст В.И. Ленина. За этот стол сели С. Розен, его переводчица, заведующий кафедрой ЛОР профессор И.Ю. Ласков. Без всяких предварительных и вступительных слов С. Розен рассказал и продемонстрировал на картинках этапы своей операции. После этого И.Ю. Ласков решил рассказать ему о своих достижениях по устранению рубцовых стенозов гортани и продемонстрировать свою разборную Т-образную трубку. Однако С. Розен через переводчицу вежливо, с улыбкой и извинениями попросил передать профессору: “С тех пор, как я влюбился в одну женщину, я перестал интересоваться другими”. Нечто подобное случилось и со мной – верным “однолюбом” выбранной специальности.

Коллектив кафедры и клиники, где мы оказались, возглавлял профессор Сигизмунд Игнатьевич Шумский. В ее составе были замечательные, добрые и исключительно порядочные люди – доценты Николай Алексеевич Новиков и Николай Никифорович Кремнев, а также ассистенты Юлиан Даменикович Василенко, Карим Акзамович Акзамов, Рабия Абдурахмановна Хамраева, Кучкар Джураевич Миразизов и Роза Набиевна Каюмова. Во время Великой Отечественной войны в Ташкент был эвакуирован известный оториноларинголог – инициатор 3-томного Руководства по оториноларингологии Леонид Тихонович Левин. К сожалению, в Ташкенте в 1944 г. совершенно неожиданно оборвалась его жизнь. Это печальное событие случилось во время защиты диссертации после того, как он выступил в качестве официального оппонента и спустился с трибуны.

Сигизмунд Игнатьевич Шумский был прекрасным лектором, вдумчивым и талантливым научным руководителем, а также мудрым воспитателем. Именно под его руководством выполнили и защитили диссертации все перечисленные ассистенты. Основная линия, которую он настойчиво проводил в жизнь, были требовательность к знаниям, внимательность к больному и уважение к хирургическому вмешательству.

Первое хирургическое вмешательство – двустороннюю тонзилэктомию – он позволял сделать обучающемуся в клинике

приблизительно к концу года. При этом такое вхождение в ЛОР-хирургию осуществлялось при его непосредственном участии. Одну небную миндалину он удалял сам, демонстрируя технику ее выполнения, вторую – оперирующий впервые. Это событие каждый раз отмечалось в торжественной обстановке. После этого врач-оториноларинголог получал доступ к активной хирургической работе.

Нужно сказать, что такая методика введения оториноларинголога в хирургическую работу давала свои плоды. В результате тонзиллэктомии, например, все сотрудники клиники производили красиво, анатомично и бескровно. Операция выполнялась неторопливо. При этом удаление миндалин производилось только скальпелем и ножницами с обязательным манипуляционным принципом их “раздевания”.

Такая постановка дела в клинике сложилась не враз и не случайно. Сигизмунд Игнатьевич Шумский был ее приверженцем и продолжал традиции, которые в немалой степени сложились благодаря его предшественникам.

Назвать их и перечислить можно и нужно.

Первым заведующим во вновь организованной кафедре при открывшемся в Ташкенте медицинском институте был профессор Станислав Францевич Штейн. Он, как и выдающийся австрийский оториноларинголог Барани, был признан основоположником учения о вестибулярном аппарате, его нормальной и патологической физиологии, основные постулаты которого в последующем и в настоящем существенно не меняются, а только дополняются и обогащаются. Точности его формулировок, имеющих отношение к физиологии и методическим основам обследования вестибулярного аппарата, можно только удивляться. Мне посчастливилось как-то во время ремонта клиники обнаружить приблизительно 10 листов его рукописей, которые ранее были утеряны. Текст на них был написан красивым, каллиграфическим почерком и содержал педантичное и четкое изложение материала.

К сожалению, С.Ф. Штейн проработал на этом посту всего 4 месяца. Заболел амёбной дизентерией и вскоре умер.

После него кафедрой руководили профессора Каплан, окончивший жизнь самоубийством вследствие преследований по политическим, надуманным мотивам, а затем Боржим, после отъезда которого кафедру возглавил С.И. Шумский.

Но и С.И. Шумский прожил короткую жизнь. После моего отъезда в г. Беговат, куда я попал по окончании института, он вскоре на 54-м году жизни скоропостижно скончался. Его место занял выбранный по конкурсу профессор И.Ю. Ласков.

Уже в клинике с самых первых дней меня увлекла эта замечательная и многогранная профессия, которую ошибочно причисляют к узким. Она, как я сразу понял, не может считаться таковой, если судить по многоорганной ее анатомии, физиологии, патофизиологии и клинике. К тому же она необоснованно сужена, поскольку в СССР, да в некоторых других странах была представляема без хирургии головы и шеи. Имею право обратить на это внимание, ибо в развитых государствах Европы, Америки и Австралии она носит название оториноларингологии – хирургии головы и шеи и к тому же не отделяет от себя хирургическую ЛОР-онкологию.

В течение года я, как и мои девять товарищей, избравших эту специальность, включились в работу. Мы посещали лекции, практические занятия, причем в качестве помощников доцентов и ассистентов. Я очень любил смотреть больных после доцента Новикова, бывшего великолепным диагностом. Ставил диагноз и назначал лечение. После него я тут же проводил отоскопию, риноскопию и ларингоскопию и засекал им увиденное, что позволило мне в какой-то степени получить необходимые навыки.

Кроме этого, каждого из нас прикрепили к ассистентам. Я стал работать с моим непосредственным учителем Кучкаром Джураевичем Миразизовым, ставшим моим другом на протяжении всей жизни.

Кучкар Джураевич был хорошим профессионалом-хирургом. Он обучал меня не только освоению практических навыков, но и привлек меня к своей научной работе. Тема его кандидатской диссертации была посвящена изучению состояния полости после радикальной операции уха в ближайшем и отдаленном периодах. В частности, в полученных из оперированной полости грануляциях мы искали нервные волокна. Мною вместе с ним было приготовлено большое количество препаратов, которые мы подвергали микроскопированию. Метод импрегнации нервных волокон азотнокислым серебром требовал терпения и длительного времени. Это воспитывало во мне усидчивость и терпение.

В последующем эти качества не раз позволяли мне преодолевать трудности.

После окончания института я женился. Моя жена Лолочка окончила институт через год и приехала ко мне в Беговат. В течение 55 лет она является моей любимой неразлучной спутницей. У нас родились два мальчика: Михаил и Дмитрий, которые тоже стали врачами. Они подарили нам одну внучку и четырех внуков. Внучка из них самая старшая. У нее есть сын – наш правнук.

С сентября 1953 г. в г. Беговате началась моя трудовая жизнь. Этот город расположен в 70 км от Ташкента. В то время его население составляло 40 тысяч человек. В городе было много заводов. Самыми крупными были металлургический, цементно-шиферный и мясокомбинат. Окружали город крупные совхозы Далеверзин 1, 2 и 3 и колхозы, основным занятием которых было выращивание хлопка.

Медицинское обслуживание города и прилегающих к нему сельских регионов осуществляла городская больница, главным врачом которой был Басид Кабирович Кабиров, а его заместителем и одновременно заведующим хирургическим отделением – Анатолий Иванович Благовещенский. В составе этого отделения, а также в городской поликлинике я начал работать в качестве оториноларинголога.

Жить на одну зарплату (725 р.) было трудно. Учитывая это, Басид Кабирович дал мне возможность работать по совместительству гельминтологом на Тропической станции. Это послужило основанием для Сигизмунда Игнатьевича, когда я приезжал в Ташкент и посещал клинику, в шуточной форме во время приветствия и беседы называть меня оториноларингогельминтологом.

Гельминтология меня мало интересовала, хотя я ее и освоил. Мне, по сути, помогала вести все необходимые дела фельдшер Леля Эюпова, замечательная, талантливая и очень порядочная женщина, крымская татарка, попавшая в Беговат после окончания войны в результате сталинских массовых переселений татар из Крыма. Таким же образом, непонятно за что пострадал и заведующий хирургическим отделением Беговатской городской больницы, который в течение всей войны был ведущим хирургом медсанбата и спас жизнь многим раненым солдатам и офицерам. Я его не застал. Он умер за год до моего приезда.

Леля была опытным специалистом и к тому же принимала активное участие в работе по организации мероприятий в борьбе с малярией. Ее добросовестный труд и мое полное доверие к проводимой ею работе позволяли не терять время и полностью

заниматься оториноларингологией. Через год я оставил гельминтологию и перешел по совместительству на работу хирургом.

Три года жизни в этом маленьком узбекском городе были счастливыми. Меня окружали мои друзья, закончившие институт до и в одно время со мной. Здесь мне посчастливилось ощутить доброе отношение коллектива больницы и моего первого учителя Анатолия Ивановича Благовещенского – человека с большой буквы, проработавшего все пять лет войны хирургом медсанбата. Имея 55-летний опыт работы и сравнивая его мастерство с работой хирургов нашего времени, могу с полной убежденностью назвать его талантливым специалистом. Он обладал клиническим мышлением высокого уровня, хотя и не имел никаких титулов, которые (нередко необоснованно) имеют личности, занимающие высокие посты, и руководители медицинских учреждений. Его мастерством выполнять хирургические вмешательства можно было любоваться. Помимо этого, он с удовольствием передавал свои знания, учил нас хирургии и прививал умение качественно заполнять истории болезни.

В своем хирургическом отделении он дал мне возможность класть оториноларингологических больных без ограничения, несмотря на то, что для них было официально выделено всего три койки. Это позволило мне уже с самого начала приступить к выполнению хирургических вмешательств, разумеется, вначале менее, а затем и более сложных. В частности, таких как тонзиллэктомия, резекция нижних носовых раковин, полипотомия, гайморотомия, трахеостомия и даже радикальная операция уха. В единичных случаях такой первоначальный опыт, как это бывает повсюду и у всех, сопровождался возникновением либо трудностей, либо осложнений.

В одном таком случае после тонзиллэктомии началось кровотечение. Его я не мог остановить до 11 часов вечера. Пришлось обратиться за помощью к Анатолию Ивановичу и он умело помог мне ликвидировать это осложнение.

Во время выполнения первой радикальной операции уха мне, как говорится, не повезло. У больного оказалось предлежание синуса. Я не завершил операцию, а по санавиации вызвал своего учителя Кучкара Джураевича Миразизова, который на следующий день показал мне, как нужно поступать в таких случаях. С тех пор для меня не было сложным выполнить названное

хирургическое вмешательство при таком анатомическом строении среднего уха.

Уже в этот период моей работы встречались и не совсем обычные случаи. В одном из них у ребенка был рак среднего уха. Во время выполнения операции мне показалось, что грануляции, расположенные в полости сосцевидного отростка, имели необычный вид. Поэтому я послал их на патогистологическое исследование. Полученный ответ оказался страшным. У него был плоскоклеточный рак. Мальчик был облучен. Опухоль в полости после Р.О. перестала определяться. Однако через небольшой промежуток времени у него в глотке появился паратонзиллярный раковый инфильтрат, внешне имитирующий паратонзиллит, но без признаков воспаления. Это свидетельствовало о том, что опухоль проникла в глотку, скорее всего, через слуховую трубу. Такой вариант течения неоплазмы найти в доступной литературе мне не удалось. Поэтому я его описал и послал в “Вестник оториноларингологии”. Там же я опубликовал еще две статьи. Одна из них описывала необычное инородное тело сосцевидного отростка, другая – была посвящена пересадке кожи по Янович-Чайнскому через наружный слуховой проход для ускорения эпидермизации полости после радикальной операции уха при ее закрытом, а не открытым варианте выполнения. Иными словами, последняя методика послеоперационного лечения была модифицированным вариантом пересадки кожи, предложенной доцентом Ю.Д. Василенко.

В сентябре 1956 г. я стал аспирантом кафедры болезней уха, носа и гортан ТашГосМИ, которой в это время руководил профессор Израиль Юльевич Ласков. Доктором медицинских наук, профессором он стал благодаря внедрению в практическую ларингологию изобретенной им совместно с Паутовым разборной Т-образной трубки, изготовленной из пластмассы. Это оригинальное изобретение, безусловно, заслуживает внимания. Оно позволяло ему достаточно эффективно лечить больных с рубцовыми стенозами гортани. Однако его деятельность как руководителя клиники не могла быть оценена положительно.

О покойниках не принято говорить и писать плохо. Однако это касается не всех. Иногда негативные особенности человека, тем более допущенного к управлению, а поэтому имеющего возможность влиять негативно на развитие дела, не могут быть забыты. Для руководителя особенно важными являются чело-

веческие качества, интеллект и уровень развития. И не следует умалчивать подобные недостатки или говорить о них шепотом или за углом, что в наших постсоветских условиях не является редкостью. Поэтому от соответствующей его характеристики я не могу удержаться. Да простит меня за это всевышний и те сотрудники, которые в то время работали, а отдельные даже по его вине пострадали или были незаслуженно оскорблены (разумеется, без использования вульгарной терминологии) его поступками и неоправданными обвинениями. Он был безмерно самолюбив. Его черствое сердце, посредственный профессиональный уровень, ревность к более высокому профессионализму сотрудников, не проникающий глубоко в суть вещей ум, эгоизм и открытый подхалимаж по отношению к вышестоящим по должности руководителям – вот условия, которые были избраны им для благополучного прозябания.

В связи с этими его особенностями периодически создавалась нервная обстановка, в адрес сотрудников делались замечания и обвинения, которые невозможно было признать справедливыми.

Некоторые из них остались в памяти.

Так, например, по-видимому, из-за неумения, Ласков был категорически против удаления баллотирующих инородных тел через естественные пути с помощью прямой ларингоскопии. Этим бескровным методом их извлечения владели Н.А. Новиков, К.Д. Миразизов и я. Пользовались мы им по принципу амбулаторного оказания помощи, когда он уходил из клиники. Но, само собой разумеется, исключить неудачу, даже очень редкую, было невозможно. Таких пациентов приходилось госпитализировать и к утру наш “грех” становился известным. За такую “провинность” вместо похвалы нам изрядно доставалось. А повторную попытку осуществить бескровное удаление он, естественно, запрещал и в противовес нам производил трахеотомию, во время которой баллотирующее инородное тело (чаще всего арбузное или подсолнечное семечко) вылетало через трахеостому или через нее легко захватывалось и убиралось. Этот свой “успех” он гордо демонстрировал на следующий день, даже не подозревая о том, что в наших глазах по этой причине он становился ретроградом.

Трудно было решать с ним и вопросы, касающиеся научной работы.

Известно, что каждая статья, посылаемая в журнал, должна быть утверждена научным руководителем. Получить такую визу от него было очень трудно. После того как ему на стол была положена статья, о ее судьбе можно было спросить не ранее чем через полгода. И каждый раз в ответ на такое обращение следовал поток слов, что у него много дел и как вообще можно по этому поводу беспокоить профессора. И только после дополнительных повторных обращений в течение следующего месяца в кабинете или дома он находил уже изрядно запыленный экземпляр статьи. Тут же прочитывал ее. Исправлял пару слов, не меняющих смыслового значения. Слова “например”, “по-видимому”, он заменял на “вероятно”. И после этого ставил визу, рекомендующую ее к печати.

Таким же образом он поступил и с моей диссертацией. Я ему представил ее в окончательном варианте в начале 1959 г. Не знаю, читал он ее или нет, но у него она пролежала почти 9 месяцев без всякого движения. Он, по-видимому, не знал, что делать с работой. Поэтому через указанный срок дал ее для знакомства профессору Александру Семеновичу Волинскому, который через несколько дней, как мне сообщили работники деканата, присутствовавшие при их разговоре, сказал, что работе следует открыть путь к защите.

Можно, конечно, найти оправдание такому отношению к своему диссертанту. Работа была клинико-биохимическая и не для всякого клинициста понятная. Но кто ему мешал поступить так, как он поступил спустя 9 месяцев моего ожидания, не осложнять жизнь своему “ученику”, которому он и до этого уже создал достаточно трудностей. Их пришлось преодолевать и при выборе темы, и при выполнении работы. Привожу эти воспоминания с целью показать, что тип такого научного руководителя не является редкостью и дополняется ныне весьма популярной практикой готовить, более того, в массовом порядке “выпекать” их через целевую докторантуру без предварительной стажировки, в ходе которой формируется специалист достаточно высокой квалификации, необходимой в дальнейшем, после получения ученой степени, трудиться на должном уровне.

Еще один пример. Когда в 1956 г. я поступил в аспирантуру, передо мной встала проблема выбора темы для выполнения диссертационной работы. И здесь мой руководитель отличился, заставив выбрать тему аспиранта, который еще не был ориенти-

рован в проблемах того времени, имеющих отношение к оториноларингологии.

Решить эту задачу помог мне мой друг А.М. Харатьян. Он, как уже упоминалось, учился в одной группе со мной, стал терапевтом и занимался изучением белков и свободных аминокислот крови и патологических жидкостей при заболеваниях печени, поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта. Мы с ним обсудили возможность такого биохимического исследования в крови и спинномозговой жидкости при отогенных внутричерепных осложнениях. Познакомившись с литературой, мы не обнаружили такого рода сведений, что явилось основанием предложить эту тему.

Учитывая такое его отношение к научному руководству, я ретроспективно не удивляюсь, что под его “руководством” было выполнено только три кандидатских диссертации: одна самостоятельно диссертантом, а две – под руководством заведующего кафедрой микробиологии, профессора Павла Федоровича Самсонова, человека исключительно талантливого и глубоко знающего свой предмет. Его доброта и человечность проявлялись во всем. В том числе и в тех ситуациях, которые доходили до комизма.

Так, однажды для проведения своих исследований мне удалось достать 10-литровый баллон ацетона. Узнав о том, что баллон оказался в лаборатории клиники, Ласков обвинил меня в диверсии и приказал немедленно его выкинуть. Я не знал, что делать. Потеря баллона мною расценивалась как трагедия. Ведь без ацетона я не мог проводить исследования. Тогда меня осенила мысль обратиться за помощью к Павлу Федоровичу, который делал все, чтобы его ученики могли успешно работать. Когда он узнал, в чем дело, он рассмеялся и позволил мне перенести баллон ацетона к нему на кафедру, здание которой прилегал к торцу нашей клиники.

Так мне удалось узнать и оценить стиль работы двух профессоров. Один из них был образцом ученого. Его стиль руководителя я никогда не забывал. Более того, я многое от него перенимал и до сих пор использую, как в плане поиска тем, рекомендуемых моим ученикам, так и в выборе приемов их выполнения и написания. Что же касается моего непосредственного руководителя, общение с которым, как видно из вышесказанного, было довольно трудным и порою огорчительным, то я ему тоже благодарен. И

вот за что – пережив все, что было связано с ним, я на всю свою дальнейшую трудовую жизнь в качестве научного руководителя, начавшуюся в 1964 г., взял за основу тот тип отношения к своим ученикам, который отличался бы добротой и эффективной помощью в процессе выполнения исследования, анализа полученных данных и их обработки, а также при оформлении и написании диссертаций.

Мое диссертационное исследование было очень трудным. С утра и до 3 часов дня я был занят практической и педагогической работой. И только после ее завершения мог приступить к выполнению лабораторного исследования белков и свободных аминокислот в сыворотке крови и спинномозговой жидкости, полученной от больных с отогенными внутричерепными осложнениями. Для осуществления качественного и количественного их содержания использовался метод бумажной хроматографии, при котором нужно было экстрагировать и затем нанести полученную таким образом смесь аминокислот на бумагу и разогнать ее по ней с помощью битанола и карболовой кислоты. Затем окрасить их, каждое пятно после окрашивания идентифицировать, вырезать, вновь растворить и колориметрировать.

Каждое исследование занимало много времени. Такой эксперимент, проводимый по конвейерному варианту, заканчивался поздно. Домой я уходил с работы не ранее 10–11 часов вечера. В итоге мне удалось получить большое количество интересных данных, имеющих отношение к динамике содержания белков и свободных аминокислот в крови и спинномозговой жидкости. Причем те, которые имели отношение к последней, оказались особенно интересными. С их помощью можно было осуществлять дифференциальную диагностику, например, между негнойным и гнойным энцефалитом (абсцессом мозга).

Однако использовать этот метод для такой цели в клинической работе было невозможно, поскольку результат исследования можно было получить не ранее чем через 6–9 дней, т.е. только тогда, когда он оказывался запоздалым. И тем не менее, его результаты не могут быть признаны напрасными, ибо они имеют научный интерес. Поэтому работа была оформлена, представлена к защите и защищена.

Кроме того, отмеченный недостаток проведенных исследований, т.е. невозможность внедрить полученные данные в прак-

тическую работу, не могли стать причиной отказа от изучения свободных аминокислот. Во-первых, потому что сегодня есть аминокислотные анализаторы, во-вторых, что основывается на наших последующих работах, позволяют определить необходимое количество белковых гидролизатов для парентерального питания, а также для выбора фермента, отличающегося наиболее высоко разрушающим эффектом в отношении белковых патологических субстратов. Это было доказано на примере нашего изучения разрушающего действия некоторых ферментов при их контакте с холестеатомой среднего уха. В результате нам удалось отработать методику лечения, ускоряющую и повышающую эффективность терапии холестеатомных эпителимпанитов.

Именно эти исследования мне показались достаточно интересными. Я их использовал при составлении доклада, который я направил в оргкомитет 5 Всесоюзного съезда оториноларингологов. То же самое сделали К.Д. Миразизов и Л.Г. Буссель. К нашему удивлению, они были включены в программу съезда. В результате свершилась наша мечта и мы стали участниками съезда. Для нас, только начинающих работать в оториноларингологии, это было необычным событием.

Каждый из нас на секционных заседаниях сделал доклад.

Мой доклад имел отношение к особенностям состава свободных аминокислот в спинномозговой жидкости у больных с отогенными внутричерепными осложнениями. В докладе Лени Бусселя была доказана роль стрептококков группы Д (энтерококка), обладающих агрессивными свойствами, присущими β-гемолитическому стрептококку, как возбудителя хронического тонзиллита.

Съезд проходил в ленинградском дворце “Пятилетки”. В нем помимо громадного зала для пленарных заседаний, было еще несколько залов для секционных заседаний. На этом съезде я впервые увидел многих знаменитых отоларингологов того времени. Всех я сейчас перечислить не могу, но некоторые имена остались в памяти. Среди них незабываемое впечатление на меня произвели Б.С. Преображенский, Я.С. Темкин, А.И. Фельдман, И.И. Потапов, С.Н. Хечинашвили, А.Г. Лихачев, Е.Н. Мануйлов, А.Р. Ханамиров, А.Х. Миньковский, Ю.Б. Преображенский, Н.А. Преображенский, А.И. Пачес, В.К. Трутнев, Е.С. Огольцова, О.К. Потякина-Федорова и др.

Очень интересный доклад о патологии вестибулярного аппарата был сделан английским отоларингологом Коуторном, который переводил Симон Николаевич Хечинашвили. Его знание языков и талант переводчика мне и другим доставили истинное удовольствие. Им мы восторгались и на другом Всесоюзном съезде отоларингологов, который проходил в 1975 г. в Тбилиси. На нем С.Н. Хечинашвили был переводчиком доклада Мишеля Портмана – француза из Бордо, который сделал сообщение о 157 операциях на внутреннем слуховом проходе.

На этом съезде я впервые встретился с тогда еще очень молодым Мариусом Стефановичем Плужниковым, который также занимался изучением свободных аминокислот, но в эндо- и перилимфе внутреннего уха.

И самое большое впечатление на 5 съезде отоларингологов произвел на нас демонстрационный материал, который представил S. Rosen (США). Его выставка была развернута в маленькой комнате дворца. В ней на мумифицированных головах, купленных, как он сказал, у нуждающихся людей еще при жизни, были представлены все этапы его операций прямой и непрямой мобилизации стремени и фенестрации пластинки стремени, а также стапедопластики. У каждой такой головы на цепочке фиксировался отоскоп, который позволял по стройной серии голов, расположенных в определенной последовательности, проследить за всеми этапами выполнения его операций.

После окончания аспирантуры с 1956 по 1961 г. я работал ассистентом кафедры. В течение этих лет, помимо педагогической и лечебной работы, мне приходилось довольно часто летать в города и районные центры по линии санавиации. В основном эти одно- и двухдневные командировки были связаны с экстренной патологией, лечение которой производилось на местах. Среди таких заболеваний преобладали отогенные внутричерепные осложнения, флегмоны шеи, инородные тела пищевода и дыхательных путей и т.д. Благодаря этой работе я существенно расширил свой опыт по оказанию экстренной хирургической помощи. И кроме того, что немаловажно, они позволили мне с небесных высот познакомиться с красотами республики, посетить ее исторические места, узнать обычаи населения.

Трудно было забыть некоторые из них.

Как-то я вылетел в сельский Гулистан, где нужно было посмотреть больного и назначить ему лечение. Была страшно изматывающая жара. Меня и летчика по дороге на сельский аэродром, где стоял наш небольшой четырехместный самолет ЯК-12А, завезли в чайхону. Она располагалась на маленькой, но бурной горной речке. Над ней с опорой на двух ее берегах располагался топчан. Он был покрыт только крышей и находился в тени двух больших плакучих ив. А кругом был зной и открытые поля, окаймленные по краям тузовыми деревьями и стройными тополями. Чайхона продувалась легким ветерком, увлажненным холодной водой, снизу создавался особый микроклимат благодаря потоку воды, бурному и с завихрениями, с мельчайшими водными брызгами. Нас угостили шашлыком и зеленым чаем. Но что самое главное, ощутили полный комфорт, усталость исчезла, и мы уже бодрыми доехали до аэродрома, находящегося неподалеку, и улетели.

Очень интересными с познавательной точки зрения были полеты в Ургенч. По соседству с этим центром Хорезмской области находится Хива. Этот город в Советское время, как и Суздаль в РСФСР, был признан заповедным. В нем не разрешалось строить новые здания, которые могли бы нарушить колорит старины. Примечателен он был своей древней архитектурой и множеством недостроенных минаретов. Улицы города были узкие и без тротуаров. Краем каждой из них был глухой забор и стены глинобитных домов без окон. Все это создавало необычную и безлюдную обстановку, а недостроенные минареты дополняли средневековый облик. В городе был музей. В нем сидел старец в чалме и национальном халате. Он не только следил за порядком, но выполнял должность гида, хорошо зная историю города. Его рассказы и ответы на вопросы были интересными. А в конце экскурсии каждому из ее участников он дал маленький мешочек, в котором содержалась выдержка из Корана.

В этот период моей работы тяга к научной работе клинициста не исчезла. Интересными оказались наши исследования по дифтерийному бактерионосительству и хроническому тонзиллиту.

После того как я и Леонид Буссель защитили кандидатские диссертации, мы совместно с доцентом кафедры микробиологии Людмилой Ивановной Картушиной и ее мужем, ассистентом той же кафедры Христом Минасовичем Дамкасом (ныне покойным), по предложению Павла Федоровича Самсонова, в течение

нескольких лет работали по проблеме дифтерийного бактерионосительства.

Людмила Ивановна была специалистом по стрептостафилококковой инфекции, а Христос Минасович – дифтерийной. Он знал ее досконально, умело находил возбудителя и определял его токсигенность. А мы два отоларинголога были знакомы, причем достаточно глубоко, с микробиологией хронического тонзиллита. Ленья, поскольку он выполнил на эту тему кандидатскую диссертацию, а я в связи с тем, что в течение 10 суток нашей поездки на 5 Всесоюзный съезд (1958 г.) отоларингологов и возвращения с него “вынужден” был ее изучить. Будучи мнительным и беспокойным, он в течение всех этих дней не давал мне покоя: с увлечением рассказывал о результатах своих бактериологических исследований, анализировал их и постоянно думал о вопросах, которые следует ожидать как при встрече с оппонентами, так и при участии их на защите.

Наша с ним задача, имеющая отношение к дифтерийному бактерионосительству, как клиницистов, сводилась к фиксации ЛОР статуса и забору материала для обнаружения дифтерийной палочки с помощью предложенного нами тонкого ватного зонда из глубоких отделов крипт и общепринятого метода – мазком по поверхности глотки.

Совместный труд бактериологов и отоларингологов оказался весьма плодотворным. Нами было доказано, что устойчивое бактерионосительство, как правило, регистрируется в случае наличия благоприятных условий для вегетации возбудителя. Такowymi являются чаще глубокие отделы крипт и хроническое воспаление небных миндалин.

К такому выводу мы пришли после того, как подвергли анализу результаты обнаружения возбудителя двумя вышеуказанными способами забора материала. При первом из них, позволяющим получить его из глубоких отделов крипт, дифтерийная палочка у детей с бактерионосительством обнаруживается постоянно, а при втором – только иногда. О важной роли гипертрофии небных миндалин и хронического тонзиллита в возникновении стойкого бактерионосительства свидетельствовал и другой констатируемый нами факт – бактерионосительство названной палочки при не измененных, нормальных по размеру небных миндалинах и здоровой слизистой оболочке бывало временным

и быстро прекращалось. Это дало возможность сделать вывод, что излюбленным местом вегетации дифтерийной палочки, в том числе токсигенных штаммов, являются глубокие отделы крипт и эту патогенетическую особенность следует учитывать, в том числе и при проведении терапевтических мероприятий, направленных на ликвидацию носительства указанного возбудителя.

В свете отмеченного интересными, с практической точки зрения, оказались наши результаты по сравнительной терапии дифтерийного бактерионосительства.

Для изучения этих вопросов мы провели исследования совместно с детскими инфекционистами. Мы договорились с ними, что после общепринятого метода лечения, когда обычным мазком по поверхности глотки трехкратно не будет обнаруживаться возбудитель, дающий основание считать ребенка освобожденным от бактерионосительства, они пригласят нас. В таких случаях мы проводили контрольное обследование материала, взятого из глубоких отделов крипт. Увы! При гипертрофии небных миндалин и хроническом тонзиллите у детей вновь обнаруживались дифтерийные палочки.

Эти результаты дали нам основание считать, что общепринятые методы терапии, направленные на освобождение детей от дифтерийного бактерионосительства, не являются патогенетически обоснованными. Они не позволяют ввести препарат в глубокие отделы крипт – излюбленное место вегетации дифтерийной палочки.

Отмеченное послужило основанием для достижения необходимого результата предложить патогенетически обоснованный вид терапии. Он сводился к введению синтомицинового линимента с эритромицином, обладающих высокой активностью, интралакунарно. Эта смесь позволяла избавлять от дифтерийного бактерионосительства и оказалась эффективной. При таком ее использовании она позволила освободить большое количество детей от бактерионосительства, кроме одного. Этот мальчик страдал хроническим гипертрофическим тонзиллитом и по поводу этого заболевания ему была показана тонзиллэктомия. После тонзиллэктомии проявления указанного заболевания исчезли и одновременно с этим у него перестали обнаруживаться токсигенные штаммы дифтерийной палочки.

Названный метод интралакунарного лечения оказался весьма эффективным и при хроническом тонзиллите. Это было доказано на большом клиническом материале. Он оказался признанным и взятым на вооружение отоларингологами Читы и Бишкека, а также специалистами, работающими в Читинской области и Кыргызской Республике, правда, в усовершенствованном виде по составу смеси.

Помимо основной и научной работы я помогал И.Ю. Ласкову осуществлять необходимую “бумажную” работу. Она сводилась к оформлению всевозможной документации, отчетов и составлению ответов на получаемую им корреспонденцию и т.д. Причем и здесь приходилось терпеть его характерологические особенности как личности. Но однажды это вывело меня из терпения, за что я поплатился увольнением, которое было мотивировано сокращением штатов по окончании семестра.

В течение последующего года я работал зав. ЛОР отделением Ташкентской областной больницы, а еще через год был избран на должность ассистента ЛОР кафедры Самаркандского медицинского института. В ней, благодаря особенностям ее коллектива, продолжалось формирование моего характера, а также стиля общения с сотрудниками и больными.

“Особенности” начались с первого дня моей новой работы. 1 сентября 1963 г. я впервые пришел на кафедру. Дружеской встречи нового человека я не увидел. Наоборот, сразу проявился какой-то элемент отчужденности, а иногда и скупого контакта. Так вначале вели себя все сотрудники, за исключением заведующего кафедрой доцента Ченгери Станислава Казимировича.

После утренней планерки все уселись за круглый стол в большой комнате, предназначенной для врачей, доцента и ассистентов, и стали пить чай. Меня к столу не пригласили. Я сидел в стороне. Такая обстановка создавала неприятное ощущение ортофакта моей личности.

Они мирно беседовали, невольным слушателем которой я оказался не по своему желанию. Содержание ее было обычным: они рассказывали друг другу о проведенных днях отпуска, но при этом, забыв о том, что они были приятными и позволили им хорошо отдохнуть, начали говорить о том, как они перетрудились летом в отличие от некоторых других, явно намекая на меня.

Вдруг одна из них, если память мне не изменяет, ассистент Глеб-кашанская, обратилась ко мне:

– У нас принято дежурить на дому. Вы согласны сегодня быть дежурным врачом?

– Разумеется, да, – ответил я, будто мне можно было сказать другое.

Этот день и это дежурство я не могу забыть до сих пор не только из-за того, что оно оказалось трудным, но и из-за того, что оно было в первый день моей работы в новом и неизвестном мне коллективе.

Учитывая недружественную атмосферу моей встречи, я решил пойти к двоюродной сестре Ольге, которая была ассистентом кафедры акушерства и гинекологии. Минут через тридцать я возвратился в клинику. В коридоре меня встретила больничная ординатор, сообщившая, что поступил мальчик, вдохнувший инородное тело – арбузное семечко и что сейчас они будут делать трахеотомию. И, несмотря на то, что ими эта тактика, очевидно, по традиции, существующей в коллективе, была принята, она задала мне вопрос.

– Скажите, пожалуйста, а как баллотирующие инородные тела убираете Вы?

– Обычно без трахеотомии при прямой ларингоскопии. В подавляющем большинстве случаев оно извлекается таким образом, но возможны осечки, – ответил я.

Мой ответ тут же был сообщен Станиславу Казимировичу Ченгери, который незамедлительно вызвал меня к себе и спросил:

– Действительно ли ты можешь убрать арбузное семечко из трахеи без трахеотомии?

Я повторил мой ответ и еще раз предупредил, что возможна и неудача. Он объявил, что я должен подтвердить сказанное.

Поскольку в то время еще не были внедрены в медпрактику современные методы анестезии и в структуре лечебных учреждений не было эндоскопических кабинетов, мы удаляли баллотирующие инородные тела у детей без обезболивания при прямой ларингоскопии. Суть методики сводилась к следующему. Во время указанной манипуляции щипцы вводили в трахею и раскрывали. Это раздражало чувствительные окончания трахеи. Появлялся кашель и инородное тело “летело” по направлению к

голосовым складкам и попадало в раскрытые бранши. В это время их нужно было закрыть. Момент этот был очень краткий и поэтому нужен был навык, доведенный до автоматизма. Если эта процедура была выполнена вовремя, инородное тело захватывалось и извлекалось.

Эту процедуру я вынужден был осуществить по указанию Станислава Казимировича в перевязочной. Сотрудники расселись в ней на стульях полукругом, в центре которого был я, операционный стол и больной. Такая обстановка создала предельное напряжение и, тем не менее, я выполнил прямую ларингоскопию и при втором введении щипцов захватил и вытащил арбузное семечко. По окончании этой манипуляции я сразу вышел из перевязочной и по этой причине не мог проследить за реакцией коллектива. А ведь это бескровное удаление баллотирующего инородного тела было первым в истории Самарканда.

Но на этом эпизоды моего первого дежурства на дому не закончились.

В 7 часов вечера по экстренному вызову я был доставлен в клинику машиной скорой помощи. Поступил больной с инородным телом пищевода – мясной костью. Я выполнил эзофагоскопию и извлек ее.

В 1 час ночи последовал еще вызов. В клинику был доставлен ребенок из инфекционной больницы с диагнозом инородное тело дыхательных путей. Состояние его было крайне тяжелое. Он был бледен, видимые слизистые оболочки и кожа имели синюшный оттенок, пульс был слабым. Частоту его сосчитать было трудно. Сердечные тоны едва прослушивались. Дыхание было с признаками стеноза III. Аускультация легких позволяла определять дыхательные шумы, которые были звучные и определялись только местами, что свидетельствовало о выраженном обструктивном процессе в трахеобронхиальном дереве и легких.

По клинике состояние ребенка соответствовало дифтерии. Но, учитывая направительный диагноз, я все же произвел прямую ларингоскопию и убедился в правильности своего диагноза. Отправить ребенка в инфекционную больницу не удалось, ибо через 25–30 минут после окончания указанной диагностической процедуры он скончался.

Вернувшись к сестре, у которой я жил целый год, я не мог заснуть из-за состояния тревоги, поскольку небольшие сомнения

были. На вскрытии диагноз был подтвержден. Во время аутопсии я впервые увидел слепок из налета, который повторял трахеобронхиальное дерево и “вареное” сердце. Такая картина поражения респираторного тракта и сердечной мышцы, обусловленная дифтерийным миокардитом, к моему счастью, больше не встретилась.

Вот так мне досталось в первые сутки моей новой работы – волнения, тревоги и бессонница.

В последующем я вошел в коллектив и со многими из врачей, а также коллегами из других кафедр института у меня сложились не только хорошие, но даже дружеские отношения. Я много оперировал.

Появилось желание остаться на этой должности. Так, по видимому, бы и случилось, если бы я получил квартиру и смог бы перевезти семью. Но однажды случился эпизод, который разрушил этот план. Иногда с разрешения Станислава Казимировича я вылетал на субботу и воскресенье в Ташкент, где жили мои родители, жена и сын. Однажды я занял место в самолете и вдруг в него вошел ректор института Хаитов. Он увидел меня, поздоровался и спросил, кто разрешил мне вылет в Ташкент. Я ответил, что С.К. Ченгери. Он ничего не сказал и прошел в передний салон самолета.

Когда я вернулся из Ташкента, то узнал от председателя месткома, с которым я работал еще в Беговате, что моя первая очередь на получение квартиры была перенесена на 8 или 10. Этот ее перенос был мотивирован ректором на заседании месткома тем, что я от него не получил разрешение на поездку.

С таким решением я смириться не мог и начал посылать свои документы в некоторые медицинские институты на замещение вакантных должностей. Из Астрахани, Ижевска, Воронежа они вернулись с отказом, а из Читы – нет. По окончании летних каникул я вернулся в Самарканд. 3 сентября мне позвонил отец и сообщил, что я избран заведующим кафедрой отоларингологии Читинского медицинского института. Я сразу же приступил к процедуре увольнения. После энергичного сопротивления администрации все закончилось освобождением меня от занимаемой должности. После этого я вернулся в Ташкент и почти сразу вылетел в Читу.

Первую ночь в этом городе я провел в гостинице “Забайкалье”, а утром отправился в институт. Меня приветливо принял ректор, профессор Юрий Михайлович Герусов. Он побеседовал со мной, позвонил на ЛОР кафедру, предупредил о моем приезде временно исполняющую функции заведующего Металину Гурьевну Ильину. Далее он попросил ее познакомить меня с Читой и кафедрой, представить меня сотрудникам и ввести в курс дела. Одновременно он вызвал коменданта общежития Мироша Гаспаряна, моего будущего клинического ординатора, и велел ему выделить комнату для моего проживания и доставить меня на кафедру.

Беседа наша с Металиной Гурьевной была деловой, но не без случайно родившегося юмора. Во время нашего общения я спросил:

– Неужели я один участвовал в конкурсе на замещение должности заведующего кафедрой?

– Нет, не один. Было три человека. Один из них 60-летний профессор, другие двое кандидаты медицинских наук 1925 и 1929 года рождения. Профессор и молокосос не прошли, – ответила она.

Я, поняв суть ответа, рассмеялся. Она, разумеется, спросила меня, почему я смеюсь.

– Молокосос – это я.

Она покраснела и разволновалась. Я ее с трудом успокоил и сказал ей:

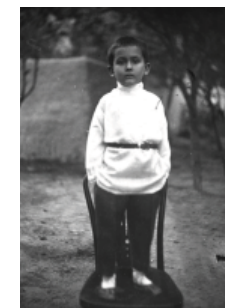
– Это комплимент и большое спасибо за такое лестное для меня определение.

А ведь действительно вступление на эту должность произошло через 11 лет после окончания института. Это в какой-то степени удивительно. Но к этому времени я уже был кандидатом медицинских наук. У меня уже был достаточный практический опыт работы в специальности. Я был автором 35 статей, большая часть которых была опубликована в центральной печати (“Вестник оториноларингологии”, “Журнал ушных, носовых и горловых болезней”). Половина из них имела прикладное значение и в какой-то степени отражала уровень моей работы как отоларинголога.

Я думаю, что именно эти показатели и явились причиной моего избрания на указанную должность.



**Отец
Арон Михайлович**



В детстве



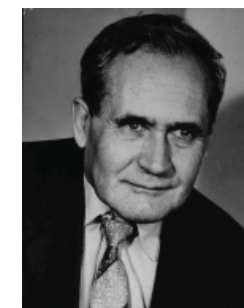
**С профессором
К.Д. Миразизовым**



**Сестра
Изабелла**



**Жена
Лола Насрединовна**



Георгий Аронович



Сын Миша



Сын Дима



**Жена с внуками
Лолочкой и Артуром**



С друзьями на экскурсии в Германии



В перерыве между заседаниями на Годичном собрании МАО – ХГШ



В Антверпене. Президент МАО – ХГШ проф. М.С. Плужников, директор НИИ оториноларингологии проф. Д.И. Заболотный, профессор-отоларинголог из Анкары (Турция)



Профессор М.С. Плужников



ФПК. Коллектив и слушатели с сотрудниками кафедры ЛОР-болезней ЦНУ, возглавляемой проф. Н.И. Потаповым



Коллектив поликлиники КГМИ



С сотрудниками и слушателями ФУВ

1.2. Годы совершенствования, творческого поиска и находок

И, вспоминая разом все года –
Для сердца это не проблема,
Скажу: желание труда –
Вот вашей жизни смысл, эмблема.

Проф. Д.И. Даренский ¹

С сентября 1964 г. начался мой более чем 12-летний период работы на кафедре оториноларингологии Читинского медицинского института.

Получив свободу, ранее ограниченную в каких-то пределах кафедральным руководством, я начал активно работать. В это время моя жадность к труду в хорошем смысле этого слова не имела границ. Этот стиль работы был поддержан коллективом кафедры: Л.А. Коленниковой, М.Г. Ильиной, Р.П. Свирским, А.К. Ярославцевым, Э.М. Чехониной, В.И. Егоровым, М. Гаспаряном и др.

Кафедра располагалась на базе ЛОР-отделения Читинской областной больницы, успешно возглавляемой легендарным врачом Василием Аркадьевичем Каханским. Занимала она третий этаж здания, построенного еще до революции золотопромышленником из красного кирпича, причем добротно. На отведенном для клиники этаже располагались операционная, маленький кабинет для заведующего кафедрой, ординаторская с ассистентской, учебная комната и палаты, в которых размещалось до 40 кроватей. Кроме того, две учебных комнаты находились в поликлинике. На их стенах вскоре разместились демонстрационные учебные плакаты, муляжи и заключенные в формалине препараты собственного операционного материала.

Расположение учебных комнат в поликлинике Областной больницы позволяло большую часть времени на практических занятиях проводить в условиях настоящего амбулаторного приема, причем педагогами, подготовленными для этой работы. Поэтому неудивительно, что студенты на них обучались с увлечением и уходили с кафедры с тем набором знаний, который был необходим для оказания помощи ЛОР-больным.

Уровень лечебной работы в отделении клиники, который я застал, был обычный для того времени. В хирургическом плане

¹ Посвящение к 80-летию юбилею проф. Гончаровой, описавшей более двух десятков ею открытых видов гамазовых клещей.

он был ограничен в основном набором операций для лечения хронического тонзиллита, заболеваний полости носа и уха (обшечполостная операция), а также достаточно квалифицированным объемом оказания консервативной помощи при кохлеовестибулярной патологии и некоторых других заболеваниях.

Уровень оказания ЛОР медицинской помощи, оставшийся в наследство от первого и второго заведующих кафедрой – профессора С.С. Гробштейна и доцента Золотовой, хотя по тому времени и признавался достаточным, меня не удовлетворял. Поэтому с самого начала моей работы и затем на протяжении всего последующего времени я стремился его повысить. Этому в немалой степени способствовало мое и сотрудников клиники включение в научно-исследовательскую работу, имеющую прикладное значение. Такой подход к решению задач, обусловленных трудностями, со временем оказался достаточно продуктивным. Вначале это было связано со своеобразной региональной характеристикой инородных тел Забайкалья и неблагоприятным течением ран после Р.О., обусловленным внутрибольничной инфекцией, а затем с расширением объема оказания помощи, в частности, с внедрением в практическую работу лечения пациентов, нуждающихся в слухоулучшающем и слухосохраняющем хирургическом пособии, с наличием онкологических больных, детей с острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом, поступающих с химической травмой пищевода и тяжелой гнойной патологией (отогенные и риногенные внутричерепные и внутриглазные осложнения, флегмоны шеи и воспалительные заболевания, сопровождающиеся сепсисом).

Такое расширение оказания терапевтической помощи со стремлением облегчить послеоперационный период и послужило основанием для выбора научно-прикладных тем. В их разработку включился весь коллектив.

Я перечислю среди них основные:

- Кедровый орех как инородное тело дыхательных путей (Л.А. Коленникова).
- *Pseudomonas aeruginosa* (палочка сине-зеленого гноя) как внутрибольничная инфекция, усугубляющая течение раневого процесса в полости после радикальной операции уха (Т.Н. Судакова).
- Гистотопография рака гортани в зависимости от его первичной локализации и распространенности (Т.К. Байкова).

- Общая и местная димедролотерапия для облегчения состояния больных и улучшения заживления ран после тонзиллэктомии (Р.П. Свирский).
- Усовершенствование лекарственной терапии химической травмы пищевода (А.К. Ярославцев).
- Медикаментозная лекарственно-кислородная продленная аэрозольтерапия к повышению эффективности лечения детей со стенозирующим ларинготрахеобронхитом (Л.Н. Фейгина).
- Состояние венозного кровотока и его варианты после иссечения клетчатки шеи, содержащей метастазы рака гортани в лимфоузлы шеи (Э.М. Чехонина).
- Передне-боковая резекция гортани в модифицированном варианте, ее преимущества и эффективность (И.А. Рожинская).
- Мероприятия к облегчению послеоперационного периода больных, перенесших горизонтальную резекцию гортани (В.И. Егоров).
- Исследование активности некоторых ферментов по отношению к холестеатоме с изучением поставленной задачи с помощью бумажной хроматографии свободных аминокислот и простейших пептидов (В.В. Володкевич).

Именно по этим темам под моим руководством были выполнены диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. В их разработке помимо сотрудников ЛОР-клиники приняли участие ассистенты кафедр микробиологии (Т.Н. Судакова) и патологической анатомии (Т.К. Байкова).

Выбор перечисленных тем был не случаен. Он был продиктован необходимостью решения проблем, связанных с расширением диапазона хирургической и консервативной терапии, а также преодоления трудностей и осложнений, которые сопутствовали нашей повседневной работе. Не останавливаясь на всех перечисленных темах, поскольку большинство из них будут фрагментами данного издания с более широким их содержанием и обсуждением. Тем не менее, позволю себе привести несколько примеров.

Когда я начал оперировать в ЛОР-клинике Читинского медицинского института, после Р.О. уха для ускорения эпидермизации полости я использовал пересадку кожи по Янович-Чайнскому, предложенную Ю.Д. Василенко, и встретился с необычным для меня послеоперационным течением раневого процесса. Первые 8–10 дней не вызывали беспокойства. Кость в послеоперационной

ране покрывалась ровным слоем грануляций. Пересаженные кусочки приобретали розовый цвет и по этому показателю казались прижившимися. Но, начиная с 10–11-го дня, они становились белыми и в течение нескольких дней отторгались. Грануляции набухали, становились бледными, увеличивались в размере и вся полость заполнялась гноем с едва уловимым парфюмерным запахом. На промокшей им повязке по периметру появлялся нежный ободок зеленовато-синеватого цвета. Эти изменения не сопровождалось выраженным воспалением. Гнойный процесс приобретал торпидное течение. Избавиться от него с помощью принятых для лечения капель с использованием самых мощных антибактериальных препаратов того времени не позволяло добиться прекращения гнойного процесса в оперированном ухе.

При этом описанный вариант послеоперационного течения полости повторялся практически во всех случаях. Разумеется, такое его постоянство не могло расцениваться как случайное. Оно, без всякого сомнения, было закономерным и было связано с внутрибольничной инфекцией, “знакомой” со всеми средствами антимикробной терапии. Кстати, не помогало нам избавиться от микроба, осложняющего такое заживление ран, даже заполнение послеоперационной полости йодом.

Учитывая это, я обратился за помощью к заведующему кафедрой микробиологии доценту Паевскому, чтобы он поручил одному из своих сотрудников заняться решением этой микробиологической задачи. Выполнение этого исследования он поручил своему ассистенту Тамаре Николаевне Судаковой.

Уже первые бактериологические исследования позволили ей идентифицировать представителя внутрибольничной инфекции. Им оказалась синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*). Ею он был изучен в чистой культуре. Оказалось, что по отношению к большинству антимикробных препаратов того времени этот выделенный представитель микромира, за исключением аминогликозида – неомидина, был устойчив.

Однако использование неомидина в виде капель и его инъекций не давало результата, даже после промывания полости физиологическим раствором или раствором фурациллина. Это навело нас на мысль, что изучаемый внутрибольничный возбудитель обладает способностью защищаться. В это время, кстати, ординатор нашей клиники В.В. Володкевич проводил очень

интересные исследования по ферментативному воздействию на холестеатому. Он изучал содержание свободных аминокислот и простейших пептидов до и после воздействия на холестеатому липазы, трипсина, химопсина, хемотрипсина, гиалуронидазы и ронидазы. Оказалось, что после контакта названных ферментов с холестеатомой увеличивается содержание свободных аминокислот и простейших пептидов только при ее контакте с четырьмя первыми, обладающими протеолитическим действием.

Это натолкнуло нас на мысль, что *Pseudomonas aeruginosa*, возможно, обладает способностью продуцировать защитную оболочку, которая препятствует контакту между лекарственным средством и названным микробом, что позволяет ему защищаться и сохранять по этой причине жизнеспособность. Базируясь на таком рассуждении, мы стали, перед тем как использовать неомидиновые капли в полость после Р.О., на 25–30 мин вводить один из протеолитических ферментов. И, о чудо! После этого капли с неомидином стали эффективными.

В процессе этой работы перед нами возникла не менее важная задача освободить клинику от внутрибольничной инфекции. Она оказалась довольно сложной, но решаемой. Для достижения этой цели были использованы, причем неоднократно, дезинфекции, ежедневное кварцевое облучение помещений клиники. А стиль работы перевязочной был перенесен и в смотровую. Со стерильного стола в маленьких почкообразных тазиках выдавался набор инструментов только по заказу, и после его использования он сразу же опускался в дезинфицирующий раствор.

Эти строгие меры только через несколько месяцев позволили нам освободиться от указанной внутрибольничной инфекции.

Таким образом, нами была описана клиническая картина неблагоприятного течения послеоперационного периода в связи с внутрибольничной инфекцией, способ борьбы с ней и меры по ее ликвидации.

А у меня, благодаря этой работе Т.Н. Судаковой, былработан охранительный рефлекс, который достаточно надежно предупреждал попадание внутрибольничной инфекции в послеоперационную рану в ухо. Он сводился к тому, что после удаления первого тампона, введенного во время операции, никаких манипуляций, кроме абсолютно обязательных в ухо после Р.О. и тимпаноластики не проводить, а использовать только капли.

Другой вариант “рождения” темы для исследования обусловлен, так же как и предыдущий, отсутствием достаточной информации по частной проблеме.

Известно, что в Сибири, где растет кедр, добыча кедровых орешков является одним из промыслов, приносящих доход местному населению. Его использование в качестве лакомства и в других целях может иногда оказаться роковым. Это имеет отношение прежде всего к детям. Они могут аспирировать целый кедровый орех или его скорлупу. Момент аспирации такого рода инородных тел сопровождается приступом кашля и удушья. Эта анамнестическая информация, если аспирация произошла в присутствии взрослых или детей, которые могут рассказать об этом событии, помогает врачу поставить диагноз и принять необходимые меры. А если в это время пострадавшего окружали только дети, то описанный первоначальный симптом не всегда становится известным врачу. Чаще так бывает, когда ребенок аспирирует скорлупу кедрового ореха, которая отличается разнообразием размеров и форм. В таких случаях диагностика запаздывает и становится в какой-то мере доступной по мере развития проявлений, связанных с воспалением.

Учитывая отмеченное, я вместе с Лидией Александровной Коленниковой решил избрать соответствующую тему для клинического и экспериментального исследования. Что касается материала, то в нашей клинике он уже был достаточным. Кроме того, в течение нескольких лет он сравнительно быстро дополнялся новыми наблюдениями. А вот экспериментальной модели, с помощью которой можно было бы изучить динамику патоморфологических изменений со стороны респираторного тракта и легких, не было. Приступая к ее получению, мы представляли, что они, скорее всего, имеют общепризнанные особенности. Тем не менее, в этом, как нам казалось, необходимо было убедиться.

Работа по созданию такой модели оказалась не простой. У таких животных, как собаки, кошки, кролики и др., удерживать инородное тело в трахеобронхиальном дереве оказалось проблемой. Их запирающий рефлекс оказался не таким надежным, как у человека. Поэтому через несколько минут, а иногда и часов животные откашливают инородное тело. У собак это происходило быстро, а у кроликов – через более продолжительное время, но тоже в течение первых полусуток, через которые мы не могли найти инородное тело в дыхательных путях у всех животных, которым

его вводили под наркозом. Поэтому пришлось использовать фиксирующее приспособление, с помощью которого удалось, наконец, создать на кроликах нужную нам модель с целым кедровым орехом и его скорлупой, имеющей различные формы, размер и локализацию. Некоторые из них были с наличием фрагментов зернышка. Последнее, как нам казалось, было необходимо, чтобы изучить, нет ли каких-то особенностей, которые были отличительными и регистрировались только в присутствии химических ингредиентов, содержащихся не в скорлупе, а плоде кедрового ореха.

Эта модель и наши клинические наблюдения позволили изучить клинику и патоморфологию инородного тела дыхательных путей, характерного для Забайкалья, на основе полученных данных подготовить диссертацию, которая была выполнена первой под моим руководством, а впоследствии написать и издать книжку “Кедровый орех и его скорлупа, как инородное тело дыхательных путей”.

Работая в ЛОР-клинике ЧГМИ и помня визит в Ташкент С. Розена (США), знакомясь с успехами в области слухоулучшающей хирургии (Ши, Вульштейн, Цольнер и др.), а также с такими отечественными отоларингологами (Н.А. Преображенский, С.Н. Хечинашвили, В.Ф. Никитина, О.К. Потякина-Федорова и др.), я загорелся желанием заняться слухоулучшающей хирургией уха. Но для реализации этой мечты необходимо было оснастить клинику операционным микроскопом и набором инструментов для осуществления микрохирургических манипуляций. Все мои попытки получить микроскоп официальным путем не увенчались успехом. И в его приобретении помог случай. В результате ЛОР-отделение Читинской областной больницы – база кафедры стало обладателем операционного микроскопа.

А произошло это так. Я находился в Москве и знакомился с удивительным мастерством Валентины Федоровны Никитиной и Ольги Кирилловны Потякиной, великолепных микрохирургов уха. Между делами я как-то рассказал Борису Николаевичу Невскому о том, что никак не могу получить операционный микроскоп. Он мне сказал, что эту задачу можно решить. Для этого нужно обратиться к Борису Сергеевичу Преображенскому, который в то время распределял отоларингологическую аппаратуру, в том числе и операционные микроскопы. Дал мне номер его телефона и сказал, чтобы я попросил назначить мне встречу. Я позвонил ему и он действительно назначил день и время, когда я смогу его посетить.

К указанному времени я приехал в 1-ю Градскую больницу, где в отдельном здании располагалась клиника. Швейцар, предупрежденный о моем приходе, пропустил меня, сказав, что кабинет Бориса Сергеевича находится на последнем этаже и он меня ждет. Перед кабинетом меня встретила сотрудница-доктор и предупредила, что с ним нужно говорить громко, и ввела меня в кабинет. Кабинет Бориса Сергеевича был небольшой. В нем стоял письменный стол, за которым находилось его кресло, перед столом было мало пространства, где располагались стулья для посетителей. Я был впервые в непосредственной близости с человеком, который для всех отоларингологов того времени был непререкаемым и глубокоуважаемым лидером. Он вышел из-за стола, пожал мне руку и пригласил сесть.

Меня поразили его внешний вид и характер общения. Он был высок и невероятно красив, несмотря на свой возраст, приближающийся к 80. Первое, что содержалось в его беседе – это информация о трудностях обеспечения ЛОР-инструментарием и аппаратурой, а также целый ряд забот, которые его как главного отоларинголога Минздрава СССР беспокоили. Затем он спросил меня, по поводу какой проблемы я решил обратиться к нему. Я ответил, что все многочисленные попытки получить официальным путем операционный микроскоп не увенчались успехом. Поэтому я прошу помочь нам. Он дал обещание и менее чем через год мы получили микроскоп и начали заниматься слухоулучшающей хирургией, однако после предварительной многократной тренировки на височных костях, фиксированных в тисках.

В клинике Читинского медицинского института, а затем и Кыргызского медицинского института в течение десятков лет я производил поршневую стапедопластику при отосклерозе и занимался тимпанопластикой.

Память запечатлела воспоминания о замечательных специалистах того времени, в частности, об академике Б.С. Преображенском, который мне помог приобрести операционный микроскоп, или о В.Ф. Никитиной, О.К. Потякиной-Федоровой, у которых я познал возможности слухоулучшающей хирургии. Удивительное мастерство по выполнению стапедопластики было присуще Валентине Федоровне. Этот удивительный мастер достиг в этой области, по всей вероятности, недостижимой высоты. Она формировала протез стремени из аутохряща ушной раковины, помещала

его между лентикулярным отростком и отверстием в основании стремени, закрытом венозным лоскутом и фиксировала протез надхрящницей, который сохраняла у сформированного его стремени и заворачивала им лентикулярный отросток. Все это она делала только под микроскопом, самым щадящим образом и добивалась улучшения слуха до предельно возможного уровня.

Ее работа была удивительна, и ее мастерство можно сравнить с мастерством героя Лескова, который смог подковать блоху!

При расширенном варианте оказания помощи наше помещение на 3-м этаже стало нам тесным и не позволяло реализовать наши терапевтические возможности. Приблизительно через 4 года после начала работы коллектива клиники под моим руководством было закончено строительство хирургического корпуса. Из нашего в освободившееся здание были переведены глазная и урологическая клиники, которые занимали соответственно второй и первый этажи нашего корпуса. В результате этого наш коллектив получил всё, хотя и небольшое, но очень качественное здание целиком. В нем на третьем и втором этажах мы разместили отделения, соответственно мужское и женское. А на первом этаже оформили конференц-зал, учебную комнату, кабинеты для ассистентов, ординаторов и дежурного врача, а также лабораторию для проведения научных работ. Здесь же мы разместили и архив клиники, что было особенно удобно для сотрудников, занятых научной работой и составлением отчетов по проделанной работе.

Особой гордостью нашей клиники было наличие полубоксированных палат в женском отделении. Помимо полубоксов в нем для детей с острым стенозирующим ларинготрахеобронхитом были оборудованы две камеры для проведения продленных аэрозоль-кислородных лекарственных ингаляций. В сочетании с разработанной нами комплексной терапией этих состояний мы достаточно эффективно начали лечить детей со стенозирующим ларинготрахеобронхитом. Такая терапия позволила нам избавлять детей от стеноза, продленной интубации и трахеостомии. Иными словами, реализовать давнишнюю мечту многих – осуществлять “лекарственную трахеостомию”.

Это наше достижение, а также работа, имеющая отношение к ЛОР онкологии, лечению паралитических и рубцовых стенозов гортани и шейного отдела трахеи, химической травмы пищевода,

по разработке надежной эмпирической антимикробной и патогенетической терапий, которые были внедрены в нашу практическую работу и используются до настоящего времени в некоторых модификациях, в том числе в ЛОР-отделении Национального госпиталя при Минздраве Кыргызстана, были первоначально заложены и отработаны в ЛОР-отделении Читинской областной больницы.

Накопленный нами материал позволил отработать и защитить кандидатские диссертации всем сотрудникам кафедры. Кроме того, заслушав апробацию докторской диссертации одного из ведущих терапевтов Читы Павла Даниловича Рабиновича и сравнив его клинический материал с моим, я понял, что мой не только не уступает, но и более богат и содержателен и, что особенно важно, имеет прикладное значение и применен в клинике. Это послужило основанием написать диссертацию доктора медицинских наук, представить к защите и защитить ее в 1971 г.

Нужно сказать, что в этот период времени, что периодически делалось и ранее, требования ВАКа были существенно повышены. При этом какими критериями руководствовались члены названной комиссии, когда выносились судьбоносные решения для исполнителей диссертационных работ, не всегда можно было понять. Опыт показывает, что они, причем не так уж редко, были несправедливыми. Мне, в частности, в экспертной комиссии пришлось побывать дважды: после первой и второй защиты, соответственно, кандидатской и докторской.

На первом заседании ВАКа, куда я был вызван через год после защиты, член-корреспондент МАН, профессор Андрей Гаврилович Лихачев, задал мне единственный вопрос:

– Какое значение имеют для практической работы оториноларинголога Ваши исследования по содержанию белков и аминокислот в крови и спинномозговой жидкости?

– Дифференциально-диагностическое, например, при необходимости отличить негнойный энцефалит от гнойного, т.е. от абсцесса, по содержанию свободных аминокислот в ликворе, – ответил я.

После этого он сделал предложение утвердить представленный диссертационный труд. В результате было принято позитивное решение. Других вопросов мне не задавали и стало понятно, что замечание, на которое мне пришлось отвечать, было сделано “черным оппонентом”. Он либо не познакомился не только с со-

держанием диссертации, но и ее авторефератом, где указанное значение нашло отражение, либо по какой-то другой причине, о которой можно только догадываться, но не более. Андрей Гаврилович Лихачев к этому вопросу, как я понял, никакого отношения не имел. Он заведовал кафедрой ЛОР-болезней 1-го Московского мединститута и был почитаем отоларингологами не только как специалист, но и как человек, отличающийся мужеством и чистотой своего поведения, в чем можно было убедиться на Всероссийском съезде отоларингологов, который проходил, если память мне не изменяет, в Волгограде в 1962 г.

На этом съезде Борис Сергеевич Преображенский оказался через несколько лет после освобождения. Он вместе с Я.С. Темкиным и А.И. Фельдманом вместе с группой ведущих профессоров-евреев был обвинен по доносу в измене Родине и в лечении, преследующем цель умертвить руководителей партии и правительства. Это абсурдное обвинение, угрожающее им жестокой расправой, было снято после смерти И.В. Сталина в 1953 г.

На упомянутом съезде Борис Сергеевич с удивительной теплотой общался с Андреем Гавриловичем Лихачевым и в то же время был враждебно настроен к Валентину Кузьмичу Трутневу. Во время выборов Правления Всероссийского общества отоларингологов Борис Сергеевич сделал все, чтобы В.К. Трутнев и его зять И.И. Щербатов не прошли в правление. По числу голосов они оказались последними. Объяснений этому факту было несколько. Но представить какой-нибудь из них как достоверный не было оснований. Поэтому помня афоризм Геродота (историк, 490–425 гг. до н.э.): “Клевета ужасна, потому что жертвой ее несправедливости является один, а творят эту несправедливость двое: тот, кто распространяет клевету, и тот, кто ей верит”, мы все же не могли исключить, что такое различие в отношениях к ним было связано с вышеуказанным событием, во время которого Андрей Гаврилович и Валентин Кузьмич вели себя по-разному.

Это в какой-то мере подтверждалось и другим. После избрания председателем общества Бориса Сергеевича он совершенно открыто сказал, что составом правления он удовлетворен и надеется, что оно будет успешно работать без “трутней и щербинок”. В тот момент, когда он это произнес, в зал вошел Семен Николаевич Хечинашвили и сказал своему ученику, удивленному результатам выборов:

– “Кого надо, того и убили”.

Второй раз я получил приглашение прибыть на заседание ВАКа в 1975 г., т.е. почти через 5 лет неизвестности после защиты докторской диссертации. Все мои попытки узнать о ее судьбе от инспекторов, ведущих дела, наткнулись на холодный ответ – Ваша диссертация в работе. Узнать от лиц, которые были вхожи в ВАК, о причине такой задержки было сложно, объяснения были неоднозначными. Один из них сказал: “Нужно было изменить отчество, тогда все пошло бы быстрее”. На это я ответил: “Я очень люблю своего отца, никогда не поступлю так, как вы рекомендуете, и, если понадобится, я напишу другую диссертацию, но добьюсь поставленной цели”.

Более того, некоторые из них, как оказалось, “водили меня за нос”. Один из них, не хочу его оскорблять, хотя он заслужил это, прислал мне телеграмму после того, как у меня на руках уже был диплом доктора со следующим условным содержанием: “Больной еще находится на консультации”. Каково!

На заседание ВАКа я был приглашен третьим. До меня этой “процедуре” были подвергнуты двое представивших докторские диссертации: один отоларинголог и одна онкогинеколог из Минска. Я не был знаком с содержанием их диссертаций. Но их экспертная комиссия обсуждала долго, приблизительно по 30–40 минут, и не утвердила их в искомой степени. Причем онкогинеколог уже до вызова была уверена в таком результате, поскольку ее представления по обсуждаемому вопросу не импонировали одному из членов ВАКа.

Со мной беседовали минуты 3–5. Среди узанных мною были председатель – хирург Савельев и два отоларинголога. Один из них Николай Александрович Преображенский, второй – Владимир Тимофеевич Пальчун.

Председатель сказал, что есть одно замечание по содержанию работы:

– Культуральные методы идентификации бактерий сегодня, как выразился рецензент, не могут быть приняты, лучше эту задачу решать с помощью серологических.

– Это замечание справедливо, – ответил я.

– Тогда о чем говорить, – сказал он.

Я попросил разъяснить – мне разрешили: За несколько месяцев до этого увидел свет капитальный труд “Бактериологиче-

ская диагностика заболеваний”. В ней раздел стафилококковой инфекции написан ведущими специалистами в этой области – академиком Выгодчиковым и профессором Лемперт. Они утверждают, что культуральный вариант идентификации названных бактерий имеет все права и относится к числу достоверных.

После этого председатель перестал задавать вопросы, сказав, что он удовлетворен ответом и попросил проголосовать. Оно было единогласным, и мне сообщили, что я утвержден в искомой научной степени.

Мне трудно вспоминать об этом почти пятилетнем периоде жизни. Он, без сомнения, был стрессовым и, безусловно, в какой-то мере сказался на моем здоровье. Остался довольно неприятный осадок. Post factum, спустя годы я узнал, что моим “черным оппонентом” был профессор Фотин, который заведовал кафедрой ЛОР в МОНИИКИ. Он дал положительный отзыв и сказал, что работа очень интересная, но имеет один недостаток – она тяжелая и читать лежа ее трудно. А вот другой оппонент, по всей вероятности, специалист по базовым дисциплинам, вопрос которого был озвучен и был не только неадекватен, но и ошибочным, мелочным, поскольку имел отношение не к ведущему фрагменту работы. В дальнейшем я нередко встречался с таким отношением, в том числе и к моим ученикам. Они, разумеется, по тяжести были не такими и задавались не на заседании ВАК. Но все же выводили соискателя из равновесия. Все это, как мне кажется, иногда является результатом неоправданных амбиций и нежеланием познакомиться с представленным для оценки трудом, что в результате могло проявляться безобразным отношением к человеку.

К счастью, оно встречается относительно редко, однако регистрируется, как на уровне технических работников, так и лиц, кому доверена работа по выполнению экспертизы. Последние, разумеется, должны ее выполнять ответственно и безошибочно. К сожалению, так бывает не всегда. В результате те диссертации, которые не должны получить одобрение, проходят, а наоборот, хорошие – не проходят или утверждаются после соответствующей “эзекуции”. Ведь соискатель, вызванный на экспертную комиссию ВАКа, оказывается, разумеется, в переносном смысле, “загнанным волком”, с которым “охотники” могут расправиться или помиловать. Он, окруженный специалистами, имеющими

непререкаемый авторитет, впадает в состояние стресса, рот его пересыхает, язык начинает заплетаться и возникает частичный паралич мышления. Поскольку я находился дважды в такой ситуации, то могу это утверждать. Поэтому, без всякого сомнения, можно считать, что такой вызов должен быть только результатом объективной оценки диссертационного труда, ценность которого действительно вызывает сомнение как по качеству содержащегося в нем материала, так и по его изложению и достоверности. Но такая оценка может быть таковой, если эксперты не принимают во внимание отношение к руководителю работы, к диссертанту и учреждению, от которого оно представлено. В этом плане, без всякого сомнения, столичные соискатели оказываются в лучшем положении, нежели прибывшие с периферии.

В интересной и поучительной серии книг “Жизнь замечательных людей” авторы некоторых из них делились своими методами подготовки научных кадров, иногда оценивали качество защищенных и выполненных под их руководством работ по результатам их прохождения через ВАК.

Один из них, выдающийся московский морфолог, не буду называть его фамилию, выпустил более 50 кандидатов и докторов наук.

Его труд как руководителя сводился, как он пишет, к предоставлению темы для выполнения диссертационной работы и прикреплению ее исполнителя к доценту или опытному ассистенту, которые осуществляли ему помощь и контролировали ход его исследований. Через год после этого на кафедральной конференции он заслушивал отчетный доклад о проделанной работе исполнителя. Познакомившись таким образом с его содержанием, он подвергал труд критическому обсуждению и делал замечания, рекомендуемые для исправления и дополнения. А еще через год на следующей кафедральной конференции он еще раз заслушивал соискателя и после повторного обсуждения рекомендовал ее завершить и представить к защите. Все таким образом подготовленные диссертации быстро утверждались ВАКом без всяких замечаний.

И после этого, описывая другие методы своей работы, он сообщает, что на протяжении длительного времени был председателем экспертного совета ВАКа по морфологии.

В связи с этим его признанием хочется представить вниманию читателя анекдот, который мне рассказал Б.И. Кузник, ру-

ководитель более 100 кандидатских и докторских диссертаций, вышедших из стен Читинского медицинского института.

“Как-то заяц защитил диссертацию. Согласно его рассуждениям, выходило, что он самый сильный зверь на свете.

– Скажи, зайчик, так, может, ты и меня сильнее? – спросила лиса.

– Теоретически, лисонька, выходит, что так, а на практике надо проверить. Давай зайдем в соседнюю комнату.

Зашли, через минуту в зал заседаний вылетает шкура лисы.

– Вот это да! – Ахнули члены ученого совета. А волк спросил: Скажи, заяц, может, ты и меня сильнее?

– Теоретически да. А на практике можно проверить. Давай зайдем на минуту в соседнюю комнату. Не прошло и минуты, как в зал заседания летит шкура волка.

Еще больше поразились члены ученого совета. А медведь рыкнул: Может быть, заяц и меня сильнее?

– Теоретически, Мишенька, да, а на практике давай проверим.

На этот раз заяц и медведь задержались подольше. И все же через несколько минут удивленные члены ученого совета увидели шкуру медведя.

И тут неожиданно в зале заседания появился всклокоченный, разъяренный лев и прорычал:

– У кого еще из членов ученого совета будут вопросы к моему диссертанту?”

Диссертация на соискание степени доктора наук “К патогенезу и лечению некоторых воспалительных и деструктивных поражений уха, дыхательных путей и пищевода”, по сути дела, явилась трудом, который был не только содержательным, но программным для последующей моей клинической и поисковой работы в оториноларингологии – хирургии головы и шеи, которой я был “предан” и все последующие годы.

В конце 1976 г. я был избран на должность заведующего кафедрой ЛОР-болезней Кыргызского медицинского института.

Прощание с клиникой, ее коллективом и Читой было тяжелым. Я покидал город, к которому, несмотря на его климатические условия, попросту говоря, “приварился”. В нем я нашел “почву”, на которой удалось реализовать и воплотить в жизнь многие идеи, что позволило сформировать дееспособный и

дружный коллектив. Клиника была хорошо оборудована по тому времени и имела разумную структуру. Она позволяла оказывать необходимую терапевтическую помощь населению и осуществлять обучение студентов на высоком уровне. В ней стали выполняться слухосохраняющие и слухоулучшающие операции на ухе, хирургические вмешательства по поводу онкологических заболеваний ЛОР-органов с широким использованием органосохраняющих операций на гортани. Были организованы условия для эффективной терапии острых стенозирующих ларинготрахеитов у детей. Внедрена в жизнь бесканюльная трахеостомия взамен канюльной, отработаны и апробированы рациональные варианты антибактериальной и патогенетической терапии, в том числе проводимые по принципу терапевтического максимализма. Это позволило значительно улучшить результаты лечения крайне тяжелых заболеваний и расширить диапазон оказания хирургической помощи.

И все это нужно было оставить, но слава Богу! моим ученикам, что в какой-то степени облегчало мои переживания.

Проводы были очень теплые. В душе до сих пор сохранились приятные воспоминания.

Во Фрунзе я прилетел 7 января 1977 года. 8 января я принял кафедру от ее временного руководителя доцента Мамтулахуна (Михаил Ходжаевич) Ибрагимова, который до своей смерти от инфаркта был моим другом и основным помощником. Он показал город, представил коллективу и познакомил меня с клиникой. Она находилась и находится поныне в трехэтажном здании, имеющем полуовальный, выпукло-вогнутый красивый вход, окаймленный полуколоннами, выступающими из стены. В комплексе эта постройка отражала архитектурный стиль, присущий советскому времени.

Клиника располагалась на втором этаже, в левом крыле. В ее составе были палаты для больных, небольшая операционная с маленькой предоперационной, ныне помещение столовой, перевязочная, смотровая, ординаторская, кабинеты для двух доцентов, заведующего отделением и заведующего кафедрой. При сравнении ее структуры с таковой в Чите, она явно проигрывала. И у меня, откровенно говоря, появилось желание вернуться в Читу – город, который за 12 лет стал для меня родным и который подарил мне творческий праздник. Удержало меня от это-

го поступка приятно-доброе отношение со стороны ректора и министра и знакомство с коллективом. В его составе я встретил доцентов М. Ибрагимова и А.А. Маерчика, опытных педагогов и практиков. Ассистентов, кандидатов меднаук: В.Ю. Осмонбекову, Р.И. Степанову и А.Б. Аламанову. Заведовал отделением очень опытный врач Захар Трофимович Назарук. Под его контролем была лечебная работа. Благодаря ему, в отделении, несмотря на бедность, были порядок и чистота, а врачи, входящие в его коллектив, В.Г. Бабина, Н.И. Смирнова, Л.М. Зинченко, К.Н. Новикова, З.А. Сагайдинова были эрудированными специалистами-практиками.

Этот коллектив отличали интеллигентность, грамотность, хороший климат общения. Они сохраняли добрую память по отношению к своим предыдущим руководителям – основоположнику кафедры Абраму Львовичу Брудному и Юлиану Доминиковичу Василенко.

С первым из них я был знаком заочно, по его докторской диссертации. Когда я был еще субординатором, в кабинете Сигизмунда Игнатьевича Шумского, его официального оппонента, я увидел диссертацию, больших размеров и очень толстую. Она была посвящена лечению неврита слухового нерва никотиновой кислотой и сопровождалась большим количеством аудиограмм, отражающих результативность предложенной им методики. Отработанная им схема лечения уже тогда в 1952–1953 годы была принята на вооружение в ЛОР-клинике ТашГосМИ. На протяжении многих лет она использовалась мною для лечения названного заболевания и позволяла иногда получать прирост слуха. А это для указанного заболевания хороший показатель результативности.

Ю.Д. Василенко, руководивший кафедрой после смерти А.Л. Брудного в течение 20 лет, до этого был доцентом кафедры ЛОР-болезней ТашГосМИ. С ним я не только был очень хорошо знаком, но и был соавтором в двух статьях, опубликованных в «Вестнике оториноларингологии» и ЖУНГБ. Его стиль и уровень работы мне были известны до мельчайших подробностей. Говорить о нем, не сказав о том, что он был первым в Средней Азии, кто начал выполнять операции на стремени после посещения Ташкента С. Розена, значит умолчать одно из основных его достижений. Но начать делать эти операции ему удалось без труда.

Инструменты для операций на стремени и лупа, которые С. Розен подарил И.Ю. Ласкову, были им спрятаны и не использовались. Юлиан Доминикович с трудом их получил и изготовил их дубликат на Ташкентском авиационном заводе. После этого он начал производить операции Розена, а затем и стапедопластику по Ши. Кроме того, он один из первых вместе со своей женой-онкологом в Ташкенте, а затем и во Фрунзе начали выполнять операции по поводу рака гортани.

Все это, а также хороший климат в коллективе сыграли свою роль и заставили меня отказаться от появившейся на первых порах мысли о возвращении в Читу. Кроме того, меня подкупило и явное стремление к повышению уровня профессионального мастерства в мединституте, что проявилось с самых первых встреч со стороны министра здравоохранения Владимира Арустамовича Петросяна и ректора мединститута, проф. Санджарбека Бакировича Даниярова.

Начался новый этап моей профессиональной жизни. Она, как и в Чите, хотя и не была абсолютно гладкой, тем не менее, удавалось преодолевать препятствия в улучшении структуры клиники, ее оснащении, повышении уровня и масштабов терапевтической помощи. Эта работа началась с первого дня моего вступления в должность на утренней планерке, которая в отличие от принятого была проведена в отведенном мне кабинете, площадь которого была достаточной.

Я попросил Михаила Ходжаевича и Захара Трофимовича проинформировать меня об организации работы клиники. Меня интересовали порядок занятий со студентами и обеспечения их и лекций наглядными пособиями, перечень терапевтических мероприятий, широта и уровень хирургических вмешательств, в том числе с вариантами их анестезиологического обеспечения.

После этого я рассказал коллективу о моем видении будущего с предварительным перечнем некоторых предполагаемых изменений в построении работы и широте оказания хирургической помощи. При этом я понимал, что некоторые из них могут быть восприняты с удивлением, недоверием и возражением, в основном в закрытом варианте, но иногда и озвученном. Я прекрасно понимал, что без этого не обойдется. Поэтому сразу же предупредил, что окончательное внедрение моих предложений будет определяться практикой и при условии их одобрения. Так, дей-

ствительно, и произошло. Сразу после этого в письменном виде я представил анестезиологу перечень хирургических вмешательств, которые собирался выполнять, и список требуемых вариантов их анестезиологического обеспечения. Разумеется, замечательный и опытный специалист Алла Ивановна Шевчук, поскольку представленный перечень оказался непривычным для объема работы клиники, показала его Захару Трофимовичу. Впоследствии я узнал, что он вызвал у них сомнение и предположение, не являюсь ли я “Ицекком”? Иными словами, хвастуном, как ложно принято считать, иногда свойственно представителям моей национальности. В скором времени эти сомнения развеялись и Алла Ивановна перешла на постоянную работу в нашу клинику.

А потребность в ее повседневной работе в нашем отделении оказалась очевидной. Это было связано с внедрением в повседневную практику масштабных операций на гортани, верхней челюсти, а также при обширных гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛЮ и шеи и с широким внедрением интубационного наркоза в детскую ЛОР-хирургию. Последнее первоначально встретило в коллективе легкое сопротивление, например, в связи с проведением адено- и аденотонзиллотомии у детей. Из Читы я привез специальный шпатель. Продемонстрировал, как им следует пользоваться при выполнении адено- и аденотонзиллотомии под интубационным наркозом. И после того как ассистентами и ординаторами поднаркозная адено- и аденотонзиллотомия были впервые выполнены, они категорически отказались выполнять эти операции, образно говоря, под “крикаином”.

Постепенно в работу клиники были внедрены большая часть разработок, которые использовались для лечения в ЛОР-клинике Читинского мединститута. Разумеется, в основном те, которые не требовали дополнительного оборудования. Среди них можно назвать стапедо- и тимпанопластику, бесканальную трахеостомию, органосохраняющие и органудаляющие операции на гортани, в том числе выполняемые по радикальной хирургической программе, вмешательства по поводу флегмоны шеи с коллярной медиастинотомией, гнойно-воспалительных заболеваний глазницы и т.д.

Все это существенно оживило работу клиники и со временем обусловило рост интереса сотрудников не только к освоению практических навыков, но и к исследовательской работе. Среди таковых оказались М.М. Кадыров, Т.А. Изаева, Ж.С. Сулайманов

и др. Этот список со временем постоянно пополнялся, что позволяло продолжать изучение вопросов, в решении которых я заинтересовал коллектив. И эта работа, как в ближайшее, так и в более отдаленное время, начала давать “плоды”. Вскоре были выполнены и защищены несколько кандидатских диссертаций. У М.М. Кадырова эта работа осветила роль бесканюльной трахеостомы в органосохраняющей хирургии рака гортани. Т.А. Изаева в своей диссертации описала достоинства передне-боковой резекции в нашей модификации и ее результативность. Ж.С. Сулайманов отразил эффективность аутоампонады кивательной мышцей раневого ложа после фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи, обеспечивающей гладкое заживление раны. В его же работе была описана методика внутриоперационного вмешательства, направленная на ликвидацию лимфореи при травмах грудного протока. М. Джемуратов посвятил свою работу ретроградному лимфооттоку при наличии метастазов рака в ангулярной группе лимфоузлов и доказал, что такая особенность приводит к поражению группы лимфоузлов, локализующихся в шилососцевидной области, частично прикрытой углом нижней челюсти. Эти данные, наряду с изучением названного топографо-анатомического региона позволили нам дополнить особенности выполнения операции по устранению метастатического процесса на шее, отличающейся абластической надежностью. Важной, с практической точки зрения, оказалась работа К.К. Джунушалиева, посвященная вариантам хирургических вмешательств при лечении местнораспространенного рака гортаноглотки. Очень интересным оказалось исследование нашего анестезиолога А.И. Шевчук, где рассматривались варианты и особенности анестезиологического обеспечения вмешательств в большой хирургии рака гортани.

Все эти работы имели практическую направленность и оказали позитивное влияние на уровень ЛОР-помощи населению. Именно в этом их основная ценность и показатель объективной направленности в решении актуальных вопросов, формируемых запросами практики. Эта тенденция в выполнении исследований такого рода продолжалась и далее.

Среди подобных работ, например, можно назвать работу А.А. Байбориевой. В ее исследовании отразились наши достижения в патогенетическом лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями орбиты. М.А. Нуралиев поды-

тожил наш опыт использования стойкой бесканюльной трахеостомии при гнойно-воспалительной патологии респираторного тракта, в том числе с обструкцией, обуславливающей стеноз на различных его уровнях. Б.Д. Шалабаев и Г.О. Миненков своими диссертациями дополнили представления, имеющие отношение к КТ-семиотике и дифференциальной диагностике объемных образований верхней челюсти, и обосновали ее значение в планировании и выполнении хирургических вмешательств при доброкачественных и злокачественных новообразованиях указанной локализации. При этом в работе Б.Д. Шалабаева нашли отражение некоторые наши изобретения, в частности, методика закрытия дефекта на основании черепа с помощью слизистой оболочки носовой перегородки противоположной стороны.

Научный труд коллектива украсили и две докторские диссертации, которые были защищены К.К. Джунушалиевым и Ж.С. Сулаймановым. Работа первого была посвящена хирургическому лечению рака гортани и гортаноглотки и содержала оригинальные фрагменты, в которых нашли отражение новые предложения, позволяющие расширить возможности ушивания глотки наглухо после ларингэктомии с резекцией части глотки. А работа Ж.С. Сулайманова была вообще по замыслу новой, поскольку была посвящена органосохраняющей и реконструктивной хирургии шейного отдела трахеи, первый раздел которой (органосохраняющий) до его исследования в литературе вообще не рассматривался.

Рамки данной книги не позволяют останавливаться на характеристике всех работ, выполненных в течение более чем 30 лет моей работы в ЛОР-клинике КГМИ. Тем более, что основные из них будут освещены в последующих разделах представленного издания. И, тем не менее, хочу обратить внимание на то, что меня особенно радует внедрение в практику работ, имеющих отношение к лечению тяжелых состояний, обоснованных этиопатогенетическими представлениями.

Однако подводя итоги, позволяющие оценить проделанную нами работу, не могу не сказать, что не все задуманное было сделано.

Мне не удалось, в частности, внедрить в работу городских и инфекционных больниц нашей республики лечение острых стенозирующих ларинготрахеобронхитов и других заболеваний

респираторного тракта и легких методом продленной нормобарической лекарственно-кислородной аэрозольтерапии. И это, несмотря на мою инициативу, заключающуюся в организационной помощи и предложению воспользоваться изготовленными нами пластмассовыми палатками.

Также очень жаль, что в соответствующие отделения больниц не удалось внедрить нашу методику лечения химической травмы пищевода.

Не могу без огорчения отметить и то, что после того, как мои возрастные особенности стали препятствием для проведения стапедо- и тимпанопластики, не нашлось энтузиастов освоить эти варианты слухоулучшающей отохирургии, хотя я и предлагал привить необходимые навыки, используя височные кости от трупов или обучиться им в соответствующих центрах СНГ. После командировок Ж.С. Сулайманов, ныне доктор медицинских наук, освоил мирингопластику. Эта наиболее распространенная слухоулучшающая операция вошла в жизнь нашей клиники и позволила возвращать слух многим больным.

Период нашей работы по оформлению функциональных структур клинического отделения в связи с расширением ее территории совпал с началом кризиса, обусловленного распадом СССР и экономическим ухудшением жизни в республике. Потребовались неимоверные усилия, чтобы осуществить задуманное. Республика в то время еще смогла приобрести через медтехнику инструментарий и аппаратуру. Помогли нам и руководители авиационного училища Фрунзе 1, а также руководство Бишкекского машиностроительного завода, возглавляемого Абишем Султановичем Бегалиевым. Работа началась, когда из нашего здания после завершения строительства морфокорпуса мединститута были выведены кафедры гигиены и нормальной анатомии. Это позволило расшириться нашему и главному отделениям и базирующимся в них кафедрам. В свое распоряжение мы получили весь второй этаж здания и подвальное помещение. В последнем располагался морг. В нем в ваннах, заполненных формалином, сохранялись трупы, необходимые для проведения занятий по нормальной анатомии. Получив названные помещения, мы сочли целесообразным на втором этаже разместить отделение, в подвале – комплекс из учебных комнат, лаборантскую и фониатрический кабинет.

Обсудив все возможные варианты, мы перенесли операционную и предоперационную в торцовую часть правого крыла здания. Здесь нам удалось разместить три операционных зала. Два из них предназначались для выполнения плановых операций, один – для экстренных. Два первых снабдили операционными микроскопами, отсосами и аппаратом для контактной диатермокоагуляции. В этом же крыле развернули перевязочную, смотровую. Вестибюль, находящийся между двумя половинами зданий, оборудовали для отдыха и свиданий. В нем с тыльной стороны разместили манипуляционную и изолятор. В левой стороне вестибюля сумели отгородить комнату, в которой разместили звуконепропускаемую камеру. Ее снабдили аудиологической аппаратурой, позволяющей осуществлять пороговую, надпороговую, речевую и ультразвуковую аудиометрии. В самом начале левого крыла здания оборудовали комнату для проведения эндоларингеальных хирургических вмешательств и амбулаторных операций, проводимых соответственно под наркозом с инъекционной вентиляцией легких и эндотрахеальной интубацией. В конце этого крыла был оборудован стационарный ингаляторий на шесть мест и дополнительно одно – для ультразвуковых ингаляций.

Самой трудной оказалась подготовка к использованию подвального помещения. Трупы увезли, и нужно было разрушить ванны. Они были частично заполнены формалином, которым пропитались воздух и стены. Это существенно отягощало работу, которая и без того была тяжелой. Основой каждой такой емкости была металлическая ванна, цельнометаллическая основа которой была обложена бутобетоном. С большим трудом эти сооружения были разрушены, комнаты проветрены и отремонтированы. Таким образом, благодаря оказанной спонсорской помощи руководством авиаучилища, удалось оборудовать четыре тематические комнаты, для занятий со студентами.

Размещение палат и функциональных структур клинического отделения и кафедры, а также их оснащение соответствовали уровню того времени. Они и сейчас позволяют нам осуществлять лечебную работу на должном уровне, несмотря на трудности, связанные с недостаточным пополнением инструментарием и невозможностью приобрести современную аппаратуру. На высоком уровне оказывается хирургическая помощь онкобольным, в которой широко используются органосохраняющие и органору-

дающие операции, в том числе по радикальной хирургической программе. Освоена и внедрена в повседневную практику одна из сложнейших терапевтических проблем, имеющих отношение к хирургическому лечению злокачественных и доброкачественных опухолей, а также опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области. В полном объеме используются методы органосохраняющих и реконструктивных операций на шейном отделе трахеи, а также вмешательства, ликвидирующие обструкцию гортани, обусловленную ее рубцовым паралитическим стенозом. Кроме этого, осуществилась моя давняя мечта внедрения в практику эндоскопической микрохирургии. Инициаторами ее были В.А. Насыров и И.М. Исламов. К сожалению, эта архинужная помощь дислоцирована не в клинике, а в медицинском центре КГМА, который работает на хозрасчетной основе.

Нас радует и то, что в клинике получили одобрение и нашли применение наши изыскания в области эмпирической этиотропной и патогенетической терапий после обширных хирургических вмешательств и при тяжелых гнойно-воспалительных заболеваниях. Они достаточно рельефно позволили облегчить послеоперационный период, снизить выраженность воспаления, предупредить развитие прогрессирующего некроза и дизурические расстройства, которые нередко сопутствуют этим состояниям. Это дало основание включить эти предложения и ряд других в руководство “Основы клинической фармакологии для оториноларинголога” (Г.А. Фейгин и М.Т. Нанаева) и монографию “Кровотечения и тромбозы при оториноларингологических заболеваниях” (Г.А. Фейгин, Б.И. Кузник).

В описанной работе со мной самое активное участие принимали мои ученики: Ж.С. Сулайманов, Б.Д. Шалабаев, М.М. Кадыров, Т.А. Изаева, А.И. Шевчук, А.М. Эргешова, Ж.А. Жумабеков, В.Г. Шевчук, Т.В. Казначеева, Н.Д. Кайдулатов, И.Р. Кочербаяев, Г.О. Миненков и другие.

Этот наш труд имел отношение не только к терапии больных, что является, несомненно, самым важным, но и к подведению итогов проделанной научной работы. Благодаря этому она нашла отражение в статьях, опубликованных в журналах, методических пособиях и рекомендациях, а также в монографиях. Среди последних несомненный интерес представляют “Современная антибактериальная терапия заболеваний уха, горла и носа – го-

ловы и шеи” (Ж.С. Сулайманов, Г.А. Фейгин); “Симптоматика и лечение расстройств, обусловленных блуждающим нервом на различных уровнях его поражения” (Г.А. Фейгин, В.Г. Шевчук и др.); “Компьютерная томография и ее значение в диагностике и хирургии объемных образований челюстно-лицевой области” (Г.А. Фейгин, Б.Д. Шалабаев, Г.О. Миненков).

Эти работы не являются компиляцией известных в литературе положений, иногда умело и хорошо составленных, а представляют собой оригинальный труд, отражающий творческие изыскания нашего коллектива. Они не повторяют ранее изданное, а предлагают новое или модифицированное решение актуальных вопросов практической отоларингологии – хирургии головы и шеи.

К этому следует добавить, что в ближайшее время будет подготовлена еще одна монография “Органосохраняющая и реконструктивная хирургия шейного отдела трахеи” (Г.А. Фейгин, Ж.С. Сулайманов). В ней найдет отражение совершенно новый или усовершенствованный подход, который, если он будет принят на вооружение, как у нас, облегчит мучения больных с обструктивной патологией шейного отдела респираторного тракта.

Я безмерно благодарен соавторам перечисленных трудов за участие в их написании, а также за любовь к специальности и больному человеку.

Все это позволяет ретроспективно подвергнуть анализу мой труд, который продолжается в отоларингологии и хирургии головы и шеи в течение 55 лет. Он позволяет мне прийти к выводу, что моя жизнь в профессии состоялась. И это, несмотря на трудности, которые не раз возникали на ее пути, о чем говорилось выше. Они сыграли, как мне представляется, позитивную роль. За что я могу их воспринимать только как удачу. Ведь если бы их не было, я бы не получил возможность познакомиться с ведущими советскими специалистами и видеть в их диагностических и терапевтических действиях как мастерство, так и работу, которая иногда не вызывала восторга. У меня бы не выработались самостоятельность, упорство в достижении цели, умение излагать свои мысли и анализировать клиничко-экспериментальные материалы, что крайне необходимо в решении задач, возникающих по ходу работы. И, наконец, я бы не оказался в роли заведующего кафедрой оториноларингологии в Чите и Бишкеке. Иными словами, у меня бы

не появилась почва, на которой состоялся творческий праздник, позволивший создать собственную школу и помочь оздоровить не один десяток тысяч больных с помощью рационально поставленной терапевтической и хирургической помощи, в том числе отработанной нами и внедренной в повседневную работу.

Кроме того, я благодарю судьбу, что в течение двух десятилетий принимал участие в организации и работе Международной академии оториноларингологии хирургии головы и шеи. Инициатором ее формирования и бессменным президентом до тяжелой болезни был профессор Мариус Стефанович Плужников. Он смог узаконить ее существование благодаря своему авторитету и умелому обоснованию ее необходимости. В этой созидательной работе сыграли определенную роль и отоларингологи Кыргызстана и Армении. Именно в этих республиках удалось через Министерства юстиции узаконить филиалы МАО-ХГШ, что позволило Мариусу Стефановичу окончательно узаконить Академию через соответствующие правительственные организации. В этой работе, оказавшейся не такой простой, серьезную помощь мне оказал Немат Сеидович Малаев – заведующий ЛОР-отделением БНИЦТиО.

Значение Международной академии ORL-HNS и заслуги ее президента трудно переоценить. Именно благодаря Академии и удивительному таланту Мариуса Стефановича удалось объединить не только отоларингологов-хирургов головы и шеи стран СНГ, но и оживить их деятельность и способствовать их выходу на международную арену. Теперь в ее составе представлены академики из стран Западной Европы, США, Иордании, Египта, Турции и других стран. Она содействовала нашему участию в работе Международных, Европейских конгрессов, съездов некоторых государств, состоявшихся в Будапеште, Сиднее, Братиславе, Берлине, Риме, Минске, Санкт-Петербурге, Хельсинки, Стокгольме, Сан-Франциско, Витебске и Мисхоре. В Бухаресте и в перечисленных городах были проведены также ее годовые собрания. В сентябре 2001 года такое собрание было проведено в Кыргызстане. Оно оказалось очень полезным для ЛОР-специалистов нашей республики, принявших активное участие в его работе. Благодаря работе Академии мы не только познакомились с достижениями современной отоларингологии, но и получили возможность поделиться своими достижениями. В частности, мои доклады были опубликованы в трудах Международного конгресса ЛОР-ХГШ в Сиднее и Европейского

конгресса ЛОР-ХГШ в Будапеште, а также в Folia Otorhinolaryngologu, являющейся официальным журналом Академии ЛОР-ХГШ.

Особый интерес представляет работа Международной академии ХГШ с молодыми отоларингологами. Большая их часть (24) была проведена в Санкт-Петербурге. Каждый раз ее рабочим языком был английский. В них приняли участие и наши молодые специалисты Геннадий Миненков и Юлия Вольф (Тристан). Оба заняли призовые места, что для меня было большой радостью.

Тяжелая болезнь оборвала благородную деятельность Мариуса Стефановича. Но будучи человеком большого ума, патриотом специальности и своей Родины, а также невероятного мужества, на последнем годовом собрании МА ЛОР-ХГШ он рассказал о своей болезни и попросил освободить его от руководства Академией и предложил новую, достойную по всем параметрам кандидатуру президента – профессора Георгия Абеловича Таверткиладзе. Собрание единогласно утвердило его решение, но при этом сочло необходимым присвоить М.С. Плужникову звание Почетного Президента.

В течение последних 20 лет у меня с Мариусом Стефановичем сложились дружеские отношения. Они были очень теплыми и все, что он пережил в последний год из-за своей продолжительной и мучительной болезни, было мне известно. Во время каждой в этот период встречи и множества телефонных разговоров я видел и чувствовал в нем человека, любившего жизнь, окружающих его сотрудников и друзей. Он с колоссальным упорством боролся с болезнью, но при этом не забывал о будущем кафедры, отечественной оториноларингологии, своем литературном и научном наследии. В это время он пишет стихотворение, которое без слез невозможно читать и которое подтверждает сказанное.

Над прошлым я совершил свою вендетту,
Я вспомнил юности прелестную Одетту,
Я вспомнил все, и воскресил я всех,
Кого боготворил, и тех,
Кого любил за дружбу и радости утех,
За счастье несравнимое прозренья,
Познание истины...
Но опоздали все моления,
Когда надежд на будущее нет,
И лишь маячит лунный свет
Иных миров, непознаваемых и вечных.

Это стихотворение было написано дорогим мне человеком, когда он знал, что ему осталось жить недолго и в предсмертных мучениях. Поэтому оно заканчивалось словами, которые мог произнести только человек, обладающий мужеством и невероятно любивший жизнь.

Я, находящийся теперь вблизи к нему, на финишной прямой жизненного пути, уверен, что твоя жизнь, Мариус, не прошла даром. Тебя будут помнить сотрудники, твои друзья, с которыми ты будешь в течение всех оставшихся, отведенных им дней, периодически встречаться во сне. Во время таких сновидений ты будешь с нами беседовать, вдохновлять и подбадривать, как умело ты делал это при жизни. В унисон с последними строками стихотворения Мариуса мне кажется уместным привести одно из многочисленных рубаи Омара Хайяма.

Откуда мы пришли?
Куда свой путь вершим?
В чем нашей жизни смысл?
Он нам не постижим.
Как много чистых душ,
под колесом лазурным
Сгорает в пепел, в прах, –
а где, скажите, дым?

Вот как раз “дым” и появляется от души, которая потеряла тело. Со временем, не нужно быть чрезмерным оптимистом, он развеется, но до этого будет в воздухе, а следовательно, будет ощущаемым. Так твои, Мариус, и наши дела, мысли, творчество какое-то время будут жить и приносить пользу и радость. Но при этом мы с тобой ясно понимали, что творческий потенциал человечества остановить невозможно. Благодаря ему появляются новые достижения, которые постепенно приведут к забвению наших и появлению новых, более эффективных и красивых, в большей степени импонирующих изменившемуся менталитету человечества. И наши дела в лучшем случае, как и многое, что было сделано до нас, станут достоянием истории. Но даже из-за этого стоило трудиться и прожить жизнь так, чтобы не было стыдно за каждый прожитый день.

Глава 2

НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКИЙ ПОИСК, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ИЗУЧЕНИЕМ ПРОБЛЕМ И НАБЛЮДЕНИЙ, РОЖДАЮЩИХ МЫСЛИ И ЗАДАЧИ, С ИХ ОБСУЖДЕНИЕМ И РЕШЕНИЕМ



В науке нет широкой столбовой дороги,
и только тот достигнет ее сияющих вершин, кто
не страшась усталости, карабкается
по ее каменистым уступам!

Карл Маркс

Врач в течение своей профессиональной жизни, особенно, если она продолжительная, накапливает большое количество наблюдений. Нередко они заставляют задуматься, чтобы оценить их значимость, подумать, а нельзя ли каким-то образом, разумеется, с учетом возможностей, облегчить состояние больного, предупредить осложнения, а иногда даже спасти его, казалось бы, от неминуемой смерти. При этом со временем на основании накопленного опыта представления по тому или иному вопросу могут сохраняться, но могут, причем нередко, меняться. И это неудивительно, ибо в результате анализа накопленного опыта, отражающего успехи и неудачи используемых диагностических и терапевтических методик, формируется уверенность или сомнение в их целесообразности. Справедливость отмеченного доказывается большим числом сообщений в доступных изданиях, где изложение той или иной терапевтической задачи отличается разнообразием. Относится это к сообщениям, увидевшим свет как в разное, так и в одно и то же время. Не обращать внимание на них, тем более их игнорировать и не постараться найти их причину, рождает неоправданное, порою бездумное согласие, которое получило название консерватизм. Причем такое свойство присуще не только рядовому врачу, но иногда и авторитетному, который упрямо не воспринимает новое и продолжает настаивать на своем, не понимая того, что он тормозит развитие специальности.

Примером последнего, когда речь идет о терапии, является, например, не соответствующая действительности диагностическая терминология, которая в какой-то мере определяет характер консервативной и хирургической терапий. С этим можно встретиться и в оториноларингологии – хирургии головы и шеи.

Позволю себе привести несколько примеров таких терминов, в том числе используемых в специальной литературе.

Сегодня известно, что фарингомикоз не имеет никакого отношения к грибковой патологии и все попытки изменить его название на лактобактериоз или лептотрихоз, отражающие действительную причину его возникновения, не увенчались успехом. А следствием такой неточности является назначение противогрибковых препаратов, лечение которыми при названной патологии не имеет позитивной перспективы.

Широко применяющееся определение операции по удалению клетчатки шеи, содержащей метастазы злокачественной опухоли в лимфоузлы, и которые в будущем могут оказаться таковыми, в международной литературе получило название Neck dissection. В переводе это значит иссечение шеи, т.е. операции, не совместимой с жизнью. И несмотря на отмеченное, этим термином широко пользуются и нет попытки его изменить.

Не соответствует действительности и диагностический термин стапедэктомия, буквальный смысл которого – удаление стремени. В операциях, выполняемых по поводу отосклероза и отличающихся некоторым разнообразием, отношение к стремени в действительности не такое. В большинстве из них сохраняется его подножная пластинка или большая ее часть. В ней делается отверстие, к которому подводится или в которое вводится конечная часть протеза стремени. В отдельных случаях стремя сохраняется, но при этом осуществляются манипуляции по изоляции отоспонгиозного очага или же большая его часть используется для пластики. Следовательно, суть хирургического вмешательства в любой из этих операций – пластика, направленная на восстановление подвижности фиксированного звукопроводящего аппарата среднего уха. Иными словами, производится не удаление стремени, а замена его или его части искусственным протезом, т.е. термин стапедопластика, который был принят в отечественной отиатрической литературе, в отличие от стапедэктомии соответствует сути хирургического вмешательства, нашедшего широкое распространение с легкой руки американских отоларингологов S. Rosen и J.J. Shea в 60-е годы, вернувшее в результате слух многим тысячам тугоухих и глухих.

Если приведенное и многие другие неточности в терминологии при их осознанном восприятии не угрожают судьбе больных и развитию медицины, то ошибочные представления об этиоло-

гии и патогенезе заболеваний или представления без учета достижений в медицине и фармации могут тормозить развитие терапии, следовательно, негативно отражаться на результатах лечения.

Именно поэтому я уделял внимание этим вопросам на протяжении 55 лет своей практической работы. Это послужило основанием вместе с сотрудниками кафедры отоларингологии Читинского и Кыргызского медицинских институтов, Кыргызского медицинского института переподготовки и повышения квалификации, а в последние годы и кафедры специальных клинических дисциплин №2 Кыргызско-Российского Славянского университета выполнить ряд исследований, имеющих отношение к затронутым проблемам.

Наши наблюдения за ходом некоторых заболеваний, а также знакомство с литературными данными о результатах их лечения, а также при посещении клиник, в том числе ведущих, не всегда могли удовлетворить нас.

Чтобы убедить читателя в справедливости этой оценки, мы посчитали необходимым представить несколько примеров. Их оказалось не так уж мало, однако рамки данного издания ограничивают их число. Поэтому сочли целесообразным остановиться на тех, которые нас беспокоили и при которых наши исследования, клинические наблюдения и результаты лечения оказались, с нашей точки зрения, интересными, показательными и демонстрирующими поиск, формирование задач и их решение. К числу таковых мы отнесли:

- ситуации, которые редко встречаются и при этом представляют клинический интерес, поскольку расширяют профессиональный кругозор, требуют неординарного решения диагностических и терапевтических задач;
- проблемы, имеющие отношение к некоторым из востребованных вопросов оториноларингологии – хирургии головы и шеи и отличающиеся, с нашей точки зрения, недостаточной полнотой использования современных диагностических и терапевтических возможностей.

2.1. Значение неординарных, редко встречающихся и казуистических наблюдений, пополняющих разнообразие клинических проявлений заболеваний и стимулирующих поиск решения диагностических и терапевтических задач

Мы больше в этот мир веков
 не попадем,
Веков не встретится с друзьями
 за столом
Лови же каждое летящее мгновенье, –
Его не подстеречь уж никогда потом.
Омар Хайям

Случай – неперенный спутник в жизни любого человека. Это явление зачастую имеет судьбоносное значение.

В оториноларингологии, как и в любой другой медицинской дисциплине, рождение новых идей, способствующих расширению диагностических и терапевтических возможностей, связано не только с успехами в развитии базовых дисциплин, но и благодаря случайным находкам, которые могут явиться стимулом к появлению нового этапа, обуславливающего невероятно значимый прогресс в лечении некоторых заболеваний, порою не ограниченных только одной нозологической единицей. Например, так было со случайным открытием, которое стимулировало возникновение микрохирургии. В 1951 г. Самуэль Розен – американский отоларинголог зондировал слуховые косточки у больного с отосклерозом. Вдруг во время этой манипуляции у больного появился слух. Врач не оставил без внимания это случайное открытие, изучил причину его появления и предложил три общеизвестных варианта хирургического лечения отосклероза – непрямую и прямую мобилизацию стремени, а также фенестрацию ее подножной пластинки.

Так “господин” случай дал мощнейший толчок развитию слухоулучшающей хирургии и микрохирургии других органов.

Разумеется, такой успех случайно открытого явления большая редкость. Оно может реализоваться в открытие и внедрено в практику только в том случае, если его встретил специалист, для которого характерны наблюдательность, аналитическое мышление и стремление к творчеству.

Размышляя на эту тему, мы пришли к мысли, что случаи, послужившие базой для предложений, с успехом внедряемых в практику, даже не имеющие “глобальной” эффективности, также заслуживают внимания. И они обуславливают определенный прогресс, сводящийся к констатации редких вариантов течения той или иной болезни и этиопатогенетических особенностей ее развития. Иногда случайные наблюдения также приводят к формированию определенных, в какой-то степени оригинальных, взглядов.

С такими редкими по течению заболеваниями мне пришлось встретиться уже в первые годы моей работы отоларингологом в узбекском городе Беговате.

Позволю себе привести два таких наблюдения.

Больной Ю., 5 лет, поступил 23.IV.1956 г. с диагнозом обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита, мастоидит.

По словам родителей, ребенок давно страдает гноетечением из правого уха. За месяц до поступления в стационар в области сосцевидного отростка и околоушной железы появилась постепенно увеличивающаяся болезненная припухлость, а 19.IV – симптомы правостороннего неврита лицевого нерва.

При поступлении общее состояние ребенка вполне удовлетворительное; температура 36,7°C. На шее справа у угла нижней челюсти пальпируются увеличенные, плотные, спаянные друг с другом и с окружающими тканями малоподвижные лимфатические узлы. Правая ушная раковина оттопырена довольно плотной припухлостью, слегка болезненной при пальпации и занимающей область сосцевидного отростка и околоушной железы. В правом наружном слуховом проходе незначительное количество гнойного отделяемого и плотные бледно-розовые грануляции. Справа признаки паралича мимической мускулатуры лица, связанного с отсутствием импульсации по лицевому нерву. Левое ухо, другие ЛОР-органы и внутренние органы без патологических изменений.

Слух на правое ухо отсутствует, левое ухо воспринимает шепот на расстоянии более 6 м. Вебер – влево. Спонтанного нистагма нет.

На рентгенограмме от 23.IV правый сосцевидный отросток завуалирован, пещера не контурируется.

В день поступления под наркозом произведена радикальная операция на правом среднем ухе. Кортикальный слой сосцевидно-

го отростка местами разрушен. Сам отросток имеет пневматическое строение, в клетках его – грануляции и небольшое количество гноя. В пещере, в барабанной полости и в значительно расширенном наружном слуховом проходе большое количество плотных, бледно-розовых, сильно кровоочащающих грануляций. Из барабанной полости удален измененный молоточек. Процессом обнажена твердая мозговая оболочка средней черепной ямки.

Внешний вид грануляций в сочетании с клинической картиной (поражение лицевого нерва, увеличение лимфатических узлов и околоушной железы, плотные и мало болезненные) заставил нас подумать о новообразовании.

В послеоперационном периоде отмечено быстрое появление и бурный рост полипоподобных грануляций, исходящих из медиальной стенки среднего уха, а также продолжающееся едва заметное, медленное увеличение околоушной железы и регионарных лимфатических узлов.

Результаты гистологического исследования: на фоне рыхлой и более плотной волокнистой соединительной ткани в разных участках препарата разбросаны многочисленные мелкие островки и тяжи неправильной формы, построенные из мелких полиморфных эпителиальных клеток, с округлыми, овальными, а по периферии островков овально-вытянутыми ядрами; местами эти клетки уплощаются и образуют концентрические наслоения из ороговевающих элементов – раковые жемчужины.

Диагноз: плоскоклеточный ороговевающий рак среднего уха справа с метастазами в регионарные лимфатические узлы и околоушную железу.

Больной был направлен в Ташкент, где был проведен курс телерадиевой терапии с 23.V по 26.VI (3900 р на послеоперационную полость и 3900 р на регионарные лимфатические узлы и околоушную железу).

При осмотре 29.VI общее состояние ребенка хорошее. Кожные покровы в области правого уха имеют багровую окраску, слегка отечны (ожог после телерадиевой терапии). Полость уха покрыта бледно-розовыми грануляциями; в ней обильное гнойное отделяемое. Увеличение околоушной железы и лимфатических узлов у угла нижней челюсти справа исчезло.

13.VIII больной повторно поступил в нашу клинику в тяжелом состоянии. За 8 дней до этого стал отказываться от приема

пищи, 3 дня назад начал плохо дышать. Дыхание полустенохическое; над- и подключичные ямки, а также межреберные промежутки во время вдоха втягиваются. Лимфатические узлы у угла нижней челюсти справа увеличены до 1 см в диаметре, плотны.

Послеоперационная полость широкая, покрыта эпидермисом, за исключением медиальной стенки, где имеется незначительное количество гнойного отделяемого. Рот открывается широко. Справа мягкое небо и боковая стенка глотки заняты неподвижной малоболезненной, плотной, гладкой опухолью овальной формы, размером около 4×4 см. Покрывающая ее слизистая оболочка инъецирована сосудами. Справа дужки неразличимы, миндалины резко оттеснены книзу и кпереди. Опухоль заходит на противоположную сторону так, что между ней, язычком, корнем языка и левой миндалиной остается узкая щель, через которую может проходить воздух. При пункции опухоли гноя не получено. Голос громкий, речь невнятная.

14.VIII затруднение дыхания нарастало. От предложенной трахеотомии родственники категорически отказались. 15.VIII ребенок скончался.

При вскрытии констатируется, что причиной смерти была асфиксия, возникшая вследствие закрытия просвета глотки плотной, белой на разрезе опухолью, занимающей область правой боковой стенки глотки и мягкого неба на протяжении от свода носоглотки до корня языка. Патологогистологический диагноз: плоскоклеточный рак; метастатический плоскоклеточный рак правых шейных лимфатических узлов.

Демонстрация этого наблюдения приводится не столько потому, что раковая опухоль появилась у 5-летнего ребенка, а в связи с особенностями продолженного роста. После завершения лечения, на первый взгляд удачного, появилась картина поражения неопластическим процессом глотки, явившаяся следствием ее прорастания в названные отделы мезофаринкса со стороны барабанной полости через слуховую (евстахиеву) трубу. Такую особенность продолженного роста в опубликованных сообщениях мы до сих пор не встретили. Не пришлось констатировать ее и в других наших восьми наблюдениях злокачественных опухолей у детей.

Инородные тела, длительно находящиеся в сосцевидном отростке и являющиеся последствием травмы мирного времени, встречаются редко.

Под нашим наблюдением находился больной М., 26 лет, поступивший в городскую больницу 28.VII.1955 г. с жалобами на боли в правом ухе, отсутствие слуха с этой стороны и гноетечение из него, а также наличие периодически открывающегося свища в области правого сосцевидного отростка.

23.IX.1946 г. больной был сбит автомашиной на дороге, покрытой гравием. Во время падения он потерял сознание и получил скальпированное ранение с переломом сосцевидного отростка и отхождением правой ушной раковины вместе с частью наружного слухового прохода. В больнице, куда он был доставлен, произведена первичная обработка с ушиванием раны, которая после длительного заживления (3 месяца) полностью зарубцевалась.

В 1951 г. появились боли, краснота и припухлость кожных покровов за правым ухом; припухлость вскрылась и затем закрылась вновь. Образовалось периодически открывающееся свищевое отверстие за ухом. Гноетечение из наружного слухового прохода было постоянным.

В области волосистой части головы справа обширный подковообразный рубец (рис. 1).

Ушная раковина несколько опущена книзу и оттопырена кнаружи. Ее кожные покровы слегка гиперемированы и отечны. В области верхне-заднего отдела сосцевидного отростка видно свищевое отверстие без островоспалительной реакции окружающих тканей и с незначительным гнойным отделяемым. В наружном слуховом проходе имеется ихорозный гной. В перепончатохрящевой части прохода находится свищевое отверстие.



Рис. 1. Внешний вид больного с инородным телом в волосистой части головы. Виден посттравматический рубец

Костная часть слухового прохода полностью облитерирована за счет рубцевания просвета. Слух на правое ухо полностью отсутствует. Левое ухо, нос, глотка, гортань без патологических изменений.

На рентгенограмме 29.VII.1955 г. отмечается склероз правого сосцевидного отростка. В области пещеры виден округлой формы участок разрежения костной ткани размером 0,8×1,2 см.

Диагноз: мастоидит и атрезия наружного слухового прохода справа.

2.VIII произведена радикальная операция на правом ухе. Свищевое отверстие на поверхности сосцевидного отростка вело в кариозную полость, заполненную гноем, грануляциями и инородным телом – камешком размером 1×1×0,4 см и весом 0,6 г. На задне-верхней стенке наружного слухового прохода в перепончатохрящевой его части свищевое отверстие. Костный отдел наружного слухового прохода облитерирован и представляет собой сплошной рубец, который иссечен в ходе операции. Послеоперационное течение гладкое.

Больной выписан 1.IX.1955 г. в хорошем состоянии, с активной эпидермизацией операционной полости.

Интерес представленного наблюдения, по нашему мнению, заключается в следующем: 1) в редком механизме проникновения инородного тела в толщу сосцевидного отростка в момент травмы через скальпированную рану и застревание между осколками кости; 2) в длительном (9 лет) пребывании инородного тела в сосцевидном отростке и в характере поддерживаемого им периодически обостряющегося патологического процесса; 3) в трудности диагностики при помощи рентгенографии из-за резкого склероза сосцевидного отростка.

Иногда отдельные наблюдения позволяли выявить редкие особенности развития болезни. Они, хотя и редко, тем не менее, могут появиться в работе практикующего отоларинголога – хирурга в области головы и шеи. Нам, в частности, приходилось лечить не одного, а многих таких больных. У некоторых из них были отмечены относительно редкие варианты развития холестеатомы. Так, у одного из них холестеатома распространилась в заднюю черепную ямку, достигла в ней величины крупного «грецкого ореха» и обусловила появление мозжечковой симптоматики. В другом из наблюдений холестеатома, разрушив внутреннюю

стенку сосцевидного отростка, проникла в верхний отдел шеи под m. sternocleidomastoideus. Поскольку холестеатома была нагноившейся, она имитировала картину мастоидита Бецоляда. Генез этого процесса был редким и в доступной литературе нам не встретился. Связан он был с тем, что во время первой операции у больной с хроническим холестеатомным отитом не была вскрыта верхушечная клетка сосцевидного отростка. Оставшаяся в ней холестеатома продолжала развиваться, разрушила внутреннюю стенку сосцевидного отростка и проникла далее в вышеуказанную область шеи и отличалась бессимптомным течением, пока не нагноилась.

Необычным было наблюдение больной с миксомой правого среднего уха и средней черепной ямки. Она разрушила среднее ухо и в итоге представляла единую полость, занятую округлыми полупрозрачно-мутными образованиями различной величины. Их развитие привело к разрушению верхних костных образований среднего уха и проникновению в среднюю черепную ямку. Постепенное накопление в ней шаровидных студнеобразных образований между основанием черепа и твердой мозговой оболочкой обусловило значительное смещение последней кверху, а следовательно, и к появлению симптоматики, ведущими из которых были головная боль, гемипаралич и гемиянестезия с противоположной стороны.

Хирургическое вмешательство, которое включало удаление шарообразных миксом из правого среднего уха и средней черепной ямки, привело к “хлопающему падению твердой мозговой оболочки на основание черепа”. После этого состояние больной стало легче. Головная боль уменьшилась, а затем “исчезла” и постепенно в течение сравнительно короткого времени восстановилась двигательная активность скелетной мускулатуры и кожная чувствительность.

Такое состояние, характеризующееся полным восстановлением умственной и двигательной активностей, продолжалось более 6 лет. Затем стали нарастать изменения, связанные с продолженным ростом миксомы в области основания черепа справа, и больная погибла.

Своеобразный клинический “интерес” вызывает наблюдение, имеющее отношение к очень редкому случаю развития в гортани злокачественной лейомиомы. Ограниченное пораже-

ние локализовалось на правой голосовой складке в области ее передней 1/3. По поводу патоморфологически подтвержденной злокачественной лейомиомы была произведена передне-боковая резекция гортани. При таком локальном поражении голосовой складки, пораженной плоскоклеточным ороговевающим или неороговевающим раком, более чем в 90% случаев удается добиться выздоровления при использовании названного хирургического вмешательства.

Однако при этой опухоли такой результат зафиксировать не удалось. Уже через сравнительно короткий промежуток времени, когда больной еще находился в стационаре, у него в гортани на противоположной стороне появились очаги роста, а на раневой поверхности стали просматриваться быстро растущие “грануляции”. С последних, так же как и с отмеченных очагов роста, были взяты кусочки для патоморфологической диагностики. Был вновь получен ответ – злокачественная лейомиома. К этому времени мы уже имели информацию из специальной литературы. Она не прибавила нам оптимизма. Всего к этому времени было описано 24 случая с аналогичной опухолью. При этом у всех больных с такой опухолью гортани исход заболевания был печальным. Все эти больные погибли из-за продолженного роста, даже в тех наблюдениях, где для лечения был избран наиболее радикальный метод – ларингэктомия с иссечением клетчатки шеи у части этих больных.

Учитывая эти данные литературы, мы срочно выполнили ларингэктомию, а вскоре и правостороннее фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи, в которой были обнаружены отдельные метастатические лимфоузлы. Последующее наблюдение за больным в течение четырех лет, т.е. пока он жил в нашем городе, не позволило зарегистрировать возврат болезни.

Отмеченная особенность результативности и анализ литературы позволили нам прийти к выводу, который, с точки зрения практической ларингоонкологии, является достаточно важным. Он сводится к тому, что при злокачественной лейомиоме гортани методом выбора является ларингэктомия, комбинируемая с одновременным иссечением клетчатки шеи по фасциально-футлярной методике или по Крайлю. Пока такой подход, судя по полученному нами результату, следует считать единственным, позволяющим получить шанс на выздоровление.

Мы располагаем наблюдениями, с помощью которых удастся решить иногда чрезвычайно трудную задачу удаления обширных опухолей челюстно-лицевой области. Это касается относительно редких случаев, когда невозможно удалить анатомично опухоль без удаления содержимого глазницы, поскольку неоплазма находится с двух сторон от нее и односторонний доступ к ней не позволяет решить указанную задачу. В такой ситуации мы сочли возможным использовать подход к опухоли, обеспечивающий двусторонние манипуляции. Он сводился к комбинации подходов по Лауэрс-Балону и для боковой ринотомии (рис. 2).



Рис. 2. Кожные разрезы при комбинированном подходе по Лауэрс-Балону и для боковой ринотомии.

Для демонстрации использования описанного доступа мы приводим выписку из истории болезни.

Больной М-лан И., 50 лет, поступил 30.08.2004 г. с жалобами на деформацию правой половины лица и нарушение зрения, постоянную невыносимую боль с этой же стороны. 13 лет назад оперирован по поводу обширной ангиофибромы основания черепа. Была сделана боковая ринотомия, во время которой была удалена названная опухоль, распространившаяся в полость носа, крыловидную и ретромандибулярную ямки. После операции в течение более 12 лет чувствовал себя хорошо, признаков нового роста неоплазмы не отмечал. В течение последних 4 месяцев перестал дышать через правую половину носа и стала четко выявляться асимметрия лица. Появилось и быстро нарастало выпячивание в области под- и надвисочной ямок. Глазная щель сузилась, но полностью не закрылась. Этому препятствовал экзофтальм.

На нижнем веке стал определяться химоз (рис. 4). Носовое дыхание отсутствует. При риноскопии правая половина носа занята опухолью, которая смещает перегородку носа в противоположную сторону до соприкосновения ее с боковой стенкой. На КТ видно теневое образование опухоли больших размеров, гомогенной консистенции, плотностью от +72,2HU до +75,8HU (Хоунсфильд – единица изм.). Она определяется в носоглотке, полости носа, ретромандибулярном пространстве, крыловиднонебной, над- и подвисочной ямках (рис. 3). Нижняя стенка глазницы смещена вверх, выдавливает клетчатку и глазное яблоко по направлению наружу и вверх. Контуры глазного яблока и содержимое глазницы деформированы.

Патоморфологический диагноз по кусочку, взятому из опухоли в носу, – ангиофиброма основания черепа.

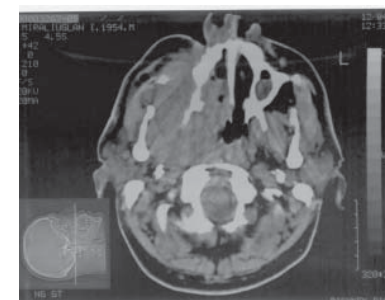


Рис. 3. Большой М-лан и его КТ от 25.08.2004 г. (наблюдаются признаки прорастания опухоли в носоглотку, ретромандибулярное и крыловиднонебное пространство, ткани щеки).

06.09.2004 г. произведена операция – удаление опухоли в/челюсти справа. После трахеостомии, интубации через трахеостому и двусторонней перевязки наружных сонных артерий создан подход к опухоли через модифицированный доступ, комбинирующий разрезы Лауэрс-Балона и для боковой ринотомии (рис. 4).

После отсепаровки кожных лоскутов получен доступ к опухоли и окружающим ее анатомическим образованиям. Он позволял осуществлять хирургические манипуляции и отсепаровку неоплазмы с удалением ее как при переднем, так и боковых подходах к опухоли (рис. 4, в, г, д). Именно эта особенность, в том числе встречных действий, позволила убрать огромную ангиофиброму, причем замурованную местами рубцовой тканью, полностью сохранить содержимое глазницы и большую часть ее нижней

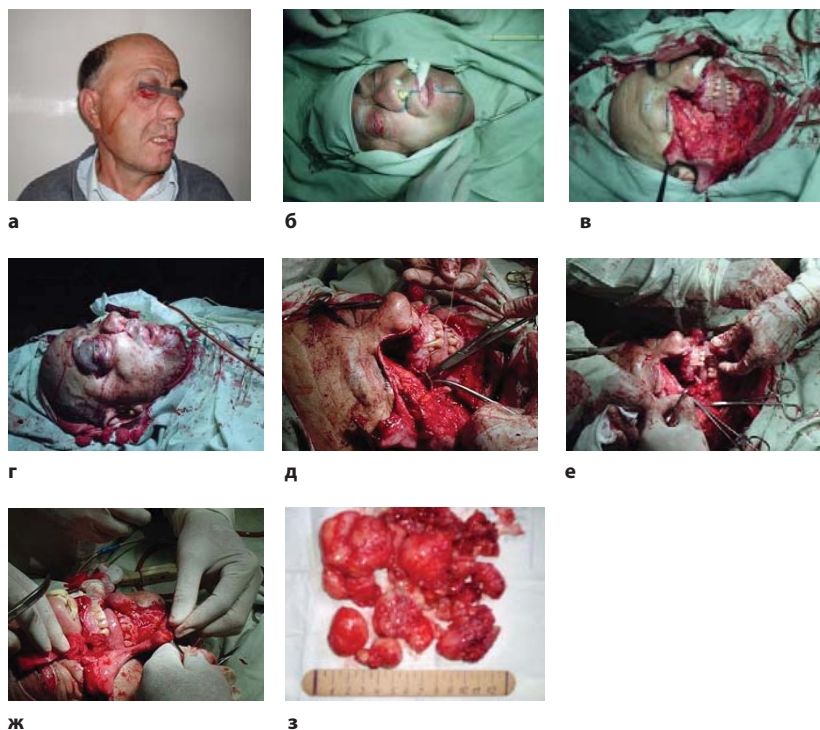


Рис. 4. Этапы удаления распространенной малигнизированной ангиофибromы верхней челюсти через модифицированный подход по Лауэрс-Балону в сочетании с разрезом для боковой ринотомии. Обозначения: а – вид больного перед операцией; б – линии кожных разрезов; в, г, д – этапы удаления опухоли; е, ж – начало ушивания раны и вид после его завершения; з – удаленная опухоль.

костной стенки, скуловую кость и твердое небо с альвеолярным отростком. Проводя это хирургическое вмешательство и анализируя возможности обоих доступов, входящих в комбинацию, мы убедились, что при использовании каждого из них в отдельности радикальное удаление неоплазмы с сохранением вышеуказанных анатомических образований, не вовлеченных в процесс, было невозможно.

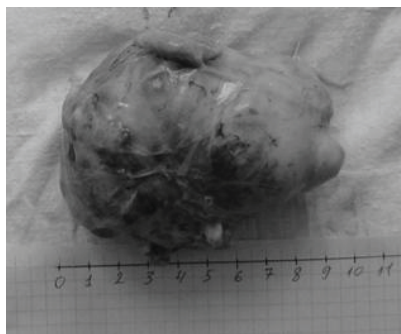
После завершения основного этапа операции и тампонады рана была послойно ушита наглухо (рис. 4, е, ж).

Осмотр удаленного макропрепарата показал, что опухоль (рис. 4, з) внешне не отличается от обычной ангиофибromы. Однако нас смутил быстрый рост опухоли, который был зафиксирован перед поступлением. Эта особенность не характерна для ангиофибromы без ее малигнизации. Поэтому фрагменты опухоли были подвергнуты патоморфологическому исследованию. Наше предположение о возможной ее малигнизации подтвердилось. Были найдены участки, где морфологически определялось перерождение неоплазмы в ангиофибросаркому.

В одном из наших наблюдений, в котором обширная опухоль – фиброма, развившаяся на широком основании, расположенном в среднем отделе глотки, на задне-боковой ее поверхности справа имела гигантские размеры и заполняла почти всю глоточно-ротовую полость. Из-за своих размеров она затрудняла дыхание, искажала речь и обуславливала закрытую ринолалию. По этой же причине пациент во время сна занимал вынужденное положение – спал на правом боку с высоким расположением головы. Сон был беспокойным, сопровождался громким храпом с апное.

Разумеется, развитие этой патологии признать обычным было бы, по меньшей мере, не обоснованным. Утверждать это мы были вправе, поскольку больной, несмотря на большой объем опухоли, не задохнулся и нам не удалось найти в доступной литературе рекомендаций, каким образом можно было бы решить проблему удаления этой опухоли. Поэтому мы сочли возможным проиллюстрировать наше решение хирургической проблемы подборкой сведений из истории болезни, отображающих как выбор анестезиологического обеспечения операции, так и хирургический подход, особенности его реализации вплоть до удаления неоплазмы.

Основной этап операции был выполнен после трахеостомии, предназначенной для интубации и введения больного в наркоз. Подход к опухоли осуществлялся по Лауэрс-Балону без скелетирования нижней челюсти и с рассечением ее пилкой Джигли между 6 и 7 коренными зубами. Это позволило получить достаточный обзор опухоли и под визуальным контролем отделить основание опухоли от глотки в пределах здоровых тканей и удалить ее (рис. 5, а). По завершении этого этапа операции и тщательного гемостаза целостность рассеченной нижней челюсти восстановлена сшиванием проксимальной и дистальной ее



а



б

Рис. 5: а – удаленная опухоль – гигантская фиброма глотки с распространением ее в ротовую полость; б – внешний вид больного через год после операции.

частей швом из танталового металла. Хирургическое вмешательство завершено послойным ушиванием раны. Послеоперационный период гладкий.

Осмотр больного через год: косметический эффект хирургического вмешательства хороший (рис. 5, 6). Признаков возврата болезни нет. Со слов больного, чувствует себя хорошо. Закрытая гнусавость его не беспокоит. Речь стала внятной и четкой. При фарингоскопии на задней и боковой стенках глотки справа нежные рубцы.

Наши наблюдения в течение более чем 50 лет за большим количеством больных с отогенными внутричерепными осложнениями позволили обратить внимание на то, что спонтанно возникающие пролапсы головного мозга при очень высоком внутричерепном давлении облегчают состояние больного, оттягивают летальный исход и позволяют выиграть время для продолжения лечения, способствующего восстановлению ликворообращения, а также увеличивающего число попыток найти абсцесс головного мозга или мозжечка. В конечном итоге это позволяет добиться выздоровления части крайне тяжелых больных, которые без спонтанного развития пролапса головного мозга не имели бы абсолютно никаких шансов на выздоровление.

Разумеется, отмеченный факт позволил нам разработать методические основы хирургической провокации пролапса голов-

ного мозга в качестве крайней меры реанимации агонирующих больных с отогенными внутричерепными осложнениями.

Сравнительно недавно, чуть более четырех лет назад, такая методика в борьбе с гипертензионным синдромом – непосредственной причиной летального исхода больных, нами была использована после хирургического удаления обширной фибромы, занимающей решетчатый лабиринт, лобные пазухи и распространяющейся с двух сторон в глазницы и передние черепные ямки. Клинический интерес данного наблюдения был связан не только с указанным размером и распространенностью опухоли, методикой ее удаления, но и со своеобразным, редчайшим течением послеоперационного периода, потребовавшим проведения неординарных манипуляций, направленных на предупреждение летального исхода.

Приводим выписку из истории болезни этого больного.

Больной И., 50 лет, поступил 25.12.03 г. с жалобами на головную боль, наличие болезненных подкожных опухолевидных образований, расположенных над правой лобной пазухой и с двух сторон у переносицы со смещением глазных яблок, более значительным справа. Больным себя считает 3 года. В течение этого времени перечисленные признаки появились и постепенно нарастали. В связи с этими изменениями он вынужден был обратиться за помощью.

Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Чувствительных расстройств, поясничных и менингеальных знаков нет. Экзофтальм двусторонний. Глазные яблоки подвижные, но смещены в сторону и кнаружи, больше справа. Visus 1,0 с обеих сторон. В области медиальных отделов нижних стенок лобных пазух и переносицы определяются костные дефекты, через которые подкожно выпячивается опухоль. Они безболезненные, плотно-эластичной консистенции. Чуть выше правой лобной пазухи подкожно определяется плотное, уплощенное округлое образование размером 4х4 см. Дыхание через нос свободное, его слизистая оболочка бледно-розовая. В среднем носовом ходе справа слизисто-гнойное отделяемое.

Результаты обследования. Застойные соски зрительных нервов, на ЭЭГ выраженная дисфункция базальных образований лобных долей. Порог судорожной готовности снижен. Эхо ЭГ смещения срединных структур головного мозга не выявила. Имеются

Диагноз: Опухоль лобных пазух с прорастанием в переднюю черепную ямку, решетчатые лабиринты и глазницы.

90

Удаленный макропрепарат – опухоль. По форме она была представлена двумя большого размера сверху и двумя меньшего размера снизу шаровидными образованиями, соединенными своей более узкой частью по месту расположения переносицы. Поверхность опухоли крупно-плоскообразная с едва улавливаемыми выпячиваниями. Она имеет плотно-эластическую консистенцию и весит около 150 г. При гистологическом исследовании диагностирована фиброма.

91

прекратилась. Обнаженная поверхность мозгового вещества постепенно очистилась, покрылась грануляциями. Состояние больного значительно улучшилось. Однако на 24-е сутки после операции состояние больного вновь ухудшилось. Он перестал выполнять команды, появилась очаговая симптоматика – парез конечностей справа. 6.02.2004 г. была произведена ЯМРТ. На ней в левой лобной доле головного мозга виден участок размягчения мозгового вещества и больших размеров полость, заполненная газом. Видно, что последняя сдавливает передние отделы боковых желудочков и мозгового вещества теменной доли (рис. 7). Во время пункции отсосано до 12 мл воздуха. После такой манипуляции стенка кисты западала и появлялась пульсация. После 5-кратной указанной пункции киста заполнилась ликвором и постепенно явления правостороннего пареза в конечности уменьшились.

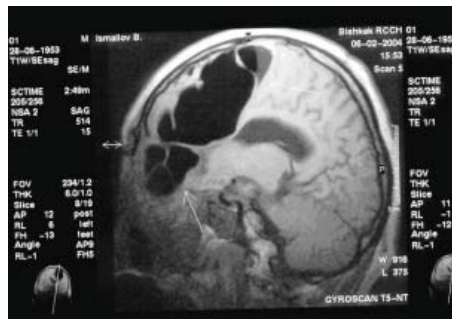


Рис. 7. МРТ мозга больного И.



Рис. 8. Вид больного И. перед выпиской

Перед выпиской больному произведена кожная пластика раны. Выписан в удовлетворительном состоянии. По информации врача от 22.04.05 г., больной чувствует себя хорошо. На головную боль не жалуется. Проявления правостороннего гемипареза исчезли. Восстановилась речь, беспокоит плохая память.

Приведенное наблюдение представляет практический интерес в связи с: 1) гигантскими размерами фибромы лобных пазух, пенетрирующей в головной мозг, глазницу, решетчатый лабиринт; 2) масштабом хирургического вмешательства, осложненного значительным дефектом ТМО и травмой передней церебральной артерии, обусловленными особенностями роста опухоли и ее кровоснабжения; 3) несостоятельностью закрытия большого

дефекта ТМО и облитерации просвета лобных пазух свободным массивным мышечно-фасциальным лоскутом без питающей сосудистой ножки, что привело к его некрозу, развитию гнойного менингоэнцефалита, появлению участка размягчения в лобной доле головного мозга и редко встречающейся полости, заполненной газом; 4) использованием в качестве крайней меры ликвидации перечисленных послеоперационных осложнений, несомненно, приведших бы к летальному исходу. Открытый способ ведения операционной раны, который сыграл решающую роль в спасении жизни больного и, насколько возможно, к его функциональной реабилитации.

Не меньший клинический интерес представляют и отдельные наблюдения, в которых техника выполнения органосохраняющих и в то же время реконструктивных операций на трахее и прилегающих к ней органах была осуществлена по оригинальной методике, позволяющей добиться результата, заслуживающего внимания.

В нашей работе были такого рода наблюдения. В частности, в одном из них было сочетанное поражение трахеи и щитовидной железы (цилиндрома), в другом – трахеи и пищевода (трахеопищеводный свищ).

Приводим краткие выписки из историй болезни этих пациентов.

Больная А., 51 год, поступила в ЛОР-клинику 12.12.84 г. с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, затрудненное дыхание при физической нагрузке. В 1979 г. в связи с приступами удушья была произведена трахеостомия. Позднее была удалена опухоль трахеи (цилиндрома) и больная была деканюлирована. За месяц до поступления на шее появилось увеличивающееся в размерах опухолевидное образование.

При поступлении: на шее – срединный рубец, левее от него – опухолевидное образование размером 10×8×6 см, твердоэластичной консистенции, безболезненное, спаянное с гортанью и трахеей (рис. 9).

При непрямой ларингоскопии опухоль определяется в подскладочном пространстве; она розового цвета с бугристой поверхностью. При рентгеномногографическом исследовании в области шеи слева – круглая тень, трахея смещена вправо, контуры просвета сужены.



Рис. 9. Больная А.
до операции



Рис. 10. После
операции

Во время операции (26.12.1984 г.), осуществленной под интубационным наркозом, после вскрытия трахеи удалена большая опухоль, захватывающая левую долю щитовидной железы, распространяющаяся на левую надключичную ямку и прорастающая в просвет трахеи и гортани. После иссечения пораженной части трахеи образовался циркулярный дефект в пределах первых четырех полуколец трахеи ниже дуги перстневидного хряща. После мобилизации грудного отдела трахеи наложен гортанотрахеальный анастомоз. На уровне 6–7-го хрящей трахеи сформирована стойкая бесканюльная трахеостома (рис. 10).

При гистологическом исследовании удаленной опухоли установлена цилиндрома с четко определяющимися признаками инфильтрирующего роста.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением.

При выписке правая голосовая складка находится в парамедиальном положении, неподвижная, левая половина гортани на уровне голосовой щели и ниже характеризуется достаточной подвижностью. Дыхание при закрытой трахеостоме свободное. Выписана 11.01.1985 г. в хорошем состоянии (рис. 10). Через месяц после этого ей было произведено пластическое ушивание трахеостомы.

Б-ная К-ва, 21 год, поступила в клинику 27.03.01 г. по поводу трахеопищеводного свища.

Причина его появления была связана с длительной интубацией, которая потребовалась (согласно информации) в связи с осложненной беременностью, сопровождающейся эклампсией и потребовавшей удаления матки. Из-за нарушения разделитель-

ной функции, необходимой для прохождения пищи и жидкости (практически тотальный их заброс в дыхательные пути через трахеопищеводный свищ), 21.11.00 г. в хирургическом отделении была произведена гастростомия, а 8.01.01 г. там же была выполнена шейная чрезкожная медиастинотомия слева с ушиванием трахеопищеводного свища. Ушитые раны на трахее и пищеводе оказались несостоятельными, что явилось причиной неудачи – трахеопищеводный свищ сохранился.

Учитывая отмеченное, мы решили проблему устранения трахеопищеводного отверстия другим путем.

После обнажения передней стенки трахеи на необходимой протяженности мы осуществили ее продольное рассечение по

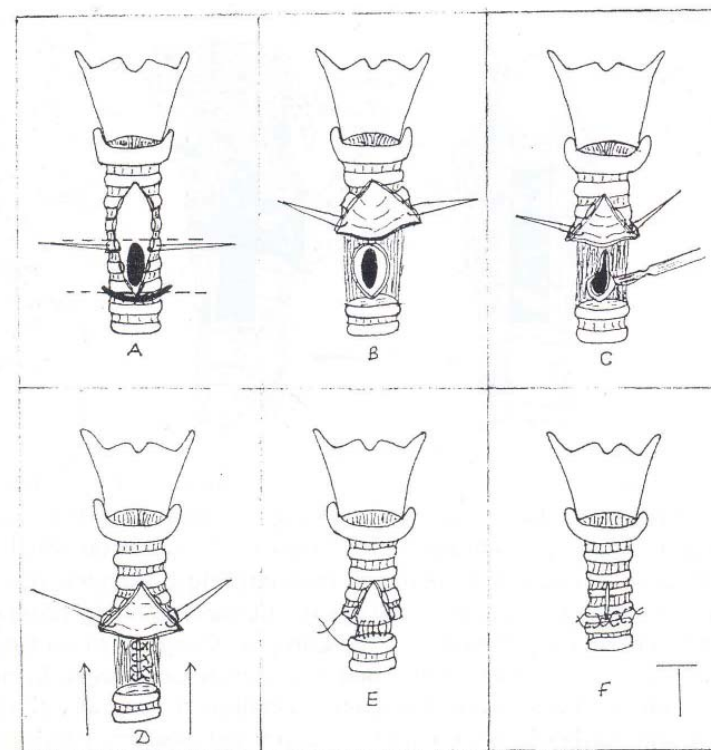


Рис. 11. Схематическое представление этапов устранения трахеопищеводного дефекта (по Г.А. Фейгину и Ж.С. Сулайманову)

средней линии. Через полученное отверстие был осмотрен трахеопищеводный дефект, имеющий овальную форму с максимальными размерами в длину 1,6 см и в ширину 0,8 см. После этого было осуществлено циркулярное иссечение трахеи, по размерам точно соответствующее верхнему и нижнему краю трахеопищеводного отверстия, однако с сохранением задней стенки трахеи у дефекта шириной 0,5 см по всему периметру. Эта стенка по направлению к дефекту была отсепарована со всех сторон, завернута внутрь и сшита без натяжения. Затем из грудной клетки был мобилизован дистальный отрезок трахеи и осуществлено сшивание ее по всему периметру конец в конец.

Достоинствами такой методики устранения относительно обширного трахеопищеводного дефекта явились: 1 – укрепление стенки пищевода за счет задней стенки трахеи и ушивание его краев хромированным кетгутом без натяжения; 2 – свобода и точность проведения всех необходимых манипуляций при прямом доступе к дефекту в пищеводе; 3 – отсутствие продольного противостояния операционных ран на трахее после сшивания ее конец в конец и на пищеводе после ушивания его дефекта по описанной методике.

Именно представленные достоинства использованной нами методики устранения трахеопищеводного свища наряду с особенностями послеоперационного ведения больных способствовали гладкому заживлению ран. На 12-й день после операции были сняты швы, из гастростомы была удалена трубка, больная начала питаться естественным путем и была выписана.

Эти два наблюдения позволили нам встретиться с редкой ситуацией, при которой решение хирургической задачи, если и можно было осуществить общепринятым способом, но с высокими шансами на неудачу. В случае, где была осуществлена попытка устранить трахеопищеводный свищ после бокового чрезшейного подхода к нему, несостоятельность вмешательства, как нам кажется, была обусловлена следующими причинами.

Во-первых, трахеопищеводный свищ был значительных размеров. При такой ситуации освежение краев отверстия в пищеводе в какой-то степени увеличивало его размеры. А это, если не использовался дополнительный пластический материал, могло обусловить ушивание краев дефекта в пищеводе с натяжением и деформацией его просвета. Само собой разумеется, такой

вариант устранения дефекта в названном органе нежелателен, поскольку он чреват расхождением швов. Во-вторых, что также нежелательно, неудача осуществленного хирургического вмешательства через боковой доступ к пищеводу и трахее и последующее их разъединение, позволяющее получить визуальный контроль за хирургическими манипуляциями, сопряжено со значительной вероятностью повреждения возвратного гортанного нерва и не устраняет противостояния ушитых ран на трахее и пищеводе, что и было отмечено у больной после первого хирургического вмешательства.

Описанная нами казуистическая методика ушивания трахеопищеводного свища лишена указанных недостатков и поэтому заслуживает внимания. Она утверждена в качестве изобретения.

То же самое можно утверждать и в отношении приведенной информации, касающейся больной с обширной цилиндромой щитовидной железы и трахеи.

Подводя итог изложенного, мы можем отметить, что каждый случай, отражающий казуистическое возникновение и течение заболевания, а также редкие варианты патологии и необычные способы решения терапевтических задач, при работе специалиста в той или иной области клинической дисциплины могут быть чрезвычайно редкими или даже не встретиться в течение всей трудовой жизни. Это можно утверждать на основании знакомства с разделом “наблюдения из практики”, представленным в журналах и других изданиях, имеющих отношение к оториноларингологии – хирургии головы и шеи.

Разумеется, что знакомство с каждым из подобного рода казуистических наблюдений обогащает кругозор специалиста, повышает его диагностические и терапевтические возможности. В свою очередь, отмеченное позволяет в необычных, порою казуистических ситуациях расширить диапазон помощи населению.

Поэтому желательно, чтобы сообщения о каждом подобного рода наблюдении стали достоянием широкого круга специалистов соответствующего медицинского профиля. Это тем более важно, поскольку они представляют возможность суммировать информацию, которая отличается неимоверным богатством и ценностью, которую трудно переоценить, что собственно иллюстрируется и нашими наблюдениями.

2.2. Эмпирическая антимикробная терапия при оториноларингологических заболеваниях и в хирургии головы и шеи

В борьбе с микроорганизмами, имеющими чрезвычайно высокие адаптационные свойства, человек никогда не будет абсолютным победителем. Поэтому необходимо стремиться к осмысленному и мудрому применению имеющегося арсенала антиинфекционных лекарственных средств...

Л.С. Стручанский

Человек одарен способностью наблюдать. Это позволяло ему обнаруживать и регистрировать факты, анализировать их, накапливать и определять случайности и закономерности. И те и другие имеют неоспоримую значимость, поскольку позволяют формировать идеи, а следовательно, “рожать” задачи, которые затем предстоит решать для того, чтобы обогатить наши знания по той или иной проблеме. Это в полной мере относится к фармации и клинической медицине. В результате они пополняются новыми предложениями, позволяющими повышать эффективность борьбы с болезнями.

История развития названных дисциплин подтверждает отмеченное. В частности, достаточно убедительным в этом отношении является открытие антибактериальной активности пенициллина Александром Флемингом (Шотландия) и работа по выделению названного препарата в чистом виде, пригодного для инъекций, осуществленная Г. Флори (Австралия), Э.Б. Чейни (Англия) и З.В. Ермольевой (СССР). Этот эпизод, наряду с открытием стрептомицина Зельманом Ваксманом, не только позволили спасти не один миллион жизней, но и явились мощным генератором множества исследований, направленных на поиски лекарственных препаратов, обладающих бактерицидным или бактериостатическим действиями. В результате теперь их множество. При этом поток создания такого рода антибиотиков и химиопрепаратов довольно быстро возрастает, но одновременно растет и устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам. Поэтому необходимы рекомендации по особенностям их использования, в том числе при воспалительных заболеваниях ЛОР-органов, головы и шеи. Поэтому мы сочли необходимым провести соответствующие исследования и сформулировать основные положения,

которыми можно руководствоваться при необходимости проводить антимикробную терапию.

Этиотропная и патогенетическая роль инфекции в возникновении и течении подавляющего большинства заболеваний ЛОР-органов, головы и шеи с достаточной убедительностью объясняет то внимание, которое придается в оториноларингологии – хирургии головы и шеи антимикробной терапии. В сообщениях, имеющих отношение к этой области практической медицины, подчеркивается, что успешное использование средств, воздействующих на бактериальную, грибковую и вирусную инфекцию, предоставляемых современной фармацией, при лечении заболеваний с указанной локализацией воспалительного процесса может быть результативным только в том случае, если имеющиеся возможности обосновываются бактериологической диагностикой заболеваний и опытом использования лекарственных препаратов. К такой постановке работы нужно стремиться. Однако она, к сожалению, не всегда возможна. Во-первых, не во всех регионах республики, особенно в сельских, есть бактериологические лаборатории; во-вторых, не все они оснащены современной аппаратурой, реактивами, что в большей или в меньшей степени негативно отражается на достоверности результатов по идентификации причастной к патологии микрофлоры, а следовательно, ее чувствительности к антимикробным препаратам; в-третьих, нередко встречающейся необходимостью незамедлительного назначения лечения при неотложных состояниях до получения результатов бактериологической диагностики заболеваний. Поэтому в руководствах и справочных пособиях по антимикробной терапии принято приводить рекомендации по эмпирической антимикробной терапии наиболее часто встречающихся заболеваний, в том числе с локализацией в ЛОР-органах, на голове и шее. К достоинствам такого рода информации следует причислить то, что она позволяет избежать массовых ошибок, приводящих порою к непоправимому вреду, а также, что в ней назначение средств антимикробного действия учитывает изменчивость микроорганизмов и достижения современной фармации. Кроме того, предлагает возможные варианты комбинаций антимикробных препаратов с теми или иными вариантами патогенетического и хирургического лечения, без которых порою немислим успех терапии воспалительных заболеваний инфекционной природы.

В частности, обновление информации по эмпирической анти-микробной терапии заболеваний ЛОР-органов, головы и шеи проводит Американская Академия ОРЛ-ХГШ каждые 2–3 года (D.N. Fairbanks, 1996, 2001). Она имеется и в других справочных пособиях, увидевших свет на протяжении последних трех десятилетий (Б.Л. Французов, С.Б. Французова, 1981; Л.С. Стручанский с соавт., 2002 и др.).

Учитывая отмеченное, мы осмелились представить рекомендации по эмпирической терапии при оториноларингологических заболеваниях и некоторых гнойно-воспалительных заболеваниях головы и шеи, которые учитывают возможности ее использования в Кыргызской Республике. В ней, разумеется, учитываются сообщения специальной литературы, имеющие отношение к разбираемой проблеме, наш многолетний опыт лечения больных, а также самая последняя информация по чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам, нашедшим широкое применение в оториноларингологии – хирургии головы и шеи (см. табл. 1–3).

Как следует из данных, представленных в таблицах, лишь β-лактамы ингибиторы (Meropenem, Imipenem-Tienam) и некоторые фторхинолоновые препараты (Levofloxacin, Gatifloxacin, Moxifloxacin) обладают широким спектром антимикробного действия. Он распространяется на большинство грамположительных и грамотрицательных аэробов и почти всех анаэробов. Это позволяет ожидать положительный результат от включения их в терапию подавляющего большинства заболеваний ЛОР-органов, развитие и течение которых обусловлено инфекцией. Однако перечисленные антибактериальные средства могут использоваться только в исключительных случаях. Это связано с тем, что их назначение требует больших финансовых затрат и угрожает развитием дисбактериоза и суперинфекции в большей степени, нежели другие антибактериальные препараты. Кроме того, в их спектре антимикробного действия есть, хотя и единичные, пробелы. В частности, β-лактамы ингибиторы недостаточно эффективны против резистентных золотистых стафилококков, а названные фторхинолоны, хотя и действуют на представителей анаэробной микрофлоры, тем не менее не на всех достаточно эффективно. Кроме этого, вне их внимания оказывается и грибковая флора, которая при заболеваниях ЛОР-органов обнару-

Таблица 1

Антимикробный спектр действия препаратов пенициллина и фторхинолонов

Penicillins, imipenem, aztreonam, fluoroquinolones																										
Organisms	Antistaphylococcal Penicillins						Amino-Penicillins			Anti-Pseudomonal Penicillins						Fluoroquinotones										
	Penicillin G	Penicillin V	Metixicillin	Nafcillin/ Oxacillin	Cloxacillin/ Dicloxacillin	Amp/Amox	Amox/Clav	Amp/Subl	Ticarcillin	Ticar/Clav	Pip/Tazo	Mexcloicillin	Piperacillin	Imipenem	Meropenem	Aztreonam	Ciprofloxacin	Oloxacin	Lomefloxacin	Pefloxacin	Lavofloxacin	Sparfloxacin	Trovafloxacin	Gatifloxacin	Moxifloxacin	Gemifloxacin
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
1																										
GRAM-POSITIVE:																										
Strep. Group A, B, C, G	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	0	0	+	+	+	+	+	+
Strep. pneumoniae	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	0	0	+	+	+	+	+	+
Viridans strep. millert	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0			+	+	+	+	+	+
Enterococcus faecalis	+	+	0	0	0	+	+	+	±	±	+	+	+	+	±	0			0		+	+	+	+	+	+
Enterococcus faecium	±	±	0	0	0	+	+	+	±	±	±	±	±	±	0	0	0	0	0	0	0	±	±	±	±	±

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Staph. aureus (MSSA)	0	0	+	+	+	0	+	+	0	+	+	0	0	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Staph. aureus (MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	±	±	±	±	±	±
Staph. epidermidis	0	0	±	±	±	±	+	+	±	±	+	0	0	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
C. jejuni	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L. monocytogenes	+	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	±	±
GRAM-NEGATIVE:																										
N. gonorrhoeae	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
N. meningitidis	+	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
M. catarrhalis	0	0	0	0	0	0	+	+	0	+	+	0	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
H. influenzae	0	0	0	0	0	±	+	+	±	+	+	±	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
E. coli	0	0	0	0	0	±	+	+	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Klebsiella sp.	0	0	0	0	0	0	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Enterobacter sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Serratia sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Salmonella sp.	0	0	0	0	0	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Shigella sp.	0	0	0	0	0	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Proteus mirabilis	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Proteus vulgaris	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Providencia sp.	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Morganella sp.	0	0	0	0	0	0	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Citrobacter sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
Aeromonas sp.		0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Acinetobacter sp.		0	0	0	0	0	0	0	+	0	+	+	0	0	+	+	0	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±
Ps. aeruginosa		0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	+	0	±	±	±	±
B. (Ps.) cepacia		0	0	0	0	0	0	0	0	0					+	+	0	0	0	0			±		0	0	
S. (X.) maltophilia		0	0	0	0	0	0	0	0		+	0	±	+	0	0	0	0	0	0	0	0	±	±	±	+	+
Y. enterocolitica		0	0	0	0	0	0	±	±	±	+		+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Legionella sp.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
P. multocida		+	+	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
H. ducreyi		+					0	+	+																		
MISC.:																											
Chlamydia sp.		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0	+	+	+	+	+	+	+	+	
M. pneumoniae		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				+	+	0	0	+	+	+	+	+	
ANAEROBES:																											
Actinomyces		+	±	0	0	0	+	+	+					+	+		0	0	±						+	+	
Bacteroides fragilis		0	±	0	0	0	0	+	+	0	+	+	0	0	+	+	0	0	0	0	0	0	0	+	+	±	
P. Melaninogenica		+	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	±	0	+	+	+	+	+	+	
Clostridium difficile		+						+					+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	±	±	±	
Clostridium (not) difficile		+	+				+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±	0		+	0	+	+	+	
Peptostreptococcus sp.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	±	+	+	+	+	+	+	+	

(+) – эффективность действия более чем 60%

(±) – эффективность действия 30–60%

(0) – эффективность действия менее чем 30%

Таблица 2

Organisms	Aminoglycosides				Clindamycin Chloramphenicol	Macrolides			Tetracyclines		Glycopeptides		Trimethoprim Fusidic Acid TMP/SMX	Urinary tract agents			Miscellaneous					
	Gentamicin	Tobramycin	Amikacin	Netilmicin		Erythro/Dirithro	Axithromycin	Clarithromycin	Doxycycline	Minocycline	Vancomycin	Telicoplanin		Nitrofurantoin	Enoxacin	Rifampin	Metronidazole	Quinupristin/ dallopristin	Linezolid			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
GRAM- POSITIVE:																						
Strep. Group A, B, C, G	0	0	0	0	+	+	+	+	+	±	+	+	+	±	+	+	+	0	+	0	+	+
Strep. pneumoniae	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	±	±	±	±	±	0	±	±
Enterococcus faecalis					±	0	0	0	0	0	0	±	±	+	0	0	0	0	±	0	0	+
Enterococcus faecium		0	0	0	±	0	0	0	0	0	0	±	±	+	0	0	0	0	0	0	+	+
Staph. aureus (MSSA)	+	+	+	+	±	±	±	+	+	±	+	+	+	+	±	±	+	+	+	0	+	+
Staph. aureus (MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	0	0	0	0	+	0	+	+
Staph. epidermidis	±	±	±	±	0	0	±	±		0	0	+	±	+	+	±	+	+	+	0	+	+
C. jejketum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	+	+	0	0	0	0	+	0	+	+
L. monocytogenes					+		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			+	0	+	+

Продолжение табл. 2

[illegible]

Chlamydia sp.	0	0	0	0	0	+	±	+	+	+	+	+		0	0	17	18	19	20	21	22	23
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
M. pneumoniae	0	0	0	0	+	0	+	+	+	+	+			0					0	+	±	
Rickettsia sp.	0	0	0	0	+		±			+	+	0	0	0					0			
Mycobacterium avium								+	+										0	0	+	
ANAEROBES:																						
Actinomyces	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	+		+					0			
Bacteroides fragilis	0	0	0	0	+	+	0	0	0	±	±	0			+	0		0	+	+	±	
P. Melaninogenica	0	0	0	0	+	+	+	+	+	+	+	0		+				0		+	+	
Clostridium difficile	0	0	0	0	±							+	+				0	0	+	+	±	±
Clostridium (not) difficile					+		±	+	+	+	+	+	+	+					+	+	+	+
Peptostreptococcus sp.	0	0	0	0	+	+	±	+	+	+	+	0	0	+					+	+	+	+

(+) – эффективность действия более чем 60%

(±) – эффективность действия 30–60%

(0) – эффективность действия менее чем 30%

Таблица 3

Антимикробный спектр действия цефалоспоринов

Organisms	1 st Genera- tion	2 nd Generation		3 rd / 4 th Generation								1 st Gen- eration	2 nd Generation				3 rd Generation			
	Cefazolin	Cefotetan	Cefoxitin	Cefuroxime	Cefotaxime	Ceftizoxime	Ceftriaxone	Cefoperazone	Ceftazidime	Cefepime	Cefadroxil	Cephalexin	Cefaclor/ Loracarbef	Cefprozil	Cefurox. Axetil	Cefixime	Cefibuten	Cefamet-Piv.	Cefpodox/ Cefdinir	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
GRAM-POSITIVE:																				
Strep, Group A, B, C, G	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Strep, pneumoniae	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+	
Viridans strep	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	±	+	
Enterococcus faecalis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Staph. aureus (MSSA)	+	+	+	+	+	+	+	+	±	+	+	+	+	0	+	0	0	0	+	
Staph. aureus (MRSA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Staph. epidermidis	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	±	0	0	0	±	
C. jejuni	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0			
L. monocytogenes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
GRAM-NEGATIVE:																				
N. gonorrhoeae	+	±	±	±	±	±	+	±	±	+	0	0	±	±	±	+	±	±	+	
N. meningitidis	0	±	±	+	+	±	+	±	±	+	0	0	±	±	±	+	±			
M. Catarrhalis	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	

Продолжение табл. 3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<i>H. influenzae</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>E. coll</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Klebsiella</i> sp.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Enterobacter</i> sp.	0	±	0	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	0	±	0	0
<i>Serratia</i> sp.	0	+	0	0	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	±	±	0	0
<i>Salmonella</i> sp.					+	+	+	+			0								
<i>Shigella</i> sp.											0								
<i>Proteus mirabilis</i>	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Proteus vulgaris</i>	0	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	0	+	+	+	±
<i>Morganella</i> sp.	0	+	+	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0	±	0	0	0	0
<i>C. freundi</i>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>C. diversus</i>	0	±	±	±	+	+	+	+	+	+	0	0	0	0		+			
<i>Citobacter</i> sp.	0	±	±	±	+	+	+	+	+	+			±	0	±	+	+	±	+
<i>Aeromonas</i> sp.	0	+	±	+	+	+	+	+	+	+						+	+	+	
<i>Acinetobacter</i> sp.	0	0	0	0	+	+	+	0	+	±	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Ps. aeruginosa</i>	0	0	0	0	±	±	±	+	+	+	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>B. (Ps.) cepacia</i>	0	0	0	0	+	+	+	+	+	±	0	0	0	0	0	0	+		
<i>S. (X.) mattophilia</i>	0	0	0	0	0	0	0	±	±	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
<i>Y. enterocolitica</i>	0	±	±	±	+	+	+	±	±	+						+	+	+	
<i>Legionella</i> sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0
<i>P. multocida</i>					+	+	+	+			0					+			+
<i>H. ducreyi</i>		+			+	+	+		+							+			
ANAEROBES:																			

Окончание табл. 3

Actinomycetes							+	+											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
<i>Bacteroides fragilis</i>	0	+	+	0	0	±	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	
<i>P. Melaninogenica</i>		+	+	+	+	+	±	+	+	0			+	+	+	+		+	
<i>Clostridium difficile</i>			0		0	0	0	0		0									
<i>Clostridium (not) difficile</i>		+	+	+	+	+	+	+	+										
<i>Peptostreptococcus</i> sp.		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	0			

(+) – эффективность действия более чем 60%

(±) – эффективность действия 30–60%

(0) – эффективность действия менее чем 30%

живается, как известно, довольно часто. Что касается остальных антибактериальных препаратов, то все они имеют больший или меньший дефицит в спектре антимикробного действия. Поэтому использование их при проведении эмпирической терапии должно базироваться на информации о микрофлоре, которая играет этиотропную и патогенетическую роль при заболеваниях ЛОР-органов, головы и шеи.

При воспалительных заболеваниях наружного слухового прохода антимикробная терапия должна базироваться, как и при других заболеваниях, обусловленных агрессией микроорганизмов, на результатах исследований, характеризующих микробный пейзаж очагов воспаления. В связи с этим следует отметить, что во многих случаях основным возбудителем таких заболеваний, как фолликулит, фурункул, диффузное воспаление наружного слухового прохода, является *Staph. aureus*. Наряду с этим представителем микромира при указанных заболеваниях могут иногда выделяться гноеродные стрептококки, синегнойная палочка, бактерии группы протей и клебсиелл, а также другие грамотрицательные микробы. Воспаление наружного слухового прохода, отличающееся упорным течением, может быть обусловлено и грибковой микрофлорой. При такой генетической связи наружного отита преобладающим возбудителем является *Aspergillus* (*niger*, *flavus*, *fumigatus*), а также *Candida albicans* (D.N.F.Fairbanks). Другие грибки так же могут быть причастными к развитию и поддержанию воспалительного процесса в наружном слуховом проходе, однако намного реже.

Учитывая все изложенное, антимикробная терапия, как местная, так и общая, при фолликулитах и фурункулах наружных слуховых проходов в подавляющем большинстве случаев должна быть направлена на борьбу с золотистым стафилококком и в то же время не игнорировать основной вид лечения этих заболеваний и, в первую очередь, их хирургическое вскрытие и удаление некротического стержня. При выполнении этого условия или на начальных этапах развития названных заболеваний, когда еще нет показаний к хирургическому вмешательству, следует назначить амоксициллин или амоксициллина-клавулонат (амоксиклав, аугментин) или же ампициллина-сулбактам (уназин). В качестве альтернативного средства общей антибактериальной терапии могут быть предложены цефалоспорины 1-го или 2-го поколений, а

также фторхинолоны. Последние могут оказаться необходимыми при упорном и рецидивирующем течении этих заболеваний.

При диффузном отите, при котором микробный пейзаж отличается большим разнообразием, следует отдавать предпочтение местной антибактериальной и противогрибковой терапиям. Для проведения этиотропной терапии следует чаще прибегать к помощи антибактериальных препаратов широкого спектра действия, у которых местный терапевтический эффект оказывается достаточно надежным против грамположительных кокков, грамотрицательных бактерий, в том числе палочковых форм, включая группу *Pseudomonas*. К числу таковых можно отнести цефалоспорины в сочетании с аминогликозидами или фторхинолоны. При грибковом генезе заболеваний желательнее использовать средства, которые ликвидируют рост *Aspergillus* и *Candida*. К числу таких препаратов выбора для местного лечения можно рекомендовать амфотерицин В (*Amphotericin B*), флуконазол (*Fluconazole*), нистатин (*Nistatin*) и другие. При мокнущих дерматозах лучше вводить перечисленные антибактериальные и противогрибковые препараты в виде растворов или жидких взвесей на турундах и чередовать в течение суток, хотя бы один раз, с составом препаратов, обладающих местным противовоспалительным, антиаллергическим и противозудным действиями (*Zinci oxydi* 2.0, *Mentholi* 0.1, *Anaesthesini* 0.5, *Novocaini* 0.3, *Susp. Hydrocortizoni* 2.0, *Glycerini* 7.0, *Spiritus aethylici* 96% 10.0). При сухих дерматозах можно использовать мази, в составе которых присутствуют антибактериальные или противогрибковые препараты и кортикостероиды. В настоящее время число и разнообразие таких мазей достаточно большое и к тому же в некоторые из них дополнительно включены средства, обладающие способностью уменьшать и даже ликвидировать ощущение зуда и боли.

Среди заболеваний наружного уха особое место по тяжести воспалительного процесса занимает хондроперихондрит ушной раковины (злокачественное воспаление наружного слухового прохода). Как известно, основным возбудителем этого тяжелого заболевания является палочка сине-зеленого гноя, отличающаяся особой устойчивостью. К антибактериальным препаратам, обладающим достаточной активностью против этого возбудителя, можно причислить антипсевдомонасные пенициллины (*Tecarcillin*, *Tecarcillin-Clavulonate*, *Piperacillin*, *Piperacillin-Tazobactam*,

Mezioscillin), некоторые фторхинолоны (Ciprofloxacin, Levofloxacin), ингибиторы β -лактамаз (Imipenem, Meropenem), цефалоспорины 3-го и 4-го поколений, однако с большей надежностью только некоторые из них (Cefoperazone, Ceftazidime, Cefepime) и в сочетании с аминогликозидами (Gentamycin, Tobramycin, Amikacin). Очень высокая стоимость большей части названных препаратов ограничивает их назначение. Поэтому в качестве препаратов выбора и альтернативного использования в той или иной последовательности можно считать назначение либо названных фторхинолонов (Ciprofloxacin, Levofloxacin), либо комбинацию цефалоспоринов 3-го поколения и названных аминогликозидов. Однако при этом следует иметь в виду, что только лекарственная терапия при этом заболевании, какой бы мощной она не была, не отличается достаточной эффективностью. Поэтому ведущим методом лечения хондроперихондрита ушной раковины является хирургический. При его выполнении через широкий разрез с задней стороны ушной раковины необходимо тщательно убрать весь некротизированный хрящ без надхрящницы. Последнюю следует тщательно зачистить. Всю рану обработать названными антибиотиками и при ушивании последней с помощью марлевых валиков поддержать, а местами даже сформировать контуры ушной раковины. И если в послеоперационном периоде назначить препараты указанного выбора или альтернативного лечения, то можно рассчитывать на быстрый терапевтический эффект и малую вероятность развития осложнений. Разумеется, что в отличие от всех других больных с наружными отитами эти больные требуют лечения в стационарных условиях хотя бы в первые несколько дней его проведения.

При острых заболеваниях среднего уха и параназальных синусов инфекция в них проникает соответственно через слуховую трубу и соустья из носоглотки и полости носа, где постоянно вегетируют *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*. Поэтому их при острых заболеваниях в указанных ЛОР-органах, как причину развития патологического процесса, регистрируют более чем в 70% наблюдений (D.N.F. Fairbanks, 2001; Дж. Стенфорд с соавт., 1996; G. Bodey annal., 1995 и мн. др.). Этими данными и объясняется, что препаратами выбора для лечения названных заболеваний могут быть признаны Ampicillini и Amoxycillini, а в более тяжелых случаях – их ком-

бинации соответственно с сулбактамом (Unasyn) и клавулоном (Augmentin, Amoxyclav). В качестве альтернативных средств лечения могут быть предложены цефалоспорины 2-го поколения, например Cefaclor (Ceclor), Cefuroxime (Zinnat, Ceftin) или, как исключение, цефалоспорины 3-го поколения. Пациентам, сенситизированным к препаратам пенициллинового ряда, можно назначить комбинацию эритромицина (*S.pneumoniae*) и сульфаниламидов с триметопримом (*H.influenzae*). Однако следует иметь в виду, что высокоустойчивые штаммы названных микроорганизмов могут быть нечувствительными к эритромицину и сульфаниламидам. В таком случае можно прибегнуть к помощи Vancomycin'a в сочетании с Rifampicin'ом или без него.

Следует отметить, что иногда регистрируемый успех лечения острых воспалений среднего уха и параназальных синусов достигается при назначении средств лечения, не имеющих бактериологического обоснования. И это не удивительно, поскольку в значительном числе наблюдений при названных заболеваниях наступает спонтанное выздоровление. В таких случаях при назначении неадекватного лечения ему придается незаслуженная положительная оценка. В то же время терапия, не имеющая базисного основания, не так уж редко может привести к затяжному течению заболевания и переходу его в хроническое. В таких случаях характер микрофлоры в среднем ухе и параназальных синусах меняется и основы терапии названных заболеваний начинают быть сходными с таковыми, которые целесообразно осуществлять при хронических гнойных средних отитах и синуситах.

При хроническом гнойном воспалении среднего уха в экссудате обнаруживаются представители аэробной и анаэробной микрофлоры, причем в пределах 50% они определяются в комбинациях. Среди первых с различной частотой определяются *Pseudomonas aeruginosa*, *Staph.aureus*, *Staph.epidermidis*, *Klebsiella*, *E.coli*, *Proteus sp.*, *Enterobacter*, *Diphtheroids*, *Neisseria*, *Streptococcus sp.* К числу обнаруживаемых анаэробов причисляют *Bacteroides fragilis et al. species*, *Peptococcus sp.*, *Veillonella sp.*, *Peptostreptococcus*. Особенно трудным для терапии оказывается воспалительный процесс, когда в среднем ухе при его хроническом воспалении вегетируют представители внутрибольничной инфекции. Среди них начинают преобладать, причем значительно, высокоустойчивые ко многим антибактериальным пре-

паратам *Pseudomonas aeruginosa*, число находок которого достигает 48%, *Staph.aureus*, *Bacteroides fragilis* и др. (Г.А. Фейгин, Т.Н. Судакова, 1966).

При представлении сведений, имеющих отношение к хроническим гнойным средним отитам, нельзя игнорировать и то, что в экссудате из среднего уха не так редко вегетирует и грибковая флора. Сегодня ей придается большое значение. Приведенные данные позволяют прийти к выводу, что антимикробная терапия хронических гнойных средних отитов является более сложной и имеет свои отличительные особенности. При ее проведении особое значение приобретает местная терапия, позволяющая создать высокую концентрацию антимикробных препаратов в очаге воспаления и являющаяся поэтому эффективней, нежели общая. Однако и она не всесильна. Успех ее зависит не только от правильного выбора антибактериальных средств, но и от учета особенностей анатомического строения уха и характера изменений в нем. Не меньшую роль при таком лечении играет и различное сочетание препаратов антимикробного и патогенетического действия. Именно этим можно объяснить состав подавляющего большинства официальных капель, используемых для лечения гнойного воспаления среднего уха, в которых сочетается антибактериальный и кортикостероидный препараты (Софрадекс, Кортикоспорин, Колимицин, Отоспорин, Комбизон, Гаразон, Дексон, Анаурин, Полидекса, Floxin otic, Cipro otic и др.). В большинстве из этих официальных средств аминогликозиды (неомицин и гентамицин), а также фторхинолоны сочетаются с полимиксином (иногда) и, как правило, с кортикостероидным препаратом. Применение этих капель, несмотря на их антибактериальную эффективность *in vitro*, не всегда позволяет добиться прекращения гноетечения. Оно или продолжается, или перестает беспокоить больных, но через короткий промежуток времени вновь возобновляется. Объяснить такого рода неудачи можно рядом причин. К ним, прежде всего, следует отнести то, что препараты антимикробного действия, включенные в них, действуют достаточно эффективно не на все возможные возбудители, которые могут оказаться в экссудате, а также особенности анатомического строения среднего уха, которые затрудняют и даже делают во многих случаях невозможным нагнетание лекарственных средств по И.И. Потапову (1959) во все его полостные образова-

ния. Как показали наши исследования, водорастворимые контрасты при таком их введении в ухо проникают достаточно хорошо в барабанную полость и слуховую трубу, в пещеру только в тех случаях, когда нет элементов продуктивного воспаления, адитус оказывается хорошо проходимым и введенный контраст не вытекает свободно через слуховую трубу. А вот клетки сосцевидного отростка, как правило, водорастворимым контрастом либо вообще не заполняются или заполняются только те, которые располагаются периантрально. Следовательно, даже когда используются капли, отличающиеся высокой активностью по отношению к микрофлоре уха, они не в состоянии ликвидировать возбудителя во всех полостях среднего уха. В таких случаях успех может быть только временным. И действительно, через сравнительно короткий промежуток времени гноетечение из среднего уха возобновляется.

Учитывая отмеченное и не отрицая, разумеется, существующие рекомендации, мы сочли необходимым найти состав лекарственных препаратов, который бы отличался большей надежностью и был бы абсолютно безвредным, а также найти способы воздействия на патологический процесс, которые бы улучшали эффективность местной терапии. Поэтому помимо средств выбора для местного лечения, к которым D.N.F. Fairbanks (2001) причисляет капли Flaxin otic (Ofloxacin), Ciprootic (Ciprofloxacin), мы сочли целесообразным рекомендовать капли для альтернативной терапии, состав которых мы обосновали результатами микробиологических исследований и анализом их терапевтической эффективности при лечении 72 больных (Т.Н. Бухтоярова и др., 2002). В состав этих капель были включены Ципрофлоксацин, Метронидазол, Флуконазол и Преднизолон (Дексаметазон). К числу достоинств этих капель следует причислить их высокий антибактериальный эффект по отношению к аэробам, анаэробам и грибкам, а также их безвредность, поскольку в составе предлагаемых капель нет аминогликозидов, обладающих ототоксическим действием. Последние препараты (неомицин и гентамицин) имеются в составе альтернативных капель, рекомендуемых D.N.F. Fairbanks, а относительно названных аминогликозидов нельзя утверждать, что не обладают ототоксическим действием даже при местном применении. На это в качестве доказательства приходится обращать внимание, поскольку их вводят в барабан-

ную полость при болезни Меньера с целью добиться за счет ототоксического действия вестибулярной гипорефлексии (J. William a. all., 1998; L. Marzajam, a. all).

В тех случаях, когда эффективность местного лечения хронического гнойного мезотимпанита оказывается недостаточно эффективной или позволяет получить только временный эффект, целесообразно, так же как и при обострении хронического воспалительного процесса, сочетать указанную местную с общей пероральной или парентеральной терапией. В качестве выбора для такого дополнительного лечения рекомендуют Ciprofloxacin в комбинации с Клиндамицином или без него, или Ticarcillin + Clavulonate (Timentin) и альтернативного – Ceftazidime (Fortum), Cefataxime (Claforan) или другие цефалоспорины 3-го или 4-го поколений с Клиндамицином или без него, или Аминогликозиды с Клиндамицином или без него.

При хроническом гнойном воспалении параназальных синусов в экссудате из пазух обнаруживаются аэробы и анаэробы. Среди первых с мало отличающейся частотой (2–6%) встречаются *Staph.aureus*, *Streptococci*, в том числе гемолитический, гноеродный (β -гемолитический), легочной и др., *Nemophilus sp.*, *M.catarrhalis*, *Pseudomonas*. Среди микроорганизмов анаэробного мира, относительное число которых заметно преобладает над аэробами (от 50 до 70%) (А.Ю.Миронов, 1990; J.Broak, 1987; К.Д.Миразизов и др., 1990), чаще всего высеваются *Peptostreptococci sp.* (22%), *Prevotella sp.* (15%), *Bacteroides sp.* (8%), *Propionibacterium sp.* (7%), *Fusobacterium sp.* (5%) и др. Обращая внимание на эту информацию, мы не можем не отметить и роль грибковой инфекции в развитии и течении воспалительного процесса в параназальных синусах. Но особой тяжестью течения характеризуется микробный состав экссудата из назальных синусов при внутрибольничном инфицировании. При таком пути заражения с большой частотой в экссудате пазух вегетируют *Pseudomonas aeruginosa* (48%), *Klebsiella pneumoniae* (28%), *Enterobacter sp.* (28%), *Proteus mirabilis* (20%), *E.coli* (12%), β -hemolytic *Strept. not gr.A* (12%), *Bacteroides sp.* (8%) и др. Если при хроническом синусите процесс в пазухах не сопровождается наличием продуктивного воспаления, отсутствуют признаки, свидетельствующие о нарушении вентиляционной и дренажной функций соустьев пазух, и развитие воспаления в них не связано с внутрибольничной

инфекцией, отличающейся выраженной устойчивостью к антибактериальной терапии, то возможно консервативное лечение. При его проведении, если учесть ранее приведенные сведения о микрофлоре экссудата параназальных синусов при их хроническом воспалении, к антибактериальным препаратам выбора следует, прежде всего, причислить комбинацию Amoxycillin + Clavulonate (Амоксиклав, Аугментин) или Ampicillin + Sulbactam (Уназин) с Метронидазолом. В качестве альтернативных средств лечения таких процессов в настоящее время принято назначать цефалоспорины 2-го или 3-го поколений или же фторхинолоны (*Ciprofloxacin*, *Levofloxacin*, *Moxifloxacin* и др.) лучше в комбинации с Метронидазолом или Клиндамицином. При хронических синуситах, связанных с внутрибольничной инфекцией, рекомендуется использовать, в частности, цефалоспорины 3-го и 4-го поколений (в/в) в сочетании с клиндамицином (в/в) или ванкомицином (в/в) или аминогликозиды (в/в) в сочетании с клиндамицином или ванкомицином. Однако предложенные средства выбора и альтернативного лечения при хроническом гнойном воспалении параназальных синусов могут оказаться, причем нередко, неэффективными или просто невыполнимыми в наших условиях. В таких случаях следует прибегать к введению антимикробных лекарственных препаратов в верхнечелюстную пазуху после пункции или в лобную пазуху после трепанопункции и их промывания.

Рекомендаций по составу лекарственных препаратов и их смесей, используемых с этой целью, очень много. Большая их часть, хотя и отличается достаточной эффективностью, тем не менее, не может полностью удовлетворить требования больного и врача. В первую очередь это связано с тем, что большая часть предлагаемых составов готовится на водном растворе. К сожалению, использование антимикробных препаратов на такой основе требует для получения надежного результата до 10, а иногда и более повторных введений. Кроме этого, в предложенных составах содержатся один или два антибактериальных препарата, многие из которых не только не обладают достаточным спектром антимикробного действия, но и утратили к настоящему времени свою былую активность по отношению к микрофлоре, отличающейся постепенно расширяющейся устойчивостью к антибиотикам и химиопрепаратам.

Учитывая отмеченное, в нашем коллективе была проделана соответствующая работа. Она позволила нам найти основу для создания депо препарата, обосновать результатами микробиологического анализа и соответствующей информацией из литературы состав, вводимый в параназальные синусы. В число препаратов такого состава, добавляемых в синтомициновый линимент (основа), вошли Ciprofloxacin, Metronidazol, Fluconazol, Гидрокортизоновая эмульсия. При использовании такой смеси удается удлинить контакт между антимикробными препаратами и микрофлорой, воздействовать эффективно практически на всю возможную аэробную, анаэробную и грибковую флору, которая может оказаться в экссудате при хроническом гнойном воспалении параназальных синусов. Использование такой смеси позволило добиться достаточно надежных результатов лечения и сократить для достижения такого эффекта число проколов верхнечелюстной пазухи и число введений в лобную пазуху после ее трепанопункции до 2 или 3 раз. Из них первые введения были лечебными, последние – контрольными. Поэтому считаем, что приведенную смесь мы вправе причислить к составу выбора для местного лечения хронических гнойных синуситов. В качестве альтернативной смеси для местного лечения названных заболеваний мы предлагаем тот же состав, но приготовленный не на синтомициновом линименте, а на жидком меде, который так же позволяет создать депо препаратов в параназальных синусах и сам по себе является довольно активным средством, негативно отражающимся на росте микрофлоры.

К одному из наиболее часто встречающихся заболеваний относится острый тонзиллит (ангина). Это заболевание может возникнуть как спорадическое поражение небных миндалин, может быть проявлением обострения хронического тонзиллита или инфекционной вспышки. При всех этих вариантах течения вульгарной ангины основным возбудителем является β -гемолитический стрептококк группы А. Названный микроорганизм, как выяснилось в течение многолетних исследований, не способен вырабатывать β -лактамазу. Поэтому антибактериальные препараты независимо от сроков применения и частоты использования у одного и того же человека не теряют свою активность по отношению к этому возбудителю. Учитывая отмеченное, по-прежнему средством выбора при лечении ангины являются препараты бен-

зилпенициллина и другие препараты пенициллиновой группы. При непереносимости антибиотиков названной группы в качестве средств альтернативного лечения могут быть использованы и другие антибиотики и химиопрепараты: макролиды, цефалоспорины, в том числе предназначенные для приема внутрь, ванкомицин и некоторые фторхинолоны.

В то же время нельзя исключить, что при острой ангине так же, как и при хронической, мы не встретимся с ситуацией, когда заболевание может быть обусловлено другим возбудителем. А это, кстати, и может быть причиной отсутствия эффекта от терапии названными препаратами пенициллинового ряда и некоторыми средствами альтернативного антибактериального лечения, к числу которых можно причислить цефалоспорины 1-го и 2-го поколений, эритромицин и другие макролиды, ванкомицин. И это не удивительно, поскольку в криптах небных миндалин могут вегетировать и другие микроорганизмы, которые способны вырабатывать β -лактамазу и отличаться природной устойчивостью к препаратам пенициллинового ряда и другим названным антибиотикам. В связи с этим хочется обратить внимание на большое разнообразие микроорганизмов, которые были выявлены при обследовании больных, взрослых и детей, с ангинами и аденоидитами. В частности, I.Brook (2000) и многие другие авторы сообщают, что из крипт небных миндалин, помимо гноеродных стрептококков, можно выделить и другие аэробные и анаэробные бактерии (*S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*, *Staph.aureus*, *C.diphtheriae*, *H.influenzae*, *Neisseria* sp., *Peptococcus* sp., *Peptostreptococcus* и др.), вирусы (Epstein-Barr, Adenovirus) и грибки (*Candida* и др.). Некоторые из представленных микроорганизмов могут быть причиной развития острого воспаления небных и глоточной миндалин. В частности, к таким возбудителям можно причислить *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*, *Staph.aureus*, *C.diphtheriae*, вирус Эпштейн-Барра и аденовирус. Даже этот неполный перечень возбудителей свидетельствует о том, что при острых ангинах и аденоидитах приведенные средства выбора и альтернативного лечения, показанные для лечения стрептококковых ангин, могут оказаться неэффективными. В таких случаях необходим иной подход к проведению антимикробной терапии. В частности, при острых аденоидитах, в развитии которых основную роль играют *S.pneumoniae*, *M.catarrhalis*, *H.influenzae*, в качестве средств вы-

бора целесообразно отдавать предпочтение амоксициллину или ампициллину, но выпускаемым в комбинации соответственно с клавулоном (аугментин, амоксиклав) и сульбактамом (уназин). Если эти средства окажутся неэффективными, то следует прибегать к помощи альтернативных антибактериальных препаратов. К их числу рекомендуют причислить цефалоспорины 2-го и 3-го поколений и респираторные фторхинолоны. При дифтерии необходимо ввести дифтерийный анатоксин, а в качестве препаратов, угнетающих рост *C. diphtheriae*, используют пенициллин, эритромицин или клиндамицин. А при вирусных поражениях небных и глоточной миндалин, иными словами, при моноцитарной и аденовирусной ангинах, в основном проводится патогенетическая терапия, а если используется антимикробная терапия, то она при названных заболеваниях не является этиотропной, а применяется только у отдельных больных для предупреждения осложнений и тяжелого течения заболевания, которые могут быть обусловлены вторичным инфицированием.

Кроме этого следует иметь в виду, что ангина, обычная по внешним проявлениям, но отличающаяся тяжестью течения, может существенно отягощать состояние больного при агранулоцитозе, лейкомии и иммунодефиците. Катаральная и некротическая ангины, как симптом заболевания, могут регистрироваться при остром лейкозе и в терминальной стадии хронического лейкоза. При этих заболеваниях показана специфическая терапия, а антибактериальные средства, в том числе назначаемые при вульгарной ангине, генетически связанной с β -гемолитическим стрептококком группы А, могут иметь только значение дополнительной терапии, направленной на борьбу с вторичным инфицированием. И с этой точки зрения, она иногда имеет немаловажное значение и поэтому требует либо использования антибактериальных препаратов широкого спектра действия, например цефалоспоринов в сочетании с аминогликозидами, амино- и антипсевдомонасных пенициллинов (ампициллин-сульбактам, амоксициллин-клавулоном, тикациллин, цикациллин-клавулоном, пиперациллин, пиперациллин-тазобактам).

При хроническом тонзиллите пероральный и парентеральный прием антибиотиков и других антибактериальных препаратов (в том числе пенициллина) вне обострения не имеет смысла. (Правда, иногда определенного внимания может заслуживать

противорецидивное лечение, предусматривающее внутримышечное введение препаратов пенициллина пролонгированного действия, через каждые 5–6 месяцев). Поэтому при хроническом течении воспалительного процесса в небных миндалинах инталакунарное введение антибактериальных препаратов наряду с использованием физиотерапевтических методов воздействия на патологический процесс и общестимулирующим лечением является и патогенетически обоснованным (патологическое содержимое, микроорганизмы, имеющие этиологическое значение, максимально выраженные изменения со стороны эпителиального покрова и паренхимы миндалин находятся в глубоких отделах крипт и в их окружении), и популярным в практической оториноларингологии. Необходимо, чтобы конструирование этого вида лечения хронического тонзиллита, с нашей точки зрения, отвечало ряду требований. Во-первых, инталакунарное введение лекарственного препарата должно энергично освобождать глубокие отделы крипт от патологического содержимого. Во-вторых, следует не только использовать антибиотик, к которому чувствителен стрептококк или иной возбудитель хронического тонзиллита, но и добиться длительного контакта этого антибиотика с микроорганизмами, вегетирующими в криптах небных миндалин. И наконец, в-третьих, вводимый в лакуны состав должен содержать препараты, которые бы положительно влияли на состояние эпителиального покрова крипт и паренхиму миндалин.

Нужно сказать, что не все варианты инталакунарного введения лекарственных препаратов отвечают этим требованиям. В частности, если используются водные растворы антибактериальных препаратов, то они по своей вязкости значительно уступают патологическому содержимому крипт. Поэтому освобождение криптозной системы небных миндалин от казеозных масс и экссудата может оказаться недостаточным. Кроме того, водная основа сама по себе положительным образом не отражается на состоянии стенок крипт и не содействует регенерации эпителия, а также не позволяет получить депо антибактериального препарата, поскольку быстро вытекает из крипт и обеспечивает быструю резорбцию препарата в циркуляцию. Это, конечно, не значит, что мы рекомендуем полностью отказаться от промывания лакун различными водными растворами антибиотиков и антибактериальных препаратов. Их можно использовать, поскольку они содержат препарат,

который обладает активностью к возбудителю, и содействуют в какой-то степени освобождению лакун от патологического содержимого. В итоге у части больных хроническим тонзиллитом они позволяют получить положительный терапевтический эффект. Вместе с тем отмеченные недостатки при конструировании составов для интралакунарного введения должны приниматься во внимание и содействовать совершенствованию этого мощного местного метода лечения хронического тонзиллита.

Учитывая все изложенное, мы в своей практической работе при конструировании составов для интралакунарного введения в течение многих лет отдаем предпочтение масляным взвесям лекарственных средств. В таких взвесях есть препараты активного антибактериального и патогенетического противовоспалительного действия. В них содержатся витамины, оказывающие положительное влияние на эпителиальный покров крипт и содействующие его регенерации. Масляная основа обладает высокой вязкостью. Благодаря этому введение ее в лакуну позволяет добиться более полного распространения препаратов по криптозной системе небных миндалин. Поэтому качественное введение в очередную лакуну масляной взвеси очень часто сопровождается вытеканием ее вместе с патологическим содержимым из устьев других крипт. После этого иногда заметно уменьшаются размеры небных миндалин. Высокая вязкость масляной основы позволяет получить относительно длительное пребывание препаратов в крипах, а следовательно, и пролонгированное антибактериальное их действие. В частности, при введении в крипты синтомицинового линимента горечь во время глотания появляется иногда через сутки-двое после проведенной манипуляции. Кроме того, масляная основа не создает пробок, обтурирующих просвет небных крипт, и поэтому лишена недостатка, присущего затвердевающим пастам, использование которых предлагали А.Т. Костышин (1968, 1970), А.И. Андрийчук (1974), Д.В. Береговой (1981) и др. К этому следует добавить, что современная бактериологическая диагностика заболеваний позволила более полно определить состав микроорганизмов, вегетирующих в крипах небных миндалин в норме и патологии. Оказалось, что среди них, на что уже обращалось внимание, вегетируют представители аэробных и анаэробных бактерий, а также грибки и вирусы. А это, в свою очередь, дало нам основание составить смесь вводимых препара-

тов на основе синтомицинового линимента или жидкого меда. В него дополнительно были введены эритромицин (ципрофлоксацин, ванкомицин), метронидазол и флюконазол. Использование такого сложного состава позволило нам получить практически универсальный терапевтический эффект, который у многих больных оказался стойким. Это дало нам основание прийти к выводу, что такой смеси или другой, но подобной по антибактериальному действию, в практической работе можно отдавать предпочтение.

Хронический ларингофарингит или затянувшийся фаринголаринготрахеобронхит после перенесенного острого воспалительного процесса в верхних дыхательных путях относятся к наиболее часто встречающимся заболеваниям человека. При них в связи со стойкими изменениями слизистой оболочки или с временными ее изменениями, обусловленными агрессией вирусов, которые выполняют своеобразную роль "протравы", повышается бактериальная обсемененность респираторного тракта. При этом с поверхности слизистой оболочки выделяются как обычные для этого региона микроорганизмы (*Staph.albus* and *aureus*, *H.influenzae*, *S.pneumoniae*, *M.catarhalis*), так и другие представители микрофлоры, в том числе *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionellainfection*, *Corynebacterium diphtheriae* и не так уж редко β -гемолитический стрептококк группы А. Последнему представителю микромира в последнее время при разбираемом заболевании придается серьезное значение и в связи с этим настойчиво рекомендуется назначение препаратов бензилпенициллина. Но учитывая, что помимо этого микроба, как указано, на течение заболевания влияют и другие микроорганизмы, в том числе способные вырабатывать β -лактамазу, то рекомендуется отдавать предпочтение назначению препаратов альтернативного лечения с более широким спектром антимикробного действия (*Amoxycillin-Clavulonate*, *Ampicillin-sulbactam*, *Cephalosporins*, *Erytromycin*, *Clindamycin*) (D.N.F. Fairbanks, 2001).

Разумеется, что эти рекомендации следует принимать во внимание, поскольку они содержатся в источниках литературы и базируются на авторитетной информации. Однако эти рекомендации, согласно нашим наблюдениям, не всегда достаточно эффективны и к тому же препараты альтернативного лечения требуют порою значительных финансовых затрат. Поэтому при хроническом ларинготрахеите и затянувшемся течении этого заболевания после

перенесенных гриппа и ОРВИ в качестве терапевтического выбора мы рекомендуем ингаляционное лекарственное лечение. Наш многолетний опыт лечения больных с указанной патологией респираторного тракта показал его достаточно высокую эффективность. Смесь для таких ингаляций может отличаться значительным разнообразием и предусматривать введение в состав лекарственной смеси антибактериальных препаратов. Однако делать это нужно с определенной осторожностью. Иными словами, использовать для ингаляций препараты, которые не обладают раздражающим действием, местно улучшают кровообращение, не угнетают, а активизируют функцию мерцательного эпителия. В своей практической работе мы проводим ингаляции со смесью, в состав которой включены на одну ингаляцию 40–80 мг гентамицина, 1 мл суспензии гидрокортизона и 0,5 мл гепарина на 5 мл природной слабоминерализованной щелочной воды типа “Нарзан” (“Ак-суу”, “Жалал-Абад”). Эта смесь оказалась достаточно эффективной в подавляющем большинстве случаев и отвечающей всем перечисленным требованиям. Поэтому мы вправе рекомендовать ее для широкого применения в практической работе.

Особо тяжелая ситуация возникает при лечении больных с внутричерепными и внутриглазничными осложнениями, отогенного и риносинусогенного генеза.

Ведущий метод лечения отогенных внутричерепных осложнений – хирургический, сводящийся к элиминации или дренированию внутричерепного гнойно-воспалительного очага. Однако последующая его эффективность во многом определяется правильно проводимым послеоперационным лекарственным лечением, конструирование которого имеет свои отличительные особенности. Они определяются:

- 1) особой опасностью осложнений, требующих терапевтического максимализма;
- 2) бактериальной природой возникновения осложнений;
- 3) развитием при нем разлитого или ограниченного процесса, с выраженными перифокальными изменениями – инфильтрацией мозгового вещества, экссудацией, расстройством гемодинамики, блоком микроциркуляторного русла, стазом крови и тромбозом сосудов, обусловленным замедленным кровотоком, освобождением тканевого тромбопластина, повышенной склонностью тромбоцитов к адгезии и агрегации и ДВС-синдромом,

непременным следствием которых является местная гипоксия тканей, метаболический ацидоз и нарушение обмена веществ;

- 4) внутричерепным гипертензионным синдромом, обуславливающим головную боль, угрожающим сдавлением жизненно важных центров и вколочиванием стволовой части головного мозга в большое затылочное отверстие;

- 5) более или менее выраженными недостаточностью питания, изменениями состояния водно-солевого обмена, лихорадкой, расстройствами функций тканевых систем и органов, требующих в итоге продуманного и индивидуально планируемого симптоматического лечения.

Антимикробная терапия должна начинаться сразу же после поступления больного. Иными словами, во всех таких случаях, да и в последующем очень часто она остается эмпирической. Последняя, разумеется, базируется на современных представлениях о характеристике микробного пейзажа в среднем ухе и внутричерепных очагах воспаления. Учитывая, что в среднем ухе при остром и хроническом воспалении вегетируют различные представители аэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий и что эти микроорганизмы являются возбудителями отогенных внутричерепных осложнений, необходимо либо использовать в до- и послеоперационном периодах лечения либо антибактериальное средство, отличающееся способностью угнетать или прекращать с большей вероятностью рост всех возможных представителей названного микромира, либо прибегать к помощи комбинации антибиотиков, обеспечивающих такой же эффект. Поскольку использование первых препаратов, в частности Imipenem'a (Tienam) или Meropenem'a (Meropenem), требует очень больших финансовых затрат, мы чаще используем комбинацию 2–3 препаратов, которые в сумме позволяют получить такой же по спектру действия антимикробный эффект, но требуют намного меньше затрат. В своей практической работе, если внутричерепное осложнение было этиологически связано с острым воспалением среднего уха, мы пользовались комбинацией бензилпенициллина с аминопенициллинами, в состав которых входил не только препарат этой группы, но и сулбактам или клавулонат (уназин, аугментин, амоксиклав) или с цефалоспорином 1-го и 2-го поколений. Такая комбинация при назначении максимально допустимых доз препаратов названных групп обеспечивала

достаточно надежный противококковый эффект, а включение в комбинацию последних расширяло диапазон антибактериального лечения на палочковые, и в том числе грамотрицательные их формы. Иногда, при особо тяжелом течении заболевания, эту комбинированную антибактериальную терапию можно дополнить кратковременным (3–4-дневным) назначением антибиотика из группы аминогликозидов. При непереносимости пенициллина необходимо воспользоваться предназначенными для парентерального введения тетрациклинами и макролидами, а в отдельных случаях и антибиотиками резерва – одним из цефалоспоринов, линкомицином, кратковременно одним из аминогликозидов (крайне осторожно и только по жизненным показаниям).

В тех же случаях, когда отогенные внутричерепные осложнения были генетически связаны с хроническим гнойным воспалением среднего уха, мы чаще всего использовали комбинацию, состоящую из цефалоспоринов 2-го или лучше 3-го поколения, аминогликозида и метронидазола. Предлагая такое сочетание препаратов, вводимых внутримышечно и внутривенно, мы, конечно, не ограничиваем врача этими рамками. Он может подобрать и иное сочетание препаратов или осуществить его коррекцию с учетом полученной антибиотикограммы. Для этого у него есть широкие возможности. Однако, проводя ее, он должен помнить, что не все антибактериальные препараты проникают через гематоэнцефалический барьер.

Кроме парентеральной антибактериальной терапии при разлитом гнойном менингите, когда изменения в ликворе выражены и он бывает мутным, возможно интратекальное введение препаратов. С этой целью можно использовать натриевую соль пенициллина, хлоркальциевый комплекс стрептомицина и другие антибактериальные препараты, которые можно вводить в субарахноидальное пространство. Некоторые отоларингологи и нейрохирурги при поражениях мозгового вещества (негнойный энцефалит, абсцесс головного мозга и др.) стремятся воздействовать на инфекцию введением антибиотиков интракаротидно.

Патогенетическая противовоспалительная терапия отогенных внутричерепных осложнений должна быть также максимально энергичной. Поэтому при ее конструировании необходимо прибегать к помощи антигистаминов, кортикостероидов, антикоагулянтов и фибринолитиков.

Основы конструирования лечения при внутриглазных осложнениях отличаются от изложенной схемы лечения отогенных и риносинусогенных внутричерепных осложнений только некоторыми особенностями патогенетической терапии. В ней на первый план выдвигается не только элиминация гнойного очага, при наличии субпериостального абсцесса или флегмоны глазницы, но и восстановление в ней кровообращения. Это связано с тем, что независимо от генеза внутриглазного воспалительного или гнойно-воспалительного процесса налицо, по меньшей мере, флебит, а чаще тромбоз вен орбиты. А это заставляет сделать в патогенетической терапии особый акцент на борьбу с ДВС-синдромом, повышенной вязкостью крови, ухудшением ее реологических свойств. Что же касается антибактериальной терапии, она так же, как и при внутричерепных осложнениях должна отличаться широким спектром антимикробного действия и учитывать причинные факторы – связано оно с гнойно-воспалительным процессом на лице или является следствием острого или хронического риносинусита. В целом же она мало чем отличается от антимикробной терапии, проводимой при отогенных внутричерепных осложнениях.

Приведенные рекомендации по эмпирическому лечению больных с оториноларингологическими заболеваниями предлагаются в справочниках по антимикробной терапии и нами, безусловно, не в императивной форме. Каждый врач, тем более владеющий клиническим мышлением и достаточно большим опытом работы, вправе иметь свою точку зрения и использовать иные варианты подхода к решению практических задач по терапии названных заболеваний, разумеется, если они позволяют получить хорошие результаты лечения. Однако приведенные рекомендации прошли достаточную проверку, которая показала их надежную результативность при условии правильного отбора больных для лечения. Поэтому они не только заслуживают внимания, но и должны широко применяться в практической работе оториноларингологов и в доступных пределах врачами семейной медицины. Мы не сомневаемся, что их использование даст возможность избавить многих больных от страданий, связанных с оториноларингологическими гнойно-воспалительными заболеваниями, уменьшить количество нежелательных последствий, отражающихся на функциональном состоянии названных органов, развитии тяжелых осложнений и инвалидности.

2.3. Патогенетическая терапия, ускоряющая и повышающая эффективность лечения

В естественной науке принципы должны подтверждаться наблюдениями.
Карл Линней

Однажды, когда я еще работал в Чите, к нам на консультацию из Окружного Забайкальского военного госпиталя был направлен офицер. При его осмотре в гортани был обнаружен рак в Т3 стадии развития. Согласно Приказу военного министра, он подлежал терапии в Центральном военном госпитале. В нем ему провели лучевую терапию и отправили после её завершения в Читу, где по болезни его демобилизовали. Через два месяца после этого он был осмотрен. Результат проведенного лечения оказался неудовлетворительным. Было констатировано наличие опухоли в той же стадии развития. Это заключение было подтверждено результатом патоморфологического исследования. Больному было предложено хирургическое лечение. После получения согласия была выполнена ларингэктомия. К сожалению, его послеоперационный период осложнился развалом раны и последующим прогрессирующим некрозом клетчатки шеи. Остановить его развитие не удалось несмотря даже на мощную антимикробную и симптоматическую терапию. После каждой некротомии, осуществляемой до жизнеспособных тканей, через 2–3 дня вновь появлялся очередной некроз тканей, требовавший очередной некротомии. Такое прогрессирующее течение закончилось аррозией сонной артерии, обусловившей мгновенную смерть.

Наличие некротических тканей в глубине раны во многих случаях регистрируется у больных с флегмонами шеи. Ее тяжесть и прогрессирующее течение особенно рельефно проявляется, когда при этом опасном варианте течения заболевания используются, как иногда рекомендуется, множественные разрезы. Через них вытекает гной, и их наличие позволяет осуществлять дренирование. Такая тактика выполнения операции является чрезмерно рискованной. В очаге патологии сохраняются анаэробные условия, и убирать некротические ткани через них не представляется возможным. В свою очередь, это создает благоприятные условия для продолжающейся агрессии аэробной и анаэробной

инфекции, представители которых, особенно в условиях патологии, почти постоянно находятся в ротовой полости и глотке и отличаются высокой вирулентностью. Поэтому разрезы, позволяющие широко открывать очаг гнойно-некротического процесса и производить некротомию, являются необходимыми. Такой тип вмешательства оказывается весьма эффективным и повышает вероятность выздоровления. Однако последнее не всегда достигается, поскольку появление некротических изменений замедляется, но не всегда. С одной стороны, это затягивает выздоровление, с другой – не предупреждает переход инфекционного процесса в средостение, что значительно отягощает состояние больного в связи с развитием медиастинита и, в-третьих, не использует в лечении все возможности современной фармации.

В течение 1964–1977 гг. в руководимой мной ЛОР-клинике Читинского медицинского института мы занимались лечением больных с химической травмой пищевода. В основном она была обусловлена случайным или преднамеренным приемом уксусной кислоты. Терапию этих больных мы осуществляли под контролем эзофагоскопии. Первые две диагностические манипуляции мы производили на 3–4-й и 10–12-й дни после травмы и получили визуальные данные, отражающие динамику изменений в пищеводе. В первые дни его стенка относительно часто в местах ожога имела матовую поверхность, в то время как при осмотре во второй указанный срок у большей части больных появлялись признаки, которые меняли оценку тяжести травматической патологии. Она становилась равной III степени. Эти наблюдения привели, естественно, к мысли, что тяжесть ожога не ограничивается непосредственным действием уксусной кислоты и других едких веществ, а продолжается и отягощает тяжесть химической травмы.

Приведенные отдельные примеры заставили нас задуматься и усомниться в полноте использования принятых терапевтических мер, которые были возможны в соответствующий период времени. Это имело отношение ко всем составляющим лечения, в том числе патогенетическому. И действительно, в большинстве терапевтических рекомендаций оно, с нашей точки зрения, было недостаточно полноценным, поскольку не предусматривало использование лекарственных средств, прямое действие которых наряду с применением антимикробных препаратов в пределах

возможного уменьшало бы выраженность воспалительного процесса, сохраняло бы кровообращение и предупреждало бы блокаду микроциркуляторного русла в перифокальных тканях, окружающих очаг повреждения.

Этой мыслью я решил поделиться с профессором Борисом Ильичом Кузником. Обсудив с ним эти наши наблюдения, мы сочли возможным провести такого рода исследования на примере химической травмы пищевода.

Выбор этой патологии был нами обоснован рядом причин. К их числу мы отнесли следующие.

Во-первых, к основному виду лечения на протяжении не одного столетия причисляют раннее профилактическое бужирование, целесообразность и использование которого в первые дни после получения травмы весьма сомнительно. На это приходится обращать внимание, поскольку его начинают осуществлять через несколько дней после проведения общеизвестных экстренных манипуляций, направленных на нейтрализацию едкого вещества, детоксикацию, уменьшение выраженности болевого синдрома, и назначения антибактериальной терапии.

Во-вторых, представление, что тяжесть травмы обусловлена только непосредственным действием едкого вещества и не прогрессирует даже в первые дни.

В-третьих, мнение, что дизурические расстройства вплоть до анурии при химической травме обусловлены непосредственным действием уксусной кислоты, что вызывает очаговое поражение почечной паренхимы. При этом не учитывается факт, что уксусная кислота является гемолитическим ядом, причем быстро всасывающимся из желудка в циркуляцию и поэтому не принимается во внимание последующее ее влияние на состояние гемостаза.

И несмотря на это, к сожалению, эти представления, которые утверждались в прошедшее столетие, приводятся и сегодня, нередко являясь доминирующими, например, в последнем великолепном по содержанию руководстве по клинической оториноларингологии (2005 г.), авторами которого являются В.И. Бабияк и Я.А. Накатис.

Учитывая капитальные исследования Б.И. Кузника и его сотрудников, мы, руководствуясь общеизвестными положениями, полагали, что после химической травмы уксусная кислота, всосавшись в циркуляцию, обуславливает массовый гемолиз эри-

троцитов. В результате из них освобождается эритроцитарный тромбопластин. А последний является пусковым механизмом тромбогеморрагического синдрома (ДВС), негативно сказывающегося на состоянии шоковых органов. К их числу относят почки, легкие, печень и мозг. В то же время известно, что в стенках пищевода в связи с травмой появляются характерные для нее изменения: гиперемия, инфильтрация, отек, повреждение внутреннего слоя сосудов, а также накопление продуктов распада тканей. Это создает благоприятные условия для реализации негативных проявлений ДВС-синдрома. Это позволило нам полагать, что перифокальные ткани вокруг участков повреждения стенки пищевода являются шоковыми. А следовательно, в них, причем с большей интенсивностью, чем где-либо, может развиваться блокада микроциркуляторного русла, обуславливающая дополнительный некроз тканей. Это и было отмечено нами при диагностических эзофагоскопиях, которые, как было указано, осуществлялись нами в первые и на 10–12-й дни после травмы. Кроме этого, мы предполагали, что и поражение почек может быть не следствием непосредственного действия едкого вещества, а результатом очагового поражения почечной паренхимы из-за множественной очаговой блокады микроциркуляторного русла.

Для того чтобы подтвердить это предположение, мы (Г.А. Фейгин и Б.И. Кузник) провели эксперимент на животных и изучали состояние их гемостазиограммы в динамике, а А.К. Ярославцеву поручили провести клинические исследования, в которые были включены наряду с общепринятым использованием лекарственных средств антикоагулянтная терапия и препараты, уменьшающие выраженность воспалительного процесса и тормозящие образование рубцовой ткани.

Острый эксперимент был проведен на собаках. Травма едкой щелочью и терапевтические мероприятия, включая в/венное капельное введение препаратов, осуществлялись под наркозом. Равнозначную травму едким натрием наносили животным, которые были разделены на 2 группы: основную и контрольную. Собаки контрольной группы получали общепринятое лечение: промывание слабым раствором кислоты, обезболивающие препараты, в/венное капельное введение физиологического раствора (0,9% изотонический раствор NaCl) и антибиотики. Основной группе собак, наряду с перечисленным лечением проводилась гепарино-

терапия и капельное введение химиостероидной смеси, в составе которой содержался преднизолон, димедрол и 10% раствор кальция хлорида. Гепарин и смесь вводили в/венно. Гепарин собаки основной группы получали через каждые шесть часов. На 6–8-й дни собак умертвляли и изучали состояние травмированной стенки пищевода в очаге повреждения. Проведенные патоморфологические исследования позволили констатировать разницу в тяжести повреждений. В контрольной группе глубина поражений достигала мышечного слоя, причем с полным нарушением его структуры, в то время как в пищеводе основной группы собак глубина повреждения была меньше. Мышечный слой пищевода был лишь с признаками межтканевого отека, но с сохранением мышечного слоя с присущей для него морфологией.

Эти эксперименты обосновали наше желание модифицировать лечение больных с химической травмой пищевода и тем самым повлиять на результаты ее лечения.

Наряду с общепринятой терапией, включающей детоксикацию, антимикробное и симптоматическое лечение, сразу же после поступления пострадавшим стали ежедневно по меньшей мере в течение 5 дней в/венно капельно вводить химиостероидную смесь. В ее состав включали преднизолон фирмы “Теден Рихтер” от 90 до 180 мг, 1%-ный раствор димедрола или супрастина 1 мл, 10%-ный раствор кальция хлорида от 10 до 15 мл и 0, 9%-ный изотонический раствор хлористого натрия. Одновременно назначали гепарин по 5000 Ед в/венно или подкожно в область пупка через каждые 6 часов в течение 4–5 дней, а затем каждый последующий день уменьшали частоту его введения на одну инстилляцию. После того, как начинали уменьшать частоту введения гепарина, во избежание “рикошета” в терапию включали пероральный прием малых антикоагулянтов. А затем в целях борьбы с грубым рубцеванием переходили на пероральный прием 5 мг таблеток преднизолона, дексаметазона и триамцинолона в эквивалентных дозировках, исчисляемых по следующей схеме: первая неделя по 8 таблеток в день, вторая – по 7, третья – по 6, четвертая – по 5, пятая – по 4, шестая – по 3, седьмая – по 2 и восьмая неделя – по 1 таблетке. Одновременно с приемом этих препаратов во избежание гипокалиемии, мы назначали пероральный прием панангина и курагу.

Убедившись в недостаточно объективной информативности эзофагоскопии в первые дни после травмы, мы стали производить эту диагностическую процедуру впервые на 11–12-й дни после получения травмы. Разумеется, что начало лечения, поскольку мы не знали тяжесть повреждения, проводили в полном объеме. Если в указанный срок тяжесть травматической патологии оказывалась равной I и II степени тяжести, то описанную терапию существенно, но не сразу укорачивали, а при III степени тяжести её продолжали в полном объеме.

Наши динамические наблюдения показали, что заживление язв при III степени ожога завершается во многих случаях через 2 месяца. Именно в течение этого времени и проводили гормональную терапию, которая в какой-то мере тормозила образование грубой рубцовой ткани. Такое действие кортикостероидных препаратов подтверждалось множеством сообщений в специальной литературе. Они свидетельствуют, что под ее влиянием в травмированной ткани не только уменьшается число фибробластов, но и тормозится их активность по выработке волокнистой соединительной ткани. Однако этого недостаточно, ещё необходимо, чтобы ускорялась и эпителизация поврежденной поверхности. Иными словами, желательно, чтобы этот процесс в какой-то степени опережал деформацию просвета пищевода, которая возможна, если процесс эпителизации будет продолжительным. С этой целью описанная терапия была дополнена назначением пентоксила или метилурацила – антиоксидантов, которые, согласно нашим исследованиям, стимулируют процесс заживления ран.

Проводя описанную терапию, мы надеялись, что у многих больных, получивших химическую травму пищевода, сохранится удовлетворительный просвет. Однако, рассчитывая на такой эффект, мы, тем не менее, считали необходимым осуществлять контроль за состоянием просвета пищевода. В качестве такого контроля мы использовали шарики, изготовленные из хлеба диаметром 10–13 мм. Такие высушенные шарики перед употреблением смазывали маслом и по ходу лечения предлагали глотать. Этот метод, ранее предложенный для проведения естественного бужирования, помогал нам констатировать начало рубцевания просвета, которое могло вызвать беспокойство. Это давало нам основание произвести диагностическую эзофагоскопию. И если при её выполнении обнаруживали начало деформации просвета

пищевода, то только тогда в комплекс терапевтических мероприятий включали дилатационную терапию.

Результат использования описанной терапевтической тактики при лечении химической травмы оказался достаточно эффективным. Заметно уменьшилось относительное число больных с III степенью тяжести травмы. При этом их большая часть была избавлена от мучительного бужирования. Да и сама эта терапевтическая процедура, необходимая для части больных, если не запаздывала, оказывалась более эффективной и позволяла предупредить тяжелую деформацию просвета пищевода. Причина такой результативности, как нам кажется, а для этого есть основание, обусловлена тем, что бужирование, суть которого связана не просто с растяжением рубцовой ткани, а с её надрывами по периметру, осуществляется на фоне продолжающейся лекарственной терапии. Последняя не может не сказаться на заживлении надрывов благоприятным образом, связанным с их более нежным заживлением растянутой рубцовой ткани.

Кроме изложенного, имеющего отношение к лечению химической травмы пищевода, нам удалось отметить и другой положительный показатель предложенной антикоагулянтной и патогенетической противовоспалительной терапии. Во всех наших наблюдениях у больных, поступивших в первые дни после получения травмы, не была отмечена анурия. Если и были отмечены дизурические расстройства, то они были не тяжелыми и быстро проходящими. А это давало нам основание считать, что такой терапевтический эффект лечения химической травмы предупреждает поражение почек – шокового органа, являющегося первой мишенью ДВС, который является практически обязательным спутником отравления, в частности, уксусной кислотой. Это связано с тем, что уксусная кислота из желудка быстро всасывается. Попав в циркуляцию, она вызывает гемолиз эритроцитов. В результате высвобождается эритроцитарный тромбопластин – один из мощнейших стимуляторов развития ДВС. Его поражающее действие в первую очередь проявляется в почечной ткани очаговой блокадой микроциркуляторного русла. Поэтому в борьбе с поражением почек необходима антикоагулянтная и фибринолитическая терапия.

Следует заметить, что описанная в приведенном примере патогенетическая терапия с целью предупреждения некротических

изменений нашла широкое применение в нашей практической работе и была внедрена в работу отделений НГ при Минздраве КР.

Мы стали её применять наряду с выполнением хирургического вмешательства при флегмонах шеи, в том числе осложненных медиастинитом, гнойно-некротических заболеваниях на голове и лице. Эта терапия для профилактики некротических изменений и их лечения стала широко использоваться после масштабных хирургических вмешательств, выполняемых по поводу рака гортани, гортаноглотки, языка, верхней челюсти и т.д. Она оказалась полезной и при многих воспалительных заболеваниях ЛОР органов головы и шеи и, прежде всего, тяжелых: внутричерепных, отогенных и риносинусогенных осложнениях, тромбофлебитах и тромбозах сигмовидного, кавернозного синусов, крупных магистральных сосудов (*v.jugularis interna*, *a.carotis communis* и др.). При наличии некротических изменений её использование имело достаточно аргументированное обоснование, в чем можно убедиться, обсудив известные факты и результаты наших исследований.

Когда речь идет о терапии воспалительных заболеваний, выполнение хирургических вмешательств и назначение лекарственных средств этиотропного действия имеет безусловное обоснование. Они позитивно отражаются на течении воспаления и его проявлениях. Несомненно, при легких и средне-тяжелых воспалительных заболеваниях их вполне достаточно. Однако при их тяжелом развитии, угрожающим нежелательными последствиями и возникновением осложнений, такая терапия, не предусматривающая воздействие на некоторые патогенетические механизмы, в частности с помощью средств прямого действия на активность медиаторов воспаления, корректирующих и ликвидирующих проявления ДВС, может оказаться недостаточной. Поэтому начиная с 1964 г. при лечении тяжело протекающих воспалительных заболеваний в нашей практике нашли применение кортикостероиды, гепарин, аспирин и никотиновая кислота. Включение их в терапию наряду с проводимой этиотропной оказалось оправданным.

Мы с гордостью можем вспомнить о наших действиях в лечении некоторых больных, которым, казалось бы, грозила неминуемая смерть, а они остались живыми, причем трудоспособными. Среди них были пациенты с внутричерепными осложнениями, тромбозом кавернозного синуса, обширным гнойно-некротическим процессом на шее, лице и по всей окру-

ности черепа, тяжелой гнойно-некротической флегмоной шеи и средостения.

Для иллюстрации сказанного кратко остановимся на некоторых из этих примеров.

После переезда на работу в качестве заведующего кафедрой ЛОР-болезней Кыргызского медицинского института в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы был доставлен больной с тяжелой флегмоной шеи. Это был 1977 г. и первые месяцы моей работы в указанной должности. Из-за давности события и из-за того, что архив больницы был затоплен и истории болезни того времени пропали, фамилию больного я забыл. Однако в памяти, поскольку это был первый случай моей «встречи» с такой крайне тяжёлой патологией в Кыргызстане, осталось его имя. Его звали Тилек.

Его состояние было крайне тяжёлым. Оно было обусловлено обширной гнойно-некротической флегмоной шеи и задним медиастинитом справа. Сотрудники клиники настаивали на переводе больного в хирургическое отделение. Но я от этого предложения отказался и решил лечить больного во вверенной мне клинике, поскольку уже имел достаточный опыт терапии такой патологии, работая более 12 лет (1964–1977 гг.) на ЛОР-кафедре, базировавшейся в Читинской областной больнице.

В отличие от существующих рекомендаций, которые можно найти в некоторых руководствах по гнойным заболеваниям шеи и средостения, сводящихся к множественным разрезам и дренированию через них поражённого отдела шеи, мною был произведен длинный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки, начинающийся от угла нижней челюсти и снизу до ниже-переднего края проекции кивательной мышцы. Открылась ужасающая картина: гнойное содержимое, тотальный некроз кивательной мышцы и клетчатки шеи. Пришлось произвести некротомию. В результате на правой половине шеи остался сосудисто-нервный пучок в сохранившемся фасциальном ложе. Далее выяснилось, что процесс по клетчатке распространился в заднее средостение, к счастью, ограниченное её верхним отделом. Под достаточно хорошим визуальным контролем, осуществляемым с помощью носового зеркала Киллиана, гной и частично некротизированная клетчатка с помощью отсоса удалены. Состояние раны и вовлечённого в процесс средостения каждый день контролировалось. Во время

перевязок, осуществляемых 2 раза в сутки, послеоперационная рана на шее и полости средостения освобождались с помощью отсоса от патологического содержимого, обильно обрабатывалась 3%-ным раствором перекиси водорода и заполнялась смесью антимикробных препаратов. В её состав входили цефазолин 3-го поколения, гентамицин и метронидазол в растворах, предназначенных для в/венного и в/мышечного введений. Кроме того, эта смесь препаратов в течение суток несколько раз вводилась через дренажную трубку в средостении.

Местное лечение флегмоны и медиастинита сочеталось с общей терапией. Она включала комбинацию указанных антимикробных препаратов, в/венное капельное введение жидкостей (изотонического 0,9%-ного раствора хлорида натрия, 5%-ного раствора глюкозы, реополиглюкина и т.д.) и средств симптоматического лечения. В дополнение к этой общепринятой терапии было назначено в/венное введение химиостероидной смеси, причём в максимальной дозе, достигающей в общей сложности в первые дни лечения 180–200 мг преднизолона, в/венно или подкожно гепарин по приведенной схеме, но с содержанием гепарина на каждую инстилляцию 10 000–15 000 ед.

Таким образом, этот практически явный кандидат на печальный исход заболевания остался живым. После завершения лечения его беспокоили только ограничение подвижности шеи, выявляемое при поворотах головы, а также лёгкая кривошея.

Результат лечения оказался удивительным для коллектива клиники и с тех пор в течение многих лет больные с флегмонами шеи и медиастинитом, локализующимся в верхней половине средостения, стали поступать в ЛОР-отделение, пока приведенные методические основы хирургического и лекарственного лечения, правда, с некоторыми модификациями, не были приняты на вооружение в других отделениях больницы. И это не удивительно, ибо любой обмен опытом не только позволяет поделиться особенностями лечения тех или иных больных, но и стимулировать творческий потенциал специалистов, которые стремятся не только перенять рекомендации, но и попытаться творчески повысить достижения такой терапии. Это, в частности, можно проследить в диссертационных работах торакального хирурга А.А. Ашиналиева и челюстно-лицевого хирурга Б.К. Урбуналиева.

Эффективность лечения, использованного при флегмонах шеи, в том числе осложненных медиастинитом, можно дополнить и другими нашими наблюдениями, имеющими отношение к тромбозу магистральных сосудов и кавернозному синусу, обширным гнойно-воспалительным процессам с локализацией не только на шее и лице с глубоким некрозом тканей, но и на черепе, отслоившим кожу с апоневрозом по всей его поверхности и др.

Для иллюстрации отмеченного приведем краткую информацию об отдельных случаях, демонстрирующих ход лечения больных, состояние которых было крайне тяжелым и существенно отягощенным признаками сепсиса и ДВС.

Больная К., 5 лет, поступила 23.10.1997 г. с признаками правостороннего острого гнойного гайморозтмоидита, осложненного тромбофлебитом вен орбиты.

Состояние ее было тяжелое. Головная боль, высокая температура до 39°C, затрудненное носовое дыхание, слизисто-гнойные выделения из носа, припухлость и покраснение век, закрытая глазная щель.

В правом среднем носовом ходе слизисто-гнойное отделяемое. С этой же стороны напряженный отек обоих век, более выраженный справа. Глазная щель сужена, не раскрывается (рис. 12а). При ее насильственном открытии глазное яблоко подвижно, но слегка смещено вправо, легкий экзофтальм. На глазном дне артерии сужены, вены полнокровны. Зрение сохранено ($V_{od}=1,0$). На рентгенограмме затемнение решетчатого лабиринта и в/челюстной пазухи справа.



Рис. 12. Больная К., 5 лет. Диагноз правосторонний острый гайморозтмоидит, тромбофлебит вен орбиты. Обозначения: а – вид при поступлении; б – на 3-и сутки лечения; в – на 8-е сутки.

Девочка сразу же после поступления получила описанную нами терапию (клафоран, метронидазол, гепарин по схеме в дозе 2 000 ед. подкожно в область пупка, ацетилсалициловую и никотиновую кислоты, химиостероидную смесь в течение 3-х дней, симптоматическое лечение).

Уже на следующий день появились признаки улучшения. Затем они быстро нарастали (рис. 12б). Напряжение и застойная гиперемия век уменьшились. Глазная щель слегка открылась. 26.10.1997 г. явления тромбофлебита исчезли. Глазная щель стала широкой (рис. 12в). Слизисто-гнойного отделяемого в среднем носовом ходе нет. 29.10.1997 г. девочка выписана.

Приведенное наблюдение демонстрирует эффективность рекомендуемой нами терапии, в которой помимо общепринятых лекарственных средств использованы гормоны в составе химиостероидной смеси и гепаринотерапия.

Такой же эффект был получен у мальчика Э., 12 лет, но при более тяжелом тромбофлебите, который локализовался в правой орбите и крыловидно-небном венозном сплетении (рис. 13). И здесь первые признаки улучшения появились на следующий день после начала лечения. Через 7 дней химоз исчез, глазная щель открылась, но на фоне сохранившейся легкой отечности век, тканей над- и подвисочных ямок и легкого экзофтальма. А еще через 4 дня мальчик был выписан. К этому времени состояние его стало удовлетворительным. Глаз по внешнему виду и зрение стали близкими к норме. На глазном дне сохранилось легкое расширение вен сетчатки и легкая отечность тканей над- и подвисочных ямок.

Приведенная результативность лечения тромбофлебита вен орбиты без гнойного расплавления тромбов, субпериостального



Рис. 13. Больной Э., 12 лет. Диагноз: острый гнойный гемисинусит, осложненный тромбофлебитом вен орбиты и крыловидно-небного венозного сплетения.

абсцесса и флегмоны орбиты были получены у 42 больных. Им либо не было показано хирургическое вмешательство, либо оно было малым и сводилось к пункции пазухи, вскрытию фурункула и карбункула на лице.

Разумеется, что одна лекарственная терапия не позволяла получить такой же эффект в тех случаях, когда эта категория больных поступала с перечисленными осложнениями со стороны орбиты. При них лечение было комбинированным. Оно сочетало описанную лекарственную терапию и хирургическое вмешательство с наружной орбитотомией (10 наблюдений) или с вскрытием субпериостального абсцесса и флегмоны глазницы через доступ, полученный после гаймороэтомидотомии (12 наблюдений). У всех этих больных был получен хороший результат, в том числе функциональный, в относительно короткий срок.

Больной М., 11 лет, поступил по поводу обострения хронического левостороннего гаймороэтомидита, осложненного субпериостальным абсцессом глазницы (диагноз подтвержден данными МРТ и результатом хирургического лечения).

На 3-й день после поступления в клинику ему были сделаны гаймороэтомидотомия и вскрытие субпериостального абсцесса глазницы через папиросную пластинку и внутреннюю часть верхней стенки в/челюстной пазухи.

После операции появились быстро нарастающие признаки выздоровления (рис. 14).

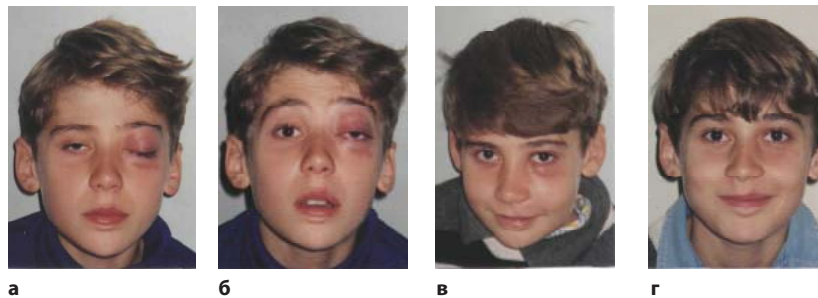


Рис.14. Больной М., 11 лет, с острым левосторонним гаймороэтомидитом, осложненным субпериостальным абсцессом глазницы. Обозначения: а – в день поступления; б – через 3 дня после начала консервативной терапии и перед операцией; в – на 10-е сутки после операции; г – на 20-е сутки.

Приведенная и апробированная лекарственная терапия оказалась также эффективной у двух больных с островоспалительной патологией магистральных сосудов шеи. В одном из них был острый тромбоз общей сонной артерии с остро развившимися признаками воспаления. Он появился у больного через 7 лет после правосторонней резекции верхней челюсти с экзентерацией орбиты и иссечением клетчатки шеи и локализовался на всем протяжении названного сосуда. Последняя представляла собой не пульсирующий тяж, покрытый кожей с относительно тонким слоем подкожной жировой клетчатки. Дотрагивание до него было болезненным, а кожа над ним по его ходу была гиперемирована и напряжена. Общее состояние больного было тяжелым. Его знобило. Температура тела достигала 39°C.

Под влиянием рекомендуемой нами терапии с назначением помимо антибактериальных препаратов и общепринятых методов патогенетического лечения с дополнительным включением в нее гепаринотерапии и в/венного введения химиостероидной смеси острые проявления тромбоза сосуда исчезли. В результате это осложнение было ликвидировано, но завершилось в конечном итоге стойкой обструкцией просвета сосуда на всем протяжении. Через 2 года после этого больной чувствует себя хорошо, признаков возврата основной болезни нет. Сонная артерия прощупывается в виде плотного шнура, не пульсирует. Отсутствие в ней кровотока подтверждается КТ обследованием.

Во втором наблюдении аналогичное поражение касалось внутренней яремной вены. Больная находилась в командировке в Москве. Там она заболела. Была диагностирована ангина, осложнившаяся паратонзиллитом. Ей была предложена операция и рекомендована антибактериальная терапия. От операции она отказалась и по возвращении в Читу сразу же обратилась в клинику. К этому времени у нее была уже клиническая картина, соответствующая правостороннему паратонзиллярному абсцессу, осложненному тромбофлебитом внутренней яремной вены. Ее беспокоили тяжелое лихорадочное состояние, тягостный симптомокомплекс, свойственный паратонзиллярному абсцессу, дополнительноотягощенный болевым синдромом и сепсисом.

Больной была произведена в срочном порядке абсцесстонзиллэктомия справа и начата описанная терапия. Такое комплексное лечение обусловило быстрое, но не полное выздоровление.

В течение нескольких лет после этого она находилась под нашим наблюдением. Оно свидетельствовало о том, что тромб в указанной и, не исключено, что и в других, регионально расположенных венозных сосудах, организовался. В результате нарушился кровоотток из образований лицевого черепа и поэтому сохранились остаточные проявления: по утрам появлялся легкий отек лица справа, а при заболевании, в частности, ОРВИ, он значительно нарастал и отмечался в течение всего дня.

Очень трудно бывает спасти жизнь больных с тромбозом кавернозного синуса. Это заболевание отличается особой тяжестью. Результаты его лечения не могут не беспокоить специалистов. Ведь не секрет, что это заболевание может закончиться летальным исходом, особенно тогда, когда имеется гнойное расплавление тромба, распространенный пиотромбофлебит по продолжению и базальный менингит. В таких случаях принято считать, что необходимо хирургическое вмешательство, позволяющее удалить гнойно-расплавленный тромб и осуществлять последующее дренирование очага при этой локализации процесса на основании черепа. Но на такое оперативное вмешательство решаются исключительно редко из-за его масштабности, чрезвычайной трудности, высокой опасности и малой результативности.

Учитывая отмеченное, после двух неудачных случаев хирургического лечения больных с указанной патологией мы стали проводить этим больным лекарственную терапию, имеющую ту же схему, но существенно отличающуюся от нами изложенной по интенсивности и продолжительности. В результате у отдельных больных, у которых клиника тромбоза кавернозного синуса по своим проявлениям соответствовала описанной тяжести процесса, правда, без абсолютно достоверного утверждения, был достигнут положительный результат и больные по окончании лечения были выписаны, но с остаточными проявлениями, которые через какое-то время ослабевали по своей выраженности или переставали определяться.

Для иллюстрации такого результата приведем историю болезни одного больного из трех, у которых это лечение при такой тяжести оказалось успешным.

Мальчик Ш-ев, 12 лет, 13.01.01 г. был переведен в ЛОР-отделение из отделения микрохирургии глаза в крайне тяжелом состоянии по поводу абсцесса перегородки носа, тромбофлебита

вен орбиты и лица, тромбоза кавернозного синуса, менингоэнцефалита и септикопиемии.

Заболеел, со слов сопровождающих, 10.01.01 г. Появились признаки неблагополучия в носу, головная боль, высокая температура, достигающая 41°C, и симптомы со стороны обоих глаз, проявляющиеся отеком век, сужением глазной щели, светобоязнью.

Глазная симптоматика была более выражена слева.

При неоднократных осмотрах оториноларингологов, невропатологов и окулистов у мальчика была отмечена следующая симптоматика, которая сохранялась в течение более 20 дней. Она проявлялась крайне тяжелым состоянием. Его беспокоила сильная головная боль, иногда сопровождающаяся заторможенностью, чередующейся с приступами психомоторного возбуждения на фоне менингеального симптомокомплекса (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига), выраженного лихорадочного состояния с ознобами и температурой до 39–40°C, РОЭ до 50 и более мм, выраженного сдвига в формуле белой крови влево и ди-зурическими расстройствами и изменениями со стороны глаза и глазниц. Они проявлялись отеком и уплотнением тканей век, закрытием из-за этого глазной щели слева и сужением ее справа, экзофтальмом, левосторонней офтальмоплегией, ухудшением зрения, химозом конъюнктивы и изменениями со стороны глазного дна, гиперемией ДЗН, расширением вен с большим выражением слева и диплопией.

Такой статус с едва уловимыми изменениями отличался стойкостью и сохранялся на протяжении более 20 дней. И это, несмотря на хирургическую ликвидацию абсцесса перегородки носа, очень интенсивную терапию, составленную по принципу терапевтического максимализма. В течение всего этого времени и далее с постепенно ослабевающей ее интенсивностью мальчик получал в/венно, в/мышечно и подкожно комплекс антибактериальных препаратов, включающих цефалоспорины III поколения, периодически гентамицин и метронидазол, изотонический раствор и гемодез, сохраняющие необходимый водно-солевой статус, средства симптоматического лечения и дополнительно к перечисленному общепринятому лечению на протяжении указанных тяжелых дней химиостероидную смесь с содержанием преднизолона 90–180 мг и гепарин, иногда после внутривенного введения свежзамороженной плазмы, с узаконенным ритмом в течение

суток (через каждые 6 часов), но в больших дозировках на одну инъекцию, достигающих 15 000–20 000 ед. действия, разумеется, под контролем состояния гемостаза.

Такая терапия позволила нам в течение указанного более чем 20-дневного срока стабилизировать состояние больного. Симптоматика сохранилась, но не утяжелялась и только затем начала стихать и постепенно его статус улучшился. Болевой синдром прекратился, он стал полностью ориентированным и начал правильно отвечать на вопросы. Температура, анализы крови и мочи, неврологический статус нормализовались, исчезли глазные симптомы, однако не до конца. Перед выпиской отек век и химоз конъюнктивы исчезли, зрение стало нормальным, но ограничение подвижности и легкий экзофтальм левого глазного яблока сохранились. 09.02.01 г. мальчик был выписан под наблюдение невропатолога и окулиста по месту жительства.

В течение нескольких лет мальчика я не видел. И вдруг, однажды, в начале 2008 г., когда я возвращался домой, на мосту через речку Аламединку я увидел идущего навстречу мне красивого, стройного и по внешнему виду физически сильного юношу, на которого из-за его высокого роста и великолепной внешности невозможно было не обратить внимания. Когда этот молодой человек поравнялся со мной, он вдруг меня остановил и спросил:

– Георгий Аронович, Вы меня не узнаете?

– Нет, – сказал я.

– Да я же Шереметьев, которого Вы лечили.

Не вспомнить я его не мог по двум причинам: из-за тяжелой болезни, из-за которой он по сути дела был абсолютным кандидатом уйти в “лучший” мир, и по знатности его фамилии. В 2007 г. я был в Париже и посетил русское кладбище “Сен Жермен де Вуа”. Там я постоял перед могилами известных и почитаемых людей России: Бунина, лауреата Нобелевской премии по литературе, офицеров-генералов Деникина, Дроздовского и Врангеля, Юсупова и членов его семьи и других, в том числе и перед могилой графа Шереметьева – человека, который упоминается в художественной литературе и истории.

– Как ты себя чувствуешь и беспокоит ли тебя что-нибудь, в том числе и со стороны глаз?

– Нет, я сейчас здоров, вижу хорошо, – ответил он.

Для меня это было радостным событием, под впечатлением которого я находился целый день, да иногда и потом. При беглом осмотре его лицо было нормальным, экзофтальм слева отсутствовал и подвижность глаза была в полном объеме.

Не могу не вспомнить еще одно наше наблюдение.

Это была больная А-ова, 1967 г. рождения. Она поступила к нам в отделение 21.01.08 г. после травмы, связанной с падением на лестнице, обусловившим травму головы и шеи, с подкожными кровоизлияниями. У нее развилось осложнение: флегмона шеи, правой половины лица и подкожно-апоневротического пространства по всей поверхности волосистой части головы. Это тяжелое состояние сопровождалось флебитом вен орбиты справа, гидротораксом, обезвоженностью, сотрясением мозга, тяжелой интоксикацией и почечной недостаточностью с выраженной гематурией.

Этой невероятно тяжелой больной была выполнена операция с широким вскрытием гнойников и проведена терапия, осуществляемая по принципу терапевтического максимализма, как и у предыдущего больного, т.е. с гепаринотерапией и использованием кортикостероидов, включенных в комплекс лечения в повышенных дозировках и с продленным использованием.

Результаты лечения оказались положительными. Больная была спасена и ей было рекомендовано после заживления операционных ран обратиться к пластическому хирургу.

Для иллюстрации тяжести состояния и объема хирургического вмешательства приводим рис. 15, на котором изображены внешний вид больной и ее раны в послеоперационном периоде.

Приведенные примеры и обоснование дополнений по усилению патогенетической терапии, несомненно, сыгравшие роль



Рис. 15. Вид разрезов на волосистой части головы, лице и шее у б-ной А-вой.

в повышении эффективности консервативной терапии и хирургического лечения больных с тяжелой травматической и гнойно-воспалительной патологией ЛОР-органов, шеи и головы, с нашей точки зрения, заслуживают внимания. Описанное лечение, кстати, облегчило и послеоперационный период больных, и заметно отразилось на частоте развития осложнений, в том числе после масштабных операций, выполняемых по поводу рака гортани, гортаноглотки, верхней челюсти, а также доброкачественных и объемных опухолеподобных образований челюстно-лицевой области. Кроме того, такая послеоперационная терапия позволила с большей надежностью выполнять и пластические операции.

Для подтверждения эффективности изложенной терапии позволю себе вспомнить о восьми больных, которым пришлось восстанавливать утерянное крыло носа по Сулову. Этот способ предусматривает утерянное анатомическое образование заменять подходящей по конфигурации частью ушной раковины с ее завитком, т.е. осуществлять его свободную пересадку. Требования к выполнению этой операции следует соблюдать с педантичной точностью. К их числу причисляют: забор материала с ушной раковины и освежение ее будущего ложа осуществлять только с помощью бритвы или острого скальпеля и ни в коем случае не пользоваться ножницами. Пересаживаемый кусочек ушной раковины фиксировать только с помощью пальцев, а не пинцетом. Подшивать его к ложу атравматичными иглами и перед этой процедурой охлаждать его в холодном изотоническом растворе хлорида натрия. А в послеоперационном периоде, чтобы ускорить васкуляризацию свободно пересаженного лоскута, в дополнение к принятой антибиотикотерапии и сказанному мы назначили больным еще химиостероидную смесь в/венно и гепаринотерапию по предложенной нами схеме. Результат такой пластической операции во всех восьми наших наблюдениях оказался удачным, и поставленная цель была достигнута.

Поэтому все в совокупности и позволило рекомендовать разработанную нами патогенетическую терапию внедрять в практику.

2.4. К лечению острого стенозирующего ларинготрахеобронхита и лекарственная трахеостомия в нашем исполнении

И мы торгуемся, надменно,
Давясь то славой, то рублем,
А все, что истинно бесценно,
Мы только даром отдаем.

Игорь Губерман

Стеноз на различных уровнях респираторного тракта одно из наиболее мучительных состояний. Страдания человека, обусловленные такой обструкцией гортани или трахеи, невыносимы. Смотреть на него невероятно “больно”. Видеть его глаза, обращенные на вас, с ужасом и мольбой призывающие помочь, невыносимо. От оказавшегося рядом требуется, прежде всего, героизм, который возможен, если отсутствует паника, а присутствуют сообразительность и умение оказать посильную помощь, чтобы облегчить его состояние и спасти от мучительной смерти. Сказанное относится и к врачам, которым даже иногда рекомендуется воспользоваться подручными средствами и произвести трахеостомию или воспользоваться услугами лекарственных и иных бескровных средств, которые в отдельных случаях могут оказаться эффективными.

Относительно часто такая ситуация возникает у детей. Она обусловлена чаще всего ОРВИ и гриппом, сопровождающимися ларинготрахеобронхитом. Он особенно опасен при его тяжелом течении и при гиперергии детского организма. В таких случаях он сопровождается отеком и воспалительной инфильтрацией в подскладочном пространстве – самом узком месте гортани.

Ребенок при таком течении ларинготрахеобронхита мечется, его глаза широко открыты и выражают невероятный страх. Вдох сопровождается звуком с трудом проходящего воздуха и активными движениями грудной клетки. Такое дыхание требует больших энергетических затрат, что наряду с затрудненным прохождением воздуха значительно отягощает состояние ребенка. Его организм обедняется кислородом, в нем задерживается углекислота, что обуславливает появление признаков гиперкапнии, клинически проявляющейся бледностью носогубного треугольника, цианозом губ и слизистой оболочки, а в тяжелых случаях и кожных покровов.

Разумеется, описанная клиническая картина требует принятия неотложных мер. При таком угрожающем жизни состоянии, если лекарственная терапия и другие рекомендуемые меры не облегчают состояние ребенка, прибегают к помощи интубации, а иногда и трахеостомии. Их использование в подобных случаях спасло не одну тысячу детских жизней. И тем не менее, нельзя признать их абсолютно идеальными, поскольку присутствие в дыхательных путях инородного тела, каковыми являются названные трубки, вызывает мучения детей. Кроме того, они небезопасны для ребенка, поскольку, хотя и редко, но могут привести к появлению тяжелых осложнений. Они могут быть связаны с усилением воспалительного процесса в слизистой оболочке респираторного тракта и нарушением ее эвакуаторной функции. По существующему мнению, именно это приводит к нарастанию проявлений ларинготрахеобронхита, нередко рокового для судьбы ребенка. Оно может способствовать переходу катаральной и отечно-инфильтративной форм стенозирующего ларинготрахеобронхита в фибринозно-гнойную и язвенно-некротическую. Первая из них сопровождается пневмонией в 70% наблюдений, вторая – в 100%.

Названные формы стенозирующего ларинготрахеобронхита формируют такое течение заболевания, при котором спасение ребенка становится не всегда возможно. Именно поэтому они и являются основной причиной летального исхода при названном заболевании.

Кроме отмеченного, интубация и трахеостомия могут завершиться повреждением слизистой оболочки. А оно может кончиться развитием рубцового стеноза и хондролизисом – причиной трахеомалии. Их устранение очень трудная задача, к тому же требующая терпения больных и врача, даже имеющего высокую квалификацию и большой опыт работы со стойкой обструкцией респираторного тракта.

Все вышесказанное обусловило необходимость поиска методических основ лечения, избавляющего, по возможности, больных детей от интубации и трахеостомии. Такая тенденция во многом зависела от успехов фармации, от создания тех или иных лекарственных препаратов, способных ликвидировать проявления стеноза. Такая терапевтическая тенденция получила название “лекарственной трахеостомии”.

Попытки подобного рода были осуществлены вначале после внедрения в практическую медицину антигистаминных препаратов, затем – кортикостероидных. Первые впечатления и в том, и в другом случае были позитивными. Но вскоре наступило разочарование и подавляющее большинство специалистов пришли к выводу, что осуществить “лекарственную трахеостомию” с их помощью невозможно.

Несмотря на такую точку зрения, мы не отказались от указанной идеи. Однако для ее решения сочли необходимым, во-первых, подвергнуть анализу результаты использования названных препаратов в зависимости от их природы получения и способа введения в организм; во-вторых, выяснить их эффективность в комбинации с другими лекарственными средствами, в том числе вводимыми в составе ингаляционных смесей и в сочетании с основным, патогенетически обоснованным и симптоматическим методом лечения – оксигенотерапией.

Мы изучили большое количество источников литературы, надеясь, что она поможет нам определить направление поиска с целью осуществить давнюю мечту медицины – внедрить в практику “лекарственную трахеостомию”, которая без интубации и трахеостомии позволяла бы восстанавливать дыхание естественным путем.

Результаты этой работы и наш накопленный опыт лечения таких детей позволили нам установить некоторые позитивные стороны использования современного медикаментозного лечения и оксигено-лекарственной терапии. Это дало нам основание рассчитывать, что их внедрение в терапию стенозирующих ларинготрахеобронхитов в продуманной комбинации и в оптимальном варианте применения облегчит решение поставленной задачи.

К числу таких предпосылок, с нашей точки зрения, особенно важных, мы посчитали необходимым причислить следующие:

- заметно лучшие результаты лечения стенозирующей патологии у детей были констатированы в сообщениях, в которых указывалось на целесообразность использования синтетических (преднизолон, триамцинолон, дексаметазон), а не природных (кортизон, гидрокортизон) кортикостероидов при условии их введения внутривенно и в превышающих терапевтических дозах, безопасных при их кратковременном применении;

- такими же они были и в тех случаях, когда в комплексную терапию включали препараты антимикробного действия, что, по мнению авторов, было необходимо, поскольку вирус, чаще всего являющийся причиной заболевания, действует на слизистую оболочку по типу “протравы” и в результате он ослабляет ее защитные свойства и способствует реализации патогенных свойств бактерий, в том числе присутствующих в верхних дыхательных путях;

- нормобарические ингаляции, согласно данным литературы и результатам нашего опыта, осуществляемые не с помощью воздуха, а с помощью кислорода, поступающего для распыления лекарственной смеси под давлением, заметно облегчают дыхание, поскольку ребенок находится в увлажненном пространстве и с повышенным содержанием кислорода;

- в специальной палатке для проведения продленной нормобарической лекарственной терапии, в которой помимо аэрозольного использования лекарственной смеси должна быть оборудована система охлаждения, поскольку распыление кислорода сопровождается заметным повышением температуры в ограниченном пространстве и плохо переносится детьми;

- целесообразно включение в лекарственную смесь для ингаляций не только кортикостероидов, но и ряд других лекарственных препаратов, которые обладают антибактериальным, антигистаминным и сосудосуживающим действием и улучшают кровообращение в слизистой оболочке респираторного тракта и при этом активизируют, а не угнетают функцию его мерцательного эпителия;

- обосновано использование в комплексной общей и местной терапиях лекарственных средств, направленных на борьбу с ДВС, поскольку его клинические и лабораторные признаки, отражающие изменения в гемостазиограмме, согласно нашим исследованиям, имеют место и отражаются негативно на течении воспалительного процесса в слизистой оболочке.

Перечисленное было учтено. На основании содержащихся в них положений и результатов лечения детей со стенозирующим ларинготрахеобронхитом, продолжающимся в течение не менее 5 лет, была отработана схема лечения и созданы условия для ее осуществления, а также колпак-палатка для проведения продленной кислородно-лекарственной оксигенотерапии (рис. 16).

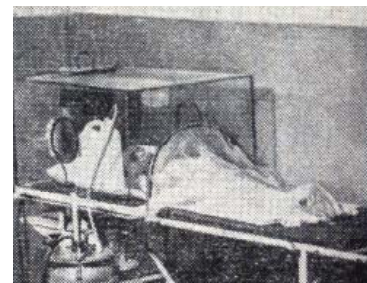


Рис. 16. Колпак-палатка для продленных нормобарических лекарственно-кислородных аэрозоль-ингаляций

В женском отделении ЛОР-клиники Читинской областной больницы, как уже ранее упоминалось, были созданы полубоксированные палаты и установлены две колпак-палатки для проведения продленных аэрозоль-ингаляций. В них через обычный сосуд для получения ингаляций наливали лекарственный состав и аэрозоль получали не путем пропускания под давлением не воздуха, а кислорода. Таким образом, в колпак-палатке создавали атмосферу, содержащую повышенную концентрацию (до 30–35%) кислорода и аэрозоли лекарств, действующих на слизистую оболочку в течение необходимого времени. Одновременно с такой терапией сразу же начинали осуществлять и другие виды лечения стеноза, которые для удобства их понимания в зависимости от формы острого стенозирующего ларинготрахеобронхита приводим в табл. 4.

Результаты такого лечения оказались хорошими. Это было доказано сравнительными данными, имеющими отношение к лечению детей со стенозирующими ларинготрахеобронхитами до и после внедрения в работу представленной в табл. 4 схемы лечения.

Об этом свидетельствует и существенная разница данных по летальности и необходимости (в том числе вслед за интубацией) выполнить трахеостомию. Ее мы вынуждены были сделать 16 детям. Все они не получали рекомендуемую терапию в полном объеме. Она проводилась им без продленной нормобарической лекарственно-кислородной аэрозоль-терапии. Последняя в сочетании с парентеральным лечением, также приведенным в таблице, предупредила смертельный исход во всех случаях, в то время как без выполнения терапевтических мероприятий, без использования колпака-палатки она была зарегистрирована в 11 случаях. Во всех

Таблица 4

Комбинированная терапия
острого стенозирующего ларинготрахеобронхита

Вид лечения	Форма стенозирующего ларинготрахеобронхита		
	катаральная	отечно-инфильтративная	фибринозная и язвенно-некротическая
Раздражение рефлексогенных зон	+	–	–
Антиспастические препараты: в/венно эуфиллин и в/мышечно диклофенак натрия	+		
Струйное в/венное введение преднизолона в высоких дозировках от 60 до 180 мг	+		
Затем его же, но в составе химиостероидной смеси	–	+	
Гепарин в/венно вначале, а затем п/к в дозе 100–150 ед. на 1 кг веса	–	+	
Антибактериальная терапия	– Или ампициллин амоксициллин	Защищенные аминопенициллины или цефалоспорины 2-го поколения	Они же, но в сочетании с гентамицином и метронидазолом
Кратковременная прямая кислородная аэрозоль-ингаляция следующего состава	Гидрохлорид адреналин 0,1% р-р 0,3 мл; нафтизин: 0,05–0,1% раствор–5 капель; эмульсия гидрокортизона 50 мг – 1 мл; новокаин 2% р-р – 1 мл; природная щелочная слабоминерализованная вода – 5 мл		
Последующая продленная нормобарическая кислородно-лекарственная аэрозоль-ингаляция со следующим составом смеси	Эмульсия гидрокортизона 50 мг; нафтизин 0,05%–0,1% – 10 капель; природная щелочная слабоминерализованная вода 100–150 мг	Гентамицин 20–40 мг; нафтизин 0,01–0,1% р-р – 10 капель; эмульсия гидрокортизона (50 мг) – 2 мл; природная щелочная вода 100–150 мл; гепарин	Гентамицин 40 мг; химотрипсин 25 мг в 5 мл; нафтизин 0,05–0,1% р-р – 10 капель; гепарин

Таблица 5

Число трахеостомий и летальность детей
со стенозирующим ларинготрахеобронхитом
до и после внедрения предложенной нами схемы лечения

Предложенная схема лечения	Число больных	В том числе					
		поступившие с трахеостомой		которым была сделана трахеостомия		умершие	
Не применялась	386	5	1,3	16	4,1	11	2,8
Применялась	110	3	2,7	–	–	–	–

наших наблюдениях при выполнении терапии в полном объеме, интубация, которая в обычной ситуации осуществляется относительно часто, потребовалась только в двух наших наблюдениях, причем не для вентиляции легких, а для лаважа. Кроме этого, все трое детей, которые поступили к нам с трахеоканюлярами, были освобождены от трахеостомической трубки в первый же день, когда мы их поместили в колпак-палатку для продленной нормобарической лекарственно-кислородной аэрозоль-ингаляции.

Подытоживая изложенное, можно отметить, что наша мечта выполнить “лекарственную трахеостомию” сбылась во всех случаях, в том числе и в тех, в которых до этого в других больницах вводили интубационную трубку на длительное время. Кстати, некоторые дети поступали к нам в крайне тяжелом состоянии с проявлениями, по тяжести соответствующими фибринозной и язвенно-некротической формам поражения респираторного тракта и пневмонией. Одного такого мальчика мы были вынуждены продержать в колпак-палатке 6 суток и дважды его интубировать, но только для лаважа. Однако такой результат лечения, который можно назвать по результату “лекарственной трахеостомией” возможен только при комбинированном лечении, ведущее место, в котором принадлежит продленной нормобарической лекарственно-кислородной аэрозоль-терапии. Она позволяет, хотя бы вначале, обеспечить дыхание на необходимое время, в течение которого лекарственные препараты, как входящие в состав ингаляционной смеси, так и вводимые парентерально, будут способствовать прекращению воспалительного процесса вплоть до выздоровления ребенка.

2.5. Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной

Тот, кто никогда не отказывается от ранее высказанных взглядов, любит себя больше, чем истину

Жозеф Жубер

Все вышеописанное в предыдущем разделе возможно только тогда, когда врач имеет дело со стенозирующим ларинготрахеобронхитом. При других заболеваниях, обусловленных, например, рубцовой, травматической, опухолевой, паралитической обструкциями просвета гортани и трахеи, а также их трахеомалацией, не так уж и редко приходится делать трахеостомию. Иногда она может оказаться необходимой и для обеспечения терапевтических мероприятий, интубационного наркоза и продолженной искусственной вентиляции легких. Трахеостомия повсеместно выполняется во всех перечисленных случаях, при этом зияние трахеостомы сохраняется с помощью трахеостомической трубки. С такой безоговорочной установкой трудно согласиться.

На протяжении большей части трудовой жизни в избранной мной профессии я увлеченно занимался хирургическими вмешательствами на шейном отделе трахеи. Среди них особое место занимали самые частые операции на этом отделе респираторного тракта – трахеотомия и трахеостомия. Такой интерес к этим вмешательствам был обусловлен наблюдениями над больными, которым было произведено названное хирургическое вмешательство и у которых зияние трахеостомы поддерживалось трахеостомической трубкой. Во всех этих случаях приходилось констатировать, что наличие трубки, являющейся практически инородным телом дыхательных путей и кожно-трахеального канала, не является безболезненным. Мучения таких пациентов, особенно в тех случаях, когда используются ригидные трубки, общеизвестны. Полного благополучия не бывает даже у тех пациентов, у которых взамен названных трубок используются современные трахеоканюли, изготовленные из термопластичного и инертного материала, например, силикона. Безусловно, после их введения негативные проявления, характерные для использования ригидных трахеоканюль, менее выражены. Тем не менее, они есть, поскольку такая трубка, как и ригидная, тоже являет-

ся инородным телом. На это, как следует из многих фактов, не обращают внимание и настойчиво продолжают работать над усовершенствованием трахеостомических трубок. В этом можно убедиться, если просмотреть медицинские журналы последних лет, буквально нафаршированные соответствующими рекламами. В то же время игнорируются сообщения, в которых взамен канюльных трахеостом предлагается производить хирургическое вмешательство, обеспечивающее стойкое зияние трахеостом.

В последнем случае самочувствие больных намного лучше. У них отсутствует кожно-трахеальный канал, который представлен циркулярной раневой поверхностью, покрытой грануляциями и фибринозными налётами, омытыми гнойным экссудатом. Воспаление и связанное с ним затекание гноя с вирулентной микрофлорой в трахею, причём при наличии в нём инородного тела, обуславливает трахеит, особенно выраженный на уровне трахеостомы, а также выше и ниже её расположения. Не меньшее отрицательное отношение к канюльному варианту операции связано и с раздражением чувствительных рефлексогенных зон трахеи и нарушением эвакуаторной функции, что провоцирует пароксизмы кашля и накопление мокроты в бронхолёгочных отделах респираторного тракта. Непременным следствием последнего является развитие хронически протекающего бронхита, нередко с вовлечением в процесс перифокально расположенной лёгочной ткани. Кроме того, от больных с трахеоканюлей может исходить неприятный запах, а у детей в присутствии такого инородного тела в трахее бывает не так уж редко затруднительная деканюляция, иногда требующая повторного введения трахеоканюли. Эта манипуляция иногда оказывается не только трудной, но и опасной, поскольку кожно-трахеальный канал после удаления названной трубки быстро сокращается. Это существенно затрудняет выполнение указанной манипуляции и требует насильственных действий, что может вызывать перелом или продавливание колец трахеи и сдирание её слизистой оболочки. Это так же, как и длительное носительство трахеостомической трубки, может обуславливать появление пролежней с образованием рубцовой деформации просвета и лизис хрящей трахеи – трахеомалации.

Перечисленного, как мне кажется, вполне достаточно, чтобы появилось желание разработать такую трахеостомию, которая была бы временно или постоянно зияющей. Первый эту идею внедрил в практику В.С. Лянде. В 1947 г. он опубликовал статью под названием “О трахеостомии без канюли” (ВОРЛ. – 1947. – №4. – С. 19–20). К сожалению, эта идея не нашла должного отклика и по-прежнему практически повсюду упорно игнорируется. Я убедился в этом не только из анализа литературы, но и побывав во многих клиниках стран СНГ и дальнего зарубежья, в которых, если и есть такая тенденция, то только по отношению к формированию трахеостомы после ларингэктомии и то чаще с использованием трахеоканюли в течение первого времени после выполнения названной операции.

Такое отношение к формированию бесканюльной трахеостомы имеет объективные причины. Среди них можно отметить большую трудность и продолжительность операции, а также неудачи в ходе её формирования. Но если придерживаться интересов больного, то перечисленными трудностями следует пренебречь. Ведь положительное состояние больного при бесканюльной трахеостомии заметно перекрывает указанные недостатки, имеющие отношение к затрате времени и трудностям выполнения операции. Поэтому мы сочли необходимым заняться особенностями выполнения такой операции и изучить возможность использования сформированной бесканюльной трахеостомы при различных патологических и послеоперационных ситуациях. В решении этих задач под моим руководством на различных этапах выполнения указанной работы приняли участие мои сотрудники: В.И. Егоров, М.М. Кадыров, И.А. Рожинская, М.А. Нуралиев, Д.Г. Фейгин, Ж.С. Сулайманов. Каждый из них внес лепту в разрабатываемую проблему, которую можно назвать “Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной, её органосохраняющий характер по отношению к шейному отделу трахеи и терапевтическое значение”.

Подобное масштабное клиническое исследование, начатое нами в 1964 г., в доступной литературе не описано. А между тем, выполнение одной из самых частых операций по такому варианту облегчило судьбу не одной сотни больных и позволило нам решать с большей лёгкостью многие терапевтические задачи.

Нам удалось отработать методические основы выполнения бесканюльной трахеостомии при различных вариантах строения шеи, при наличии патологических изменений на ней, а также при возникновении необходимости замены канюльной трахеостомии на бесканюльную (ретрахеостомию) и повторной трахеостомии.

Основными общими для них особенностями являются: 1) удаление избытка тканей, препятствующего при сшивании кожи с краями отверстия в трахее получить пологий кожный контур по периметру трахеостомы; 2) выкраивание в трахее языкообразного лоскута с нижним основанием, который при его отворачивании книзу и вшивании в нижний угол раны образует своеобразную распорку, обеспечивающую надёжное зияние нижнего отдела трахеостомы; 3) при отсутствии такой возможности у детей следует осуществлять срединный разрез необходимого размера и выполнять внутриоперационные манипуляции, обеспечивающие мобильность краев отверстия; 4) при сшивании краев кожи с зияющим отверстием в трахее необходимо их сближать и ни в коем случае не перекрывать кожей даже минимально слизистую оболочку трахеи; 5) при ретрахеостомии и повторной трахеостомии следует полностью иссекать кожно-трахеальный канал с окружающим его инфильтратом и производить дополнительные манипуляции, ликвидирующие ригидность стенок трахеи, которые после них, при их легком оттягивании не препятствуют зиянию трахеостомы; 6) при выполнении этой операции желательно пользоваться монолитным, а не витым шовным материалом, учитывая этот выбор, мы пользовались кетгутом и леской, при этом последние не срезали, а увязывали с двух сторон для растяжения отверстия в трахее; 7) при низком расположении гортани и трахеи, чаще регистрируемом у лиц с пикнической конституцией, необходима мобилизация дистального отдела трахеи и освобождение ее стенок, в том числе и задней, что позволяет всемерно ее расширить и в таком состоянии подшить в верхних отделах формируемой трахеостомы; 8) в послеоперационном периоде проводить в полном объеме антибактериальную, патогенетическую и симптоматическую терапии, ибо крайне нежелательно нагноение – осложнение, которое, как правило, является причиной неудачи; 9) снимать швы при формировании времен-

ной трахеостомы не в ближайшие дни, а при ее формировании в бесканюльном варианте не ранее чем через 12 дней.

Преимущества бесканюльной трахеостомы многоплановы. Такая трахеостома обеспечивает свободное дыхание. Ее наличие не сопровождается развитием выраженного воспаления и не отражается на функциональном состоянии слизистой оболочки. Ее мерцательный эпителий работает и осуществляет эвакуаторную функцию. Больного не беспокоят рефлекторные реакции и если они регистрируются, то в основном в послеоперационном периоде, в последующем, когда сформируется стойкая бесканюльная трахеостома, но появляются намного реже и бывают слабо выражены. Для больных со стойкой бесканюльной трахеостомой не характерен неприятный запах, который во многих случаях сопровождает больных с канюльной трахеостомой.

При трудной деканюляции зачастую замена канюльной трахеостомы на бесканюльную позволяет снизить выраженность воспаления в трахее и гортани, а также устраняет страх к удалению трахеоканюли. Такой результат ее формирования у пациентов позволяет восстановить дыхание естественным путем. Кроме того, в процессе формирования трахеостомы взамен канюльной могут быть произведены внутриоперационные манипуляции по устранению некоторых дефектов, суживающих и обтурирующих просвет трахеи. К их числу можно отнести кольца, продавленные или переломанные у верхнего края трахеостомы, а также содранную слизистую оболочку и грануляции в этом же месте или снизу. Положение деформированных колец может быть исправлено или частично иссечено, но в ограниченном масштабе, а содранные лоскуты и грануляции удалены. Это открывает просвет трахеи и создает благоприятную ситуацию для формирования стойкой трахеостомы, которую при успешной ликвидации стеноза можно будет закрыть.

При длительном канюленосительстве в области трахеостомы, на что обращалось внимание, могут быть распознаны проявления хондролиза. Этот участок трахеи из-за трахеомалиции теряет упругость. При таком изменении ее стенок они спадаются и закрывают просвет трахеи. В подобных случаях можно произвести ее циркулярную резекцию и на этом месте сшить

проксимальный и дистальный концы трахеи, т.е. произвести трахеотрахеопексию. Однако при наличии рубцовой деформации просвета трахеи, имеющей место одновременно с описанной, можно сформировать стойкую бесканюльную трахеостому и в дальнейшем использовать ее для приемов, направленных на восстановление просвета в других местах респираторного тракта, в том числе и с использованием дилатационного метода лечения.

Важное значение имеет формирование временной или стойкой бесканюльной трахеостомы при хирургических вмешательствах на гортани. Обсуждая эту оценку трахеостомы в указанном исполнении, мы имели в виду не ларингэктомию, а органосохраняющие хирургические вмешательства на гортани, а также некоторые другие вмешательства на ней, при которых возможна временная обструкция ее просвета, обусловленная лимфостазом или послеоперационным воспалительным процессом. В этих случаях чаще всего, как и при использовании трахеостомы для наркоза и искусственной вентиляции легких, лучше формировать ее во временном варианте. При успешной ликвидации обструкции – снять с трахеостомы швы и дать возможность ей закрыться, спровоцировав тем самым вторичное заживление.

Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы при органосохраняющих операциях, выполненных по поводу рака гортани, позволяет следить за состоянием оперированного органа не только при обычной ларингоскопии, но и при нижней. Но что особенно важно, такая трахеостома после горизонтальных резекций гортани позволяет начинать тренировку по восстановлению акта глотания больного в положении Тренделенбурга через несколько дней после операции. Это позволяет не только ускорить ее восстановление, но и учитывать этот процесс по относительному количеству вытекающей через трахеостому пищи, поскольку представляется возможность замерять количество вытекающей пищи и определять ее в процентах ко всей принятой. Иными словами, следить за процессом восстановления акта глотания. Значение такого питания предупреждает и развитие аспирационных осложнений.

Нам кажется, что приведенные преимущества зияющей временной и стойкой бесканюльной трахеостомы являются весьма весомыми и доминирующими по сравнению с таковыми канюльной трахеостомы. Следовательно, этот вариант операции должен найти использование в практической медицине. Уже на протяжении многих лет, начиная с 1964 г., мы отдаем ей предпочтение и очень редко, более того, только в исключительных случаях, прибегаем к общепринятому формированию канюльной трахеостомы.

Мы убедились в целесообразности такой тактики, т.е. формировании бесканюльной трахеостомы, и настойчиво рекомендуем специалистам ее внедрение в свою работу. Уверен, что если это произойдет, наш многолетний труд принесет существенную пользу и будет содействовать облегчению состояния не одной тысячи больных, но, возможно, принесет убытки производителям трахеостомических трубок. Однако интересы больного человека должны быть превыше.

Такой вывод и несомненная его значимость дали нам право выпустить две монографии, написать и защитить четыре кандидатских диссертации, а также отразить представленное в статьях и докладах в центральных журналах, на конгрессах, съездах и конференциях, в том числе Международных и Европейских. А в последние годы вместе с Ж. Сулаймановым был выполнен труд, в котором было доказано, причем впервые и на большом многолетнем клиническом материале, что бесканюльная трахеостомия в отличие от канюльного варианта этого хирургического вмешательства является органосохраняющей по отношению к шейному отделу трахеи. Этот вывод был обоснован тем, что ни в одном случае при бесканюльном формировании трахеостомы не было отмечено деформации просвета трахеи. Это ее достоинство, с нашей точки зрения, нельзя игнорировать.

2.6. Паралитический стеноз гортани и наша модификация экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки

Есть нерв, он не простой и ход его возвратный
И не приемлет он бестактного свидания
с хирургом торопливым,
А мщение его не по адресу виновника идет.
Такой несправедливый суд касается судьбы
безвинного больного.
Автор

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы может осложниться двусторонней травмой возвратного гортанного нерва. Эта травма нередко завершается развитием паралитического стеноза гортани. У таких больных в результате стойко сохраняющегося срединного положения голосовых связок появляется затрудненный вдох. Он сопровождается звуком высокой частотной характеристики, который особенно выражен, когда пострадавший спит. А днем он вынужден находиться в покое. Любое волнение или сопровождающаяся одышкой двигательная активность, включая ходьбу, вызывает развитие выраженного стеноза. В результате больной вынужден находиться в полном покое. Он не может выполнять даже легкий домашний труд. Подобное состояние его тяготит, а легко возникающие приступы удушья вызывают беспокойство, ибо каждый очередной может закончиться смертью. Поэтому таким больным нередко производят трахеостомию, причем в силу экономических обстоятельств и недостаточного снабжения, с введением в трахеостому ригидных трубок. Последние, как и сам стеноз, существенно отягощают состояние больного и стимулируют принятие мер, в том числе хирургических, которые избавили бы больного от стеноза описанного генеза.

Суть такого рода хирургических вмешательств сводится к расширению просвета между голосовыми складками. Для достижения этой цели к сегодняшнему дню предложено много способов и их модификаций. Их общее количество превышает 60. Во многих из них наряду с манипуляциями, включающими, к примеру, иссечение голосовой связки и тканей, расположенных в ней и по ее периметру, не могут обойтись без длительной дилатационной терапии. С нашей точки зрения, последняя снижа-

ет их ценность. В других предлагают комбинировать наружный доступ к пластинке щитовидного хряща, делать в ней отверстия и после проводить через них две нити выше и ниже голосовой складки. Причем эту хирургическую манипуляцию со стороны просвета гортани осуществляют под эндоскопическим контролем, во время которой введенную через иглу нить вводят во вторую иглу и через нее наружу. В результате нить захватывает голосовую складку и при увязывании оттягивает ее в сторону и тем самым открывает голосовую щель. В дополнение к этому способу для повышения его эффективности предлагаются различные дополнительные варианты внутриоперационных манипуляций. К примеру, иссечение тканей, расположенных вблизи голосовой складки, или клиновидное ее иссечение вместе с частью вокального отростка голосовой складки. Последний вариант может не только улучшить результат названной операции, но и использоваться как самостоятельный метод лечения паралитических стенозов гортани.

Проведение таких операций требует обеспечения ларингохирурга современной эндоскопической аппаратурой. Следовательно, для внедрения в практику подобных операций требуются определенные, причем немалые экономические затраты.

Учитывая это и результаты знакомства с сообщениями, описывающими операцию – экстраларингеальную латерофиксацию голосовой складки, я совместно с Вадимом Германовичем Шевчуком избрали ее как основной метод ликвидации паралитического стеноза гортани.

С методикой ее выполнения мы познакомились в статьях, опубликованных О.Ю. Карповой (1984) и И.А. Курилыным с соавт. (1976). Нас подкупило в них то, что для выполнения латерофиксации голосовой складки достаточно разовое вмешательство и надежность достижения желаемой цели без вскрытия просвета гортани, т.е. в пределах неинфицированных анатомических образований.

Используя экстраларингеальную латерофиксацию голосовой складки в качестве основного метода хирургического лечения паралитического стеноза гортани, мы убедились в том, что эта операция относится к категории трудных и не отличается абсолютной надежностью. Такая ситуация складывается особенно

часто, когда ее приходится выполнять у женщин, а они самые частые пациенты. У них маленькая гортань и маленький черпаловидный хрящ, запавший к тому же кпереди. Такая анатомическая ситуация затрудняет выведение черпаловидного хряща и захват его вокального отростка у его переднего конца, что необходимо для достаточного его оттягивания с помощью лигатуры, проведенной через задний край щитовидного хряща. К недостатку названной операции можно отнести также отсутствие достаточной надежности фиксации голосовой складки в латеральной позиции только с помощью нити.

Учитывая отмеченное, мы попытались внести некоторые дополнения в методические основы выполнения операции. Они облегчили ее проведение и сделали более надежной названную операцию, в том числе у пациентов с маленькой гортанью, т.е. у женщин – обладателей маленькой гортани.

Основные этапы операции не отличаются от описанных в работах вышеназванных авторов. Как и они, мы производим разрез кожи, соответствующий проекции переднего края кивательной мышцы, и далее продолжаем рассечение тканей до выхода на задний край пластинки щитовидного хряща. Затем освобождаем острым способом его от сжимателя глотки, подводим ножницы под нижний край пластинки и вслепую рассекаем перстнещитовидный сустав. После этого внутриоперационного хирургического приема появляется возможность поднять пластинку щитовидного хряща и выйти к грушевидному синусу. Отсепаровываем последний без вскрытия глотки и оттягиваем его. В результате получаем доступ к черпаловидному хрящу и черпалоперстневидным мышцам.

Дальнейшие манипуляции осуществляем с некоторыми особенностями, которые облегчают выполнение основного этапа операции, открывающего просвет голосовой щели. Они начинаются с манипуляций, сводящихся к обнаружению и освобождению мышечного отростка черпаловидного хряща от черпалоперстневидных мышц и к прошиванию его держателем. Последний позволяет вывести задний край черпаловидного хряща из запавшего состояния, вскрыть просвет черпалоперстневидного сустава и ложечкой нарушить его поверхности. Эта процедура обеспечивает в послеоперационном периоде анкилоз

сустава, что закрепляет достигнутый результат на всю оставшуюся жизнь пациента. Кроме того, вытягивая черпаловидный хрящ и отсепааровывая при этом боковой скелет у основания черпаловидного хряща и дополнительно с помощью очередных швов обнажив боковой скелет вокального отростка, в конечном счете, удастся захватить его не у основания, а у самого его переднего конца. Такое методическое дополнение позволяет уже под контролем зрения осуществить проведение нитей из хромированного кетгута в области указанной анатомической части, а путем натягивания указанных нитей осуществить контроль состояния дыхания естественным путем. И только после того, как оно оказывается достаточно свободным, необходимо провести швы через задний край пластинки щитовидного хряща и их увязать. Операция заканчивается ушиванием операционной раны наглухо.

Если больной поступает к нам с канюльной трахеостомой, то несколько дней после операции мы не удаляем трахеоканюлю. Такое решение можно объяснить тем, что во время ушивания раны практически невозможно погасить просвет между внутренней стенкой пластинки щитовидного хряща и соседними анатомическими образованиями – черпаловидным хрящом и наружной стенкой грушевидного синуса. В этом месте может накапливаться кровь и в сочетании с послеоперационным лимфостазом и воспалительной реакцией может в течение короткого времени обуславливать затрудненное дыхание. Если же производится экстраларингеальная латерофиксация голосовой складки до того как больному была сделана трахеостомия, то тогда мы названное хирургическое вмешательство сочетаем либо с формированием временной бесканюльной трахеостомы, либо с формированием превентивного подхода к трахее, закрытого марлевым шариком. При первом варианте выполнения трахеостомы, как только восстанавливается дыхание естественным путем, мы снимаем швы и тем самым провоцируем ее заживление вторичным натяжением. При превентивном подходе к трахее доступ к ее передней стенке используется только, если после операции появляются признаки стеноза. В этом случае дежурный врач после удаления шарика может быстро вскрыть просвет трахеи и ликвидировать опасность удушья.

Описанные методические основы выполнения экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки были использованы для ликвидации паралитических стенозов гортани в общей сложности у 42 больных. Только в двух случаях была отмечена неудача. В одном из них она была связана с диагностической ошибкой. Срединное положение голосовых складок было обусловлено не повреждением возвратных гортанных нервов, а сращением голосовых складок. В другом наблюдении – ошибочным выполнением хирургического вмешательства, скорее всего, обусловленного несостоятельностью шва, наложенного на вокальный отросток. В обоих наблюдениях потребовалась повторная адекватная операция, позволившая восстановить дыхание через естественный путь.

Приведенные результаты хирургического лечения паралитических стенозов гортани, ликвидирующего проявления дыхательной недостаточности при названной патологии, позволяют нам считать модифицированные внутриоперационные приемы выполнения операции заслуживающими внимания, поскольку они упрощают проведение нити через передний конец вокального отростка черпаловидного хряща и тем самым отведение его в максимально возможное боковое положение. А манипуляции, травмирующие суставные поверхности черпалоперстневидного сустава, и освобождение мышечного отростка от черпалоперстневидных мышц обуславливают его стойкий анкилоз, делают возможным закрепить достигнутый результат до конца жизни больного.

И как радостны бывают встречи с больными, которые перенесли эту операцию и стали свободно дышать. К ним возвратилась возможность трудиться... Они переставали вести сидячий образ жизни, замкнутый четырьмя стенами, начали выполнять домашнюю работу в полном объеме, выходить на улицу, посещать магазины, а некоторые даже вернулись к своей трудовой деятельности. И что не менее важно, их сон стал спокойным, что не могло не сказаться позитивным образом на их общем и психическом состоянии.

2.7. Реконструктивная хирургия шейного отдела трахеи

Чем нынче занят? Вновь и снова
В ночной тиши и свете дня
Я ворошу золу бывшего,
Чтоб на сейчас найти огня.

И. Губерман

Современные достижения медицины трудно переоценить. Все новое, что появилось благодаря ее техническому и фармакологическому наполнению, облегчило лечение многих тысяч больных. Кроме того, оно сделало его более щадящим. И, тем не менее, есть области, в которых терапевтические проблемы по-прежнему решаются с трудом, и, как не парадоксально, некоторые из них явились результатом этих вышеупомянутых достижений.

К числу таких патологических ситуаций нужно отнести обструкцию просвета респираторного тракта в ее разнообразии, тяжести и протяженности, обусловленного не только некоторыми заболеваниями, травмами мирного и военного времени, канюльной трахеостомией, хирургическими вмешательствами некачественного выполнения, но и проведением некоторых эндоскопических мероприятий, при которых предусмотрено удаление части гортани или грубо нарушается целостность слизистого покрова, в том числе иногда по всей окружности и к тому же на разных уровнях респираторного тракта. В частности, последняя особенность обструкции мы, как и другие специалисты занятые лечением этой категории больных, не можем причислить к исключительно редким. Объясняется это широким применением интубации для наркоза, проведением лаважа трахеи и бронхов и реанимационных мероприятий. Именно последние в разбираемом плане повинны наиболее часто. Это связано с тем, что продолжительность нахождения интубационных трубок, имеющих надувную манжету, и давление в последней не всегда строго контролируются. Это может быть причиной запредельного повышения давления и тогда на уровне нахождения манжеты образуется циркулярный пролежень с последующим развитием рубца, стягивающего и закрывающего просвет респираторного тракта, расположение которого зависит от глубины введения интубаци-

онной трубки. В результате она не имеет постоянного места расположения и иногда находится в грудном отделе трахеи, где наши возможности ограничены, а хирурги не могут воспользоваться трансторакальным доступом, поскольку почти, как правило, она не единственная, сочетаемая с обструкцией на уровне шейного отдела трахеи и гортани. К тому же постинтубационное нарушение просвета трахеи отличается большой протяженностью, соответствующей длине манжеты (2 см).

Поэтому не удивительно, что эта категория больных в терапевтическом плане относится к наиболее трудным. А их мучения и социальная ущербность жизни, как правило, с потерей трудоспособности, угнетает их психологически.

Несмотря на определенные усовершенствования реконструктивных вмешательств на гортани и трахее, во многих клинических отделениях в терапии этой категории больных доминирует дилатационный метод. Терапевтический эффект, на который приходится рассчитывать при его использовании, базируется на растягивании рубцовой ткани и закреплении просвета при трахеомалации. Такой результат достигается с помощью всевозможных протекторов и Т-образных трубок. Даже через несколько месяцев, иногда годы и более после удаления дилататора развивается повторное сужение просвета в пораженных отделах, поскольку положительный результат может наступить только тогда, когда рубцовая ткань становится зрелой и теряет склонность к сокращению. Но это происходит только через длительный промежуток времени. Все это время больной испытывает мучения. Это отражается на его психическом состоянии. Появляется чувство безнадежности. Нередко это сочетается с последствиями травм конечностей, позвоночника и грудной клетки, а также реанимационными мероприятиями, требующими интубации и трахеостомии с искусственной вентиляцией легких. Последние, как уже указывалось, в свою очередь, обуславливают изменения, которые создают дополнительные трудности.

Все вышеописанное не может не заметить врач, обладающий элементарной наблюдательностью и добротой. Сочувствие к этим пациентам побудило нас (Г.А. Фейгина, Ж.С. Сулайманова, В.Г. Шевчука) поставить вопрос: а нельзя ли облегчить судьбу этих больных?

Нам казалось необходимым взамен хирургических вмешательств, комбинируемых с длительной дилатационной терапией, найти способ, который бы обеспечивал восстановление просвета гортани и трахеи с помощью разовой операции, и каким образом можно повысить результативность дилатационной терапии, поскольку от нее полностью отказаться не представляется возможным. Последнее было связано, в частности, и с тем, что возможности разового вмешательства могут быть ограничены. Такая ситуация может возникнуть хотя бы из-за того, что у больных, страдающих стенозом, деформация просвета гортани и трахеи, как уже указывалось, может быть полиочаговой. Иными словами, располагаться в двух или даже в трех местах респираторного тракта, а реконструктивный метод, который нам представился наиболее разумным для использования при такой патологии, имеет ограниченные возможности. Этот метод – циркулярная резекция пораженного участка. Он был отработан рядом авторов. Взятый нами за основу и предложенный М.М. Перельманом для решения основной задачи он мог быть использован с последующей трахеотрахео- или ларинготрахеопексией только на одном участке респираторного тракта, а также в тех случаях, когда обструкция по протяженности не превышала пяти полуколец трахеи.

Исходя из вышеизложенного, мы сформулировали несколько задач.

1. Повысить возможности использования реконструктивного способа за счет не только нижней, но и верхней мобилизации проксимального конца трахеи после резекции ее части.

2. Сохранить часть измененной трахеостомы, не включая ее полностью в резецируемый отдел трахеи в той ее части, где сохранилась необходимая ригидность ее стенок.

3. Отработать метод дилатационной терапии, который бы повышал его эффективность при наличии обструкции ниже и выше резецируемого отдела трахеи.

4. Изыскать выбор комбинаций и особенностей выполнения операций и интраоперационных манипуляций, необходимость в которых может возникнуть при полиочаговых обструкциях в шейном и грудном отделах трахеи, а также в гортани.

Наши усилия в решении этих задач оказались не напрасными. Наряду с общепринятой методикой реконструкции просвета

трахеи, заключающейся в циркулярной резекции ее пораженного участка и последующей трахеотрахео- или ларинготрахеопексии нами были предложены способы выполнения этого хирургического вмешательства, завершаемого на месте трахеопищеводного анастомоза формированием стойкой бесканюльной трахеостомы (рис. 17). Это дополнение к общепринятой методике позволило нам более надежно фиксировать мобилизованные верхний и нижний отрезки трахеи. Это делало возможным с относительно большим натяжением формировать анастомоз. Но это достоинство не самое главное. Формирование стойкой бесканюльной трахеостомы позволило сохранять зияющий контур иногда в дистальном, иногда в проксимальном конце трахеи, а иногда – и с того, и с другого конца. Это позволяло иссекать не весь участок деструкции в зоне трахеостомы, а следовательно, уменьшать резецированный участок и сшивать при наличии ригидности и присущей контурности большей части стенок трахеи.

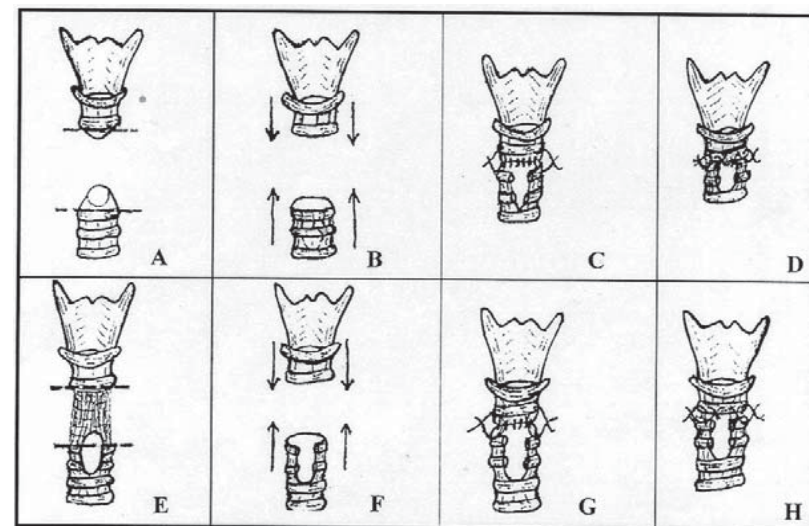


Рис. 17. Схематическое изображение расширенных вариантов реконструктивных операций на шейном отделе трахеи. Обозначения: A и E – границы удаления пораженного отдела трахеи; B и F – верхняя и нижняя мобилизация проксимального и дистального ее конца; C и G – трахеотрахеопексия

В таких случаях можно было сшить ее заднюю и боковые стенки и затем сформировать бесканюльную трахеостому, которую через некоторое время после выполненного хирургического вмешательства закрыть пластической операцией. Схематически такой вариант выполнения операции представлен на рис. 17.

Удлинить размер резецированного участка трахеи нам удалось за счет мобилизации не только дистального конца трахеи, но и проксимального. С этой целью мы рассекали мышцы, удерживающие подъязычную кость. После этого гортань вместе с верхним отрезком трахеи можно было опустить ниже на 1,5–2 см, что также увеличивало возможность сближения концов трахеи после ее резекции до 5–6 колец.

Однако восстановление просвета на всем протяжении респираторного тракта при использовании классического и модифицированных вариантов реконструктивного вмешательства было возможно в тех случаях, когда обструкция на уровне шейного отдела трахеи не сочеталась с другими вариантами патологии (функциональными и органическими). В этих наблюдениях выполнения реконструктивного вмешательства, предусматривающего иссечение пораженного отдела с помощью его циркулярной резекции, необходимо было решать и другие задачи. Такое усложнение могло быть обусловлено, например, паралитическим стенозом гортани или дополнительной обструкцией, локализующейся в трахее, причем нередко не только в пределах шейного отдела респираторного тракта, но и грудного. При последнем варианте обструкции, чаще всего связанном с разрастанием рубцовой ткани, на основании нашего опыта дилатационная терапия, которую нельзя избежать при полиочаговом процессе, оказывается недостаточной, ибо удержание циркулярного рубца в нужном положении не удается и наступает рецидив стеноза. Так бывает даже через 6 месяцев, иногда год и более. Поэтому при такой ситуации, прежде чем ввести в просвет трахеи Т-образную силиконовую трубку, мы считали необходимым подойти к рубцу и иссечь его только либо подслизисто, либо после тонкой отсепарованной его наружной поверхности.

Такая предварительная внутриоперационная хирургическая манипуляция существенно сокращала продолжительность дилатационного лечения. Трудней было выполнить этот подготовительный этап вмешательства в тех наблюдениях, в которых

обструкция трахеи была связана с оротрахеальной интубацией и пролежнями, обусловленными конечной частью ригидной трахеоканюли. В основном она локализовалась в верхней половине грудного отдела трахеи. Поэтому, прежде чем начать подготовительные манипуляции в зоне обструкции, нам представилось целесообразным при наличии возможности формировать трахеостому с нижним ее краем у *incisura juguli*. Это существенно приближало проведение манипуляции к месту обструкции, а следовательно, делало их, хотя и не простыми, тем не менее более легкими, поскольку в какой-то степени облегчало их визуальный контроль.

Следует отметить, что для выбора протектора нужно пользоваться Т-образными трубками, например, изготовленными на предприятии в Мытищах Московской области.

Описанные методики лечения обструкции шейного отдела трахеи нами апробированы при лечении 32 больных. Это дало нам возможность восстановить дыхание естественным путем у всех больных, которым была выполнена либо циркулярная резекция пораженного шейного отдела трахеи с последующим формированием анастомоза по типу трахеотрахео- или трахеоларингопексии, либо реконструкция шейного отдела респираторного тракта с последующей дилатационной терапией Т-образными силиконовыми трубками через стойкую бесканюльную трахеостому и в одном случае – с экстраларингеальной латерофиксацией голосовой складки. При первом варианте реконструктивного хирургического вмешательства дыхание естественным путем восстанавливалось сразу по окончании операции, при втором – через несколько месяцев (от 2 до 6). После полученного и контрольного наблюдения в тех случаях, в которых была сформирована бесканюльная трахеостома, последняя была закрыта. Для этого чаще всего мы использовали пластическую операцию.

2.8. Рак гортани и наши усилия по его лечению с использованием органосохраняющей и органоудаляющей хирургии, в том числе выполняемой по радикальной программе

Умение ставить разумные вопросы
есть уже важный и необходимый
праздник ума и проницательности
Иммануил Кант

Среди злокачественных новообразований, локализованных в ЛОР-органах, на голове и шее, доминирует рак гортани. По отношению ко всем неоплазмам человека с указанными особенностями их удельный вес в разных регионах мира достигает 1–6%. Разумеется, что такая довольно значительная частота указанного злокачественного процесса не может не беспокоить специалистов. Это касается различных аспектов проблемы, к числу которых можно причислить диагностику, изучение закономерностей развития процесса, выбор адекватного лечения, облегчающего судьбу больных, независимо от того, были ли использованы хирургическое вмешательство, лучевая или химио-лучевая терапии. Каждый из названных видов терапии играет существенную роль в определении судьбы заболевших. При этом эффективность каждого из них, а особенно использование их в комбинации, позволяет добиться выздоровления от этого заболевания у относительно большого числа больных. В то же время следует заметить, что каждый из них не отличается абсолютной надежностью, а дает надежду (шанс) на выздоровление, причем либо с высокой степенью результативности, либо с меньшей. Во многом это зависит от ряда факторов. Среди них существенное значение имеют распространенность опухолевого процесса, его первичная локализация, а также выбранный способ лечения и рациональные возможности его проведения. Последнее обстоятельство имеет не менее важное значение, поскольку финансовые возможности здравоохранения различных стран неодинаковые. Так, в развитых странах с высоким уровнем обеспечения запросов этой социально значимой отрасли жизни населения медицинские учреждения располагают современным оборудованием для лучевой терапии, позволившей достичь высокого результата. Там же, где нет возможностей вовремя заменять и обновлять устаревшую аппаратуру, лучевая те-

рапия будет характеризоваться не только меньшим эффектом, но и сопровождаться быстрым появлением осложнений. Однако это не значит, что в развитых странах можно исключить необходимость в использовании хирургического лечения. Поэтому его частота в различных регионах колеблется в вариабельных пределах, что зависит, кстати, не только от возможностей обеспечения современной высокоэффективной аппаратурой, но и от особенностей опухолевого процесса и частоты диагностики рака гортани в ранних стадиях его развития. На последнее приходится обращать внимание, поскольку в гортани более чем в 90% случаев обнаруживается высокодифференцированный рак – плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий. При его значительном распространении в пределах T3 и T4, иными словами, тогда, когда опухоль локализуется в пределах двух-трех этажей гортани, характеризуется глубоким инфильтрирующим ростом, диагностируемым по ограничению или отсутствию подвижности анатомических образований органа, и переходит на соседние образования (гортаноглотку, корень языка, щитовидную железу и за пределы скелета гортани) и к тому же сочетается с метастазами в региональных лимфоузлах, хирургическое лечение становится необходимым. Оно может производиться либо до, либо после проведения лучевой терапии. Нужно отметить, что такое отношение к выбору хирургического лечения, в том числе и при раке гортани T1 и T2, становится вынужденным и в остальных странах, которые не имеют современного оборудования для лучевой терапии. Однако, если при обширном распространении опухоли необходимо производить органоудаляющее вмешательство, то при локализованном процессе, оцениваемом T1 и T2, следует отдавать предпочтение органосохраняющим операциям, к числу которых можно причислить хордэктомию, боковую, переднебоковую и различные варианты горизонтальных резекций гортани. Иными словами, оставить “культю” органа, которая способна обеспечить дыхательную, фонаторную или разделительную функции и тем самым обеспечить не только высокую результативность ликвидации болезни, но и достойное качество жизни оперированных, во многих случаях позволяющее вернуть больных к их профессиональной деятельности.

Именно поэтому им, как и методическим основам выполнения ларингэктомии, по-прежнему придают значение даже сегод-

ня. Пионерами таких хирургических вмешательств были Отан, Алонзо, Портманн, Глюк, Сендумский, Светлаков и др. Следует отметить, что предложениям, направленным на усовершенствование и повышение терапевтической надежности, как по ликвидации болезни, так и функциональной реабилитации оперированных, уделяется, к сожалению, все меньшее внимание. В результате основные положения по техническому выполнению ларингэктомии и резекции гортани остаются прежними, т.е. в основном разработанными в течение XX века. В этом плане коллективы наших клиник ЧГМИ и КГМИ не оказались исключением.

Познакомившись с литературой, посвященной методическим основам выполнения ларингэктомии и различных вариантов резекций гортани, а также побывав во многих лечебных учреждениях, в которых оперируют больных раком гортани, мы убедились в том, что есть еще не использованные резервные возможности улучшения хирургической помощи этим больным. Эта мысль появилась в связи с наблюдаемыми фактами. К их числу можно было отнести тяжесть послеоперационного периода, сопровождающегося расхождением швов и даже развалом раны и некротическими изменениями в ней, обуславливающими неприятный запах не только в палате, но и во всей клинике. Негативное впечатление создавало и то обстоятельство, что реабилитационный период больных был продолжительным и не всегда заканчивался достаточно надежной функциональной состоятельностью. У части оперированных появлялись губовидные свищи, незапланированные фарингостомы, канюленосительство и несостоятельность акта глотания после некоторых органосохраняющих операций (передне-боковая и горизонтальная резекции гортани). У отдельных больных отмечался продолженный рост, что обуславливало появление мысли о сомнительной абластической надежности и допущенных ошибках по ее строгому соблюдению при выполнении операций.

Все это заставило нас, прежде всего, ознакомиться с патоморфологическими исследованиями, в которых можно было бы найти информацию об особенностях роста и распространения рака в зависимости от его первичной локализации и стадии распространенности. Таких исследований оказалось достаточно количество, тем не менее, найти ответы на некоторые вопросы мы не смогли.

Учитывая отмеченное, я обратился к доценту Н.А. Чартыжскому (заведующий кафедрой патанатомии Читинского медицинского института), чтобы он поручил одному из своих сотрудников заняться указанной проблемой. И здесь мне очень повезло. Он предложил выполнить эту работу ассистенту Тамаре Константиновне Байковой. Она оказалась исключительно добросовестным и скрупулезным исследователем. Ею было сделано более 4000 крестеллеровских срезов из более 100 удаленных гортаней и их частей после органосохраняющих операций. Их она окрасила гематоксиллин-эозином и по Ван-Гизону и получила довольно надежную возможность определить все необходимые параметры распространения ракового инфильтрата. После тщательного совместного с ней анализа результатов микроскопии нам удалось установить ряд положений, которые нужно учитывать при выполнении ларингэктомии и различных вариантов резекций. Число последних, кстати, после этой работы мы смогли увеличить и тем самым повысить в какой-то степени функциональную и абластическую надежность органосохраняющей хирургии названного органа.

Не буду перечислять все их, отмечу лишь основные:

1. При раке голосовой складки в I и II стадиях развития опухоли в органе инфильтрат достигает внутренней надхрящницы пластинки щитовидного хряща обычно в пределах передней трети голосовой складки. Кзади это анатомическое образование остается свободным от него, что дает возможность сохранить эту часть пластинки щитовидного хряща и удалять здесь неоплазму с внутренней надхрящницей. Такое щадящее отношение к хрящевому каркасу органа позволяет сохранить большим по размеру зияющий каркас оставленной части гортани, что в существенной мере может предупредить сужение ее просвета, а следовательно, обеспечить достаточное дыхание естественным путем.

2. При раке надгортанника и прилегающих к нему образований вестибулярного отдела гортани часто наблюдается проникновение ракового инфильтрата в преднадгортанниковую клетчатку, что независимо от объема хирургического вмешательства требует его удаления во время ларингэктомии вместе с подъязычной костью, при органосохраняющих вариантах горизонтальных резекций с сохранением названной кости, но вместе с ее внутренней надхрящницей.

3. При первичном поражении фиксированной части надгортанника опухоль не имеет широкого распространения по его поверхности. Это дает право выполнить операцию с удалением ее части в пределах здоровых тканей, но с обязательным включением в удаляемый блок тканей преднадгортанниковой клетчатки. Сохраненная свободная часть надгортанника позволяет в послеоперационном периоде сохранить практически полноценную разделительную функцию гортани.

4. При надгортанно-складочной локализации опухоли остается свободной от нее свободная часть надгортанника и вся противоположная ее часть, связанная с черпалонадгортанной складкой. Это также позволяет сохранить часть надгортанника, убрать его пораженный отдел вместе с таковым преддверия, иссеченным надскладочно и с преднадгортанниковой клетчаткой. После этого оказывается возможной пластика оставшейся части надгортанника, которая, перекрывая передний отдел просвета голосовой щели, тем самым способствует ускоренному восстановлению акта глотания.

5. При распространенном раке с его боковой локализацией нередко инфильтрат проникает через щитоперстневидную мембрану и достигает доли щитовидной железы, что нужно иметь в виду, как и общеизвестные варианты распространения раковой опухоли за пределы гортани: на корень языка, боковую стенку глотки и спереди после появления в хрящевом каркасе дефекта в результате инфильтрирующего хондролитизиса. Поэтому при таких вариантах распространения ларингэктомия должна осуществляться в расширенном масштабе.

Именно эти гистотопографические исследования и послужили основным толчком для разработки модифицированных и новых по замыслу резекций гортани, а также ларингэктомии, отвечающей требованиям абластики.

Эти же данные послужили для нас базисом для определения "полномочий", которых необходимо придерживаться, когда речь идет о возможностях использования как расширенных вариантов выполнения ларингэктомий, так и пределов использования резекций гортани. Среди последних заслуживают внимания те, что отличаются или оригинальностью, или новым замыслом. К их числу можно отнести модифицированный вариант выполне-

ния переднебоковой и горизонтальной резекций гортани и ранее не описанные резекции, названные вариантами при надгортанно-складочной локализации и при фиксированной части надгортанника.

Ниже представлены модифицированные и в какой-то степени отличающиеся по замыслу резекций гортани в схематическом изображении.

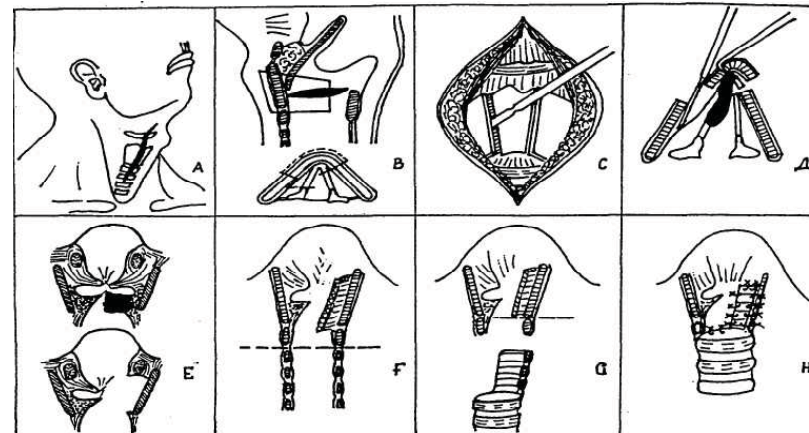


Рис. 18. Этапы выполнения переднебоковой и реконструктивно-фигурной резекции гортани: А – линия разреза шеи; В – блок удаляемых тканей; С, Д – отсепаровка внутренней надхрящницы; Е – вид просвета гортани после переднебоковой резекции; F, G, H – схематическое изображение реконструктивного фигурного восстановления боковой стенки гортани

Как следует из рисунка, после двустороннего продольного рассечения щитовидного хряща и отсепаровки внутренней надхрящницы удастся осмотреть состояние внутренней надхрящницы по направлению кзади и решить вопрос о возможности сохранения задних отделов пластинки щитовидного хряща. Затем вскрывается просвет гортани вначале поперечным разрезом щитоперстневидной мембраны с конической связкой и далее по ходу рассечения хряща со здоровой стороны. После этого хирург получает достаточный визуальный контроль распространенности опухоли и иссекает ее в пределах здоровых тканей вместе с передним углом щитовидного хряща и внутренней надхрящницей.

Возможно выполнение этого хирургического вмешательства в расширенном варианте. Однако если щадящий вариант выполнения переднебоковой резекции гортани отличается большей результативностью, имеющей отношение к ликвидации болезни и функциональной состоятельности культи гортани, то при расширенном варианте выполнения этого хирургического вмешательства эти показатели имеют меньшую надежность. Но учитывая неоспоримое желание больных и врачей выбрать такой вариант, с определенной осторожностью и при наличии шансов можно решиться. Однако следует предупредить больного, что при такой тяжести процесса шансы на выздоровление остаются, но они все же меньше, чем у больных с T1 и T2, и что после такого хирургического вмешательства нужно наблюдаться, причем пунктуально. Если проявится продолженный рост, то будет необходима ларингэктомия, на которую желательно получить согласие.

В нашу работу были внедрены модифицированные варианты надскладочной резекции гортани (рис. 19, 20).

Основным достоинством этих хирургических вмешательств является сохранение голосовых связок, поскольку удаляемый блок либо находится над их уровнем или захватывает только передний угол щитовидного хряща с его комиссурой. Это позволяет сохранить анатомическое образование – генератор звука, что придает этой операции особую ценность. Важной особенностью горизонтальной резекции гортани в этом модифицированном исполнении (рис. 19) является удаление пораженного отдела гортани снизу вверх после предварительных подготовительных этапов, позволяющих иссекать пораженную часть гортани вместе с преднадгортанниковой клетчаткой при постоянно нарастающем визуальном контроле хода операции. К их числу относятся проемкообразный разрез щитовидного хряща, отсепаровка вестибулярного отдела гортани вместе с внутренней надхрящницей от пластинки щитовидного хряща, при необходимости рассечение подъязычной кости по средней линии и отделение от ее половинок вместе с надкостницей преднадгортанниковой клетчатки. После такой подготовительной экзентерации вестибулярного отдела гортани надскладочное иссечение пораженного отдела надгортанника вместе с преднадгортанниковой клетчаткой становится более легкой и надежной задачей.

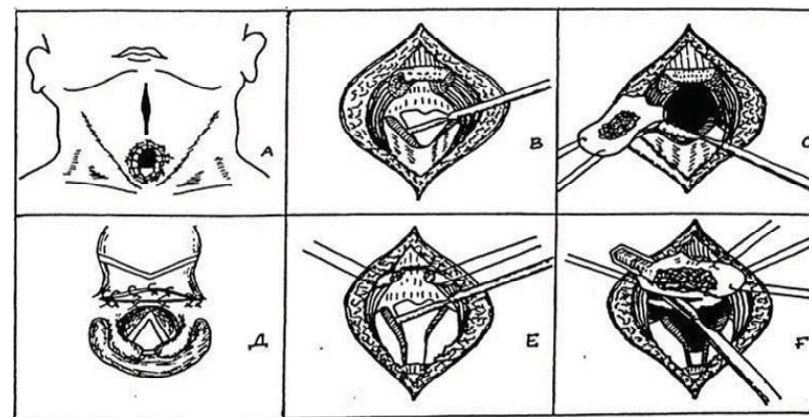


Рис. 19. Этапы выполнения горизонтальной резекции при щадящем (А, В, С, Д) и расширенном (Е) вариантах

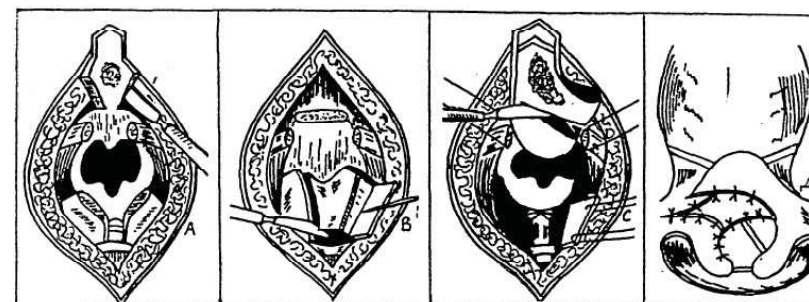


Рис. 20. Схематическое изображение варианта иссечения фиксированной части надгортанника (А) и варианта резекции при надгортанно-складочной локализации рака (В, С, Д)

При выполнении операции все вышеперечисленные подготовительные мероприятия, представленные к описанию горизонтальной резекции, имеют силу и здесь, однако в разумных пределах и в подчиненных вариантах, необходимых для визуального контроля хода операции. После их удаления при выполнении вмешательства снизу вверх можно получить надежный результат, т.е. излечить больного от опухоли и облегчить его реабилитационный период.

Помимо разработки, внедрения и апробации этих органосохраняющих операций нами были изменены в какой-то степени и методические основы выполнения ларингэктомии. Они сводились к отработке мер по удалению пораженного органа в пределах здоровых тканей при различных вариантах прорастания опухолевого инфильтрата за пределы гортани. Это, в принципе, не имело новизны, но в то же время требовало соблюдения некоторых правил, внимание к которым иногда оказывается ослабленным.

Во-первых, такая распространенность, о которой сейчас идет речь, сочеталось с более частым метастазированием опухоли в региональные лимфоузлы. Отмеченное потребовало одновременного выполнения операции удаления пораженного органа и тканей шеи на путях лимфооттока, причем иногда с двух сторон. А следовательно, нам понадобилась методика иссечения клетчатки шеи, отличающаяся относительно легким послеоперационным периодом и гладким заживлением раны.

Во-вторых, с той же целью и, по возможности, как можно чаще, конечно не превышая пороги допустимости, выполнять ларингэктомию таким образом, чтобы перед отсечением гортани от глотки можно было бы как можно чаще закрывать дефект в ней кисетным швом.

В-третьих, при этом и других вариантах ушивания глотки, как показал наш опыт, желательно формировать дренажный ход, через который при несостоятельности ушитой глотки слюна и инфицированное отделяемое отводилось бы к верхнему краю ушитой раны. Такой дренажный ход закрывается вторичным натяжением и, что самое главное, предупреждает появление губовидного свища над сформированной на заключительном этапе операции стойкой трахеостомы. Последний является крайне нежелательным осложнением, поскольку он самостоятельно не закрывается и беспокоит оперированных из-за затекания слюны и отделяемого в трахеостому.

В-четвертых, обеспечить по возможности покой и относительную иммобилизацию в послеоперационном периоде в ране оперированной гортани, после ее удаления и удаления клетчатки шеи, содержащей метастазы рака в лимфоузлах шеи.

В-пятых, усилить послеоперационную терапию за счет включения в общепринятое лечение пока редко используемых или необоснованно игнорируемых средств, обладающих эффективным действием на патогенетические механизмы воспаления и устраняющих или уменьшающих негативное влияние ДВС на течение раневого процесса.

Эти перечисленные задачи в какой-то мере были решены мной и моими сотрудниками (Э.М. Чехониной, В.И. Егоровым, И.А. Рожинской, Ж.С. Сулаймановым, Н.Д. Кайдулатовым и др.). В результате была отработана методика ушивания раны после иссечения клетчатки шеи с аутотампонадой раневого ложа грудноключичнососцевидной мышцей и методика закрытия дефекта грудного протока при его травме, обуславливающей опасную лимфорею. Была отработана методика, повышающая возможность наложения кисетного шва. Она сводилась к предельной мобилизации гортани вместе с подъязычной костью и ее удалению, освобождению слизистой оболочки с надхрящницей от верхних рожков и верхне-наружных углов щитовидного хряща с их отсечением. Это позволяло получить широкий доступ к глотке и с большей легкостью наложить кисетный шов. Отработана методика ушивания раны, которой предусматривалось создание дренажного хода к ушитой глотке с ликвидацией пустот в процессе ушивания остальных отделов послеоперационной раны. После переднебоковой резекции обязательным считаем ушивать рану не наглухо, а в нижнем ее отделе оставлять небольшое отверстие, которому с помощью двух растягивающих швов придавали временное зияние. Это позволяет избавить пациентов от приступа удушья, который может возникнуть сразу после окончания операции из-за спазма гортани и, что еще более важно, предупреждает легкое повышение давления в гортани во время приступов кашля, а также способствует более легкому отхождению накопившейся в респираторном тракте мокроты и раневого отделяемого во время таких пароксизмов. С этой же целью выполнение различных вариантов выполнения горизонтальной резекции гортани мы завершаем формированием стойкой бесканюльной трахеостомы, но с более продолжительным, стойким ее зиянием. Эти варианты хирургического лечения рака гортани позволяют обеспечить, если и не полный, то хотя бы относитель-

ный покой оперированному органу. Это, без сомнения, обеспечивает большую вероятность гладкого заживления ран и в какой-то мере ускоряет функциональную реабилитацию оставленной культи гортани. Особенно рельефно это проявляется после горизонтальной резекции, поскольку наличие стойкой бесканюльной трахеостомы позволяет в положении Тренделенбурга, на специально сконструированном нами столе с первых дней после операции осуществлять кормление больного и следить за процессом его восстановления.

Определенные мероприятия, обеспечивающие относительный покой ране, предложены и внедрены в нашу работу и при выполнении ларингэктомии. Они сводятся к попытке у некоторых больных, разумеется, не истощенных, провести послеоперационный период без введения носопищеводного зонда. Это было подсказано жизнью – некоторые больные сразу же после операции выдергивали зонд и отказывались от повторного его введения. В таких случаях нам приходилось осуществлять в/венное введение – “питание” оперированных. Оно, разумеется, в наших условиях не могло быть полноценным. Мы не в состоянии были вводить им такое количество белковых гидролизатов и жировых смесей, чтобы с их помощью сохранить положительный азотистый баланс. Но у нас была возможность вводить в/венно этим больным до двух литров жидкости – в основном 0,9%-ного изотонического раствора натрия хлорида и рассчитывать на питание за счет ауторезервов больного организма. К нашему удовлетворению, во всех этих наблюдениях раны зажили первичным натяжением и, начиная с 7–9-го дня после операции, мы переводили их на питание естественным путем.

Отмеченное дало нам основание у некоторых больных после ларингэктомии уже преднамеренно проводить послеоперационный период без питания через носопищеводный зонд. Этот вариант более щадящего ведения оперированных больных находится в состоянии разработки, поскольку необходимы исследования возможностей его использования в зависимости от предоперационного состояния организма, а также на основании выводов, полученных при обследовании больных в отдаленные сроки после хирургического лечения.

Все перечисленные терапевтические мероприятия и особенности выполнения внутриоперационных манипуляций, в том числе при выполнении модифицированных и новых по замыслу операций, позволили нам облегчить лечение и послеоперационное состояние больных. Они расширили частоту выполнения органосохраняющих и органорезецирующих хирургических вмешательств. Кроме того, они сделали возможным как те, так и другие выполнять не только в расширенном масштабе, но и по радикальной хирургической программе. Этому во многом способствовали разработанные и использованные нами антибактериальная, патогенетическая и симптоматическая терапии (см. главу 2, разделы 2.2 и 2.3), проводимые в полном объеме в послеоперационном периоде.

Вышеописанная тактика лечения больных раком гортани, начиная с 1964 г., была использована более чем у 1000 наших пациентов. Результаты ее, согласно анализу клинического материала, оказались позитивными. Наблюдения за оперированными в течение 5 лет и более показали, что после органосохраняющих операций, выполненных при T1 и T2, живет более 90% пациентов. При поздних стадиях развития болезни, в том числе с наличием метастазов в шейные лимфоузлы результаты лечения хуже. Тем не менее, мы не нашли оснований, чтобы отказывать в помощи таким пациентам, если имелся малейший шанс на выздоровление и хирургическое вмешательство могло бы облегчить их состояние и продлить на какое-то, иногда продолжительное, время их жизнь. Даже при учете такого отношения к подбору больных более 60% наших пациентов живы более 3–5 лет без признаков возврата болезни.

Изложенные материалы нашли отражение в трех монографиях, многих статьях, опубликованных в том числе в центральной печати, изобретениях и наших сообщениях на Европейском конгрессе отоларингологов в г. Будапеште, а также на многих все-союзных и республиканских конференциях.

2.9. Злокачественные и доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области, отличающиеся деструктивным ростом

Перед нами безумная теория.
Вопрос о том достаточна ли она
Безумна, чтобы быть справедливой.
Нильс Бор

Последние два десятилетия я и мои ученики Булат Джарылкасынович Шалабаев, Геннадий Олегович Миненков и др. большое внимание уделяли диагностике и лечению опухолей и опухолеподобных заболеваний челюстно-лицевой области (ЧЛО). Эта работа, с одной стороны, нас очень увлекла, с другой – оказалась неожиданно очень трудной. Это было обусловлено этиологическим и морфологическим разнообразием объемных образований ЧЛО, отличающихся деструктивным ростом, множеством их локализаций в чрезвычайно сложном анатомическом образовании. Во многих случаях такая особенность региона затрудняла подход к ним и требовала поэтому большого разнообразия технических приемов, порою виртуозных, заранее незапланированных и принимаемых в процессе выполнения хирургического вмешательства. Кроме того, мы понимали, что лечение таких больных, тем более хирургическое, потребует от нас большой затраты времени, будет сопровождаться волнениями и неполной удовлетворенностью результатами, поскольку во многих наблюдениях косметический результат вмешательства ради спасения жизни больного не может быть признан удовлетворительным. Поэтому мысль, высказанная великим физиком Н. Бором, предваряющая данный раздел, согласуется с некоторыми представлениями, которые нередко господствуют и среди врачей.

– А стоит ли браться за такую неблагодарную проблему?

Вопрос этот не может быть признан необоснованным, ибо хирургические вмешательства, с помощью которых она может быть решена, не так уж редко угрожают тяжелыми последствиями. Они зачастую связаны с крайним риском, большой затратой психической и физической энергии, которые к тому же могут привести к результату, не удовлетворительному для оперированного. Поэтому возникает вопрос – а не будут ли усилия и последствия

настолько тяжелыми, что достижение цели в отдельных случаях потеряет смысл?

С нашей точки зрения, он может быть только один. Позитивный. Таким он должен быть, даже при необходимости использовать самые агрессивные методы воздействия на патологический процесс. Это связано с отсутствием других вариантов, позволяющих получать шанс на удаление объемного образования и спасти жизнь больного, а также предупредить прогрессирующее уродство и тем самым облегчить мероприятия по его устранению.

Мы считали обоснованным начать эту работу с тщательного анализа КТ, полученных при обследовании более 176 больных с объемными образованиями ЧЛО. Мы полагали, что накопленный материал, отражающий данные, имеющие отношение к КТ симптоматике, позволяет нам выработать критерии, позволяющие проводить как ориентировочную, так иногда и относительно точную доверификационную диагностику объемных заболеваний ЧЛО. Они были необходимы для хода последующего обследования, выбора вида терапии в каждом отдельном случае, определения его особенностей и масштаба.

При анализе КТ мы считали важным обратить внимание на характеристику основных симптомов, формирующих синдромы, из которых складываются симптомокомплексы, свойственные для тех или иных патологических образований ЧЛО. Поэтому нам представилось целесообразным описывать их с особой подробностью, чтобы облегчить практикующему врачу анализ КТ. Иными словами, представить КТ семиотику опухолей и опухолеподобных заболеваний, отличающихся деструктивным ростом, по основным “параметрам”, к числу которых были причислены характеристики, имеющие отношение к:

- теневому изображению с определением его структуры и рельефа границ;
- взаимоотношениям с мягкотканными, хрящевыми и костными анатомическими образованиями, проявляющимися различными вариантами смещения, деформации и разрушения;
- распространению тени от опухоли и опухолеподобного образования за пределы их основной локализации;
- изменениям тени окружающих структур, являющихся отражением в них вторичной патологии;

- теновым очагам патологии, расположенным вблизи основной тени, в отдалении или на противоположной стороне ЧЛО.

Тень на компьютерных томограммах могла быть гомогенной и негомогенной. Последняя подразделялась на “мелкопятнистую”, “крупнопятнистую”, с участками просветления, “многокамерную”, “облаковидную” и по типу “замерзающей лужи”. “Мелкопятнистой” мы считали тень с незначительными колебаниями плотности внутри нее, а размеры “пятен” в ней не превышали 1–3 мм в диаметре. Если же размеры “пятен” были больше и их плотность превышала плотность основной тени более чем в 2 раза, то такую тень считали “крупнопятнистой”. Тень с участками просветления, чаще неправильной формы, определялась в тех случаях, когда она в разных местах имела различную плотность (меньше на +10HU+20HU по сравнению с основной тенью). В случае “многокамерной” тени внутри основной тени определялись несколько разновеликих контуров округлой или овальной формы. При этом плотность основной тени отличалась от плотности контуров внутри нее в пределах +40+65HU. “Облаковидная” тень характеризовалась тем, что в основной тени были видны тенеобразования неопределенной формы. Они напоминали кучевые облака и имели либо близкую к костной, либо костную плотность. Тень в виде “замерзающей лужи” считалась тогда, когда интенсивность поглощения рентгеновских лучей по периферии была в 2–3 раза выше, чем в середине (разница на +120HU+310HU), что и вызвало такую ассоциацию.

Границы тени на компьютерных томограммах могли быть костной, воздушной, мягкотканной и смешанной плотности. Последние могли иметь четкие или нечеткие края, порою местами сливающиеся с окружающими тканями. По краю периметра тени мог определяться ободок. Он мог быть нежным и четко определяемым. Границы тени считались нечеткими, расплывчатыми в том случае, когда визуально их было сложно отличить от тенеобразования окружающих тканей. Четкими, но без ободка считаются те, что заметно отличаются от тени окружающих тканей. В отдельных наблюдениях удается определить ободок мягкотканной плотности. Он может быть “четко определяемым”, “грубым” или “нежным”.

Иногда объемное образование оказывалось окруженным закругленным ободком, который образован фактически истончен-

ными краями того или иного анатомического образования, ставшего таковым в результате резорбции костной ткани. Такие стенки могли иногда истончаться в каком-нибудь направлении или быть прерывистыми (разорванными на отдельные фрагменты).

Состояние костных структур на компьютерных томограммах было обусловлено либо инфильтративным разрушением кости, либо остеопорозом от давления. В первом случае костная ткань анатомического образования частично или полностью исчезает. При неполной резорбции в связи с инфильтративным остеоллизом ее край может быть изъеденным, а сохранившаяся часть костной структуры – несмещенной и в части случаев – утолщенной. При инфильтративном остеоллизе с неполной резорбцией отдельных костных структур в тени опухоли иногда выявляются фрагменты костной ткани, находящиеся в различных стадиях остеолизиса, проявления которого оказываются более выраженными во фрагментах, находящихся на периферии тени, нежели в ее центрально расположенных отделах (рис. 21).

При втором варианте деструкции регистрируются изменения костных структур верхней челюсти и параназальных образований по типу нарастающего остеопороза по направлению к дефекту (если таковой появляется) с их смещением от давления новообразования (рис. 22).

В отдельных случаях при такой же характеристике изменений часть костных структур, формирующих параназальные синусы, альвеолярный отросток и другие параназальные образования, могли замещаться патологической костной или фиброзной тканью. При обоих вариантах деструкции без внимания мы не оставляли и состояние параназальных синусов и параназальных анатомических образований, находящихся в контакте или



Рис. 21. На КТ 6-го выявляются КТ-признаки инфильтративного остеоллизиса альвеолярного отростка в/ч справа: деструкция костных структур с зубчатой изъеденностью сохранившихся костных стенок, наличием костных фрагментов как в центре, так и по периферии тени с КТ-признаками различной степени выраженности остеоллизиса



Рис. 22. КТ больного с опухолью в/ч справа, в которой на фоне растягивания и истончения краевого контура определяется ее разрыв по переднему контуру

вблизи от тени опухоли и даже расположенных на противоположной стороне.

Вышепредставленные оценочные критерии тени на компьютерных томограммах, безусловно, не отражают все нюансы, однако при сопоставлении с результатами патоморфологического изучения биопсийного и операционного материала позволяли делать выводы, имеющие практическое значение (табл. 6).

Представленные в таблице сведения, имеющие отношение к КТ семиотике опухолей и опухолеподобных образований, формируют синдромы, суммирование которых дает представление о КТ симптомокомплексе заболевания. При учете его вариаций он оказывает весьма существенную, а порой незаменимую услугу в постановке доверификационного диагноза. Не претендуя на радикальное решение такой задачи, в приведенной таблице мы сочли возможным представить сравнительную КТ характеристику симптомокомплексов, регистрируемых при злокачественных и доброкачественных объемных процессах, отличающихся деструктивным ростом.

Приведенные в таблице данные свидетельствуют о достаточно рельефных различиях КТ симптомокомплексов сравниваемых объемных образований, отличающихся деструктивным ростом. Это проявляется в особенностях их тени, границ, отношении к контактирующих с ними тканевых образований, имеющих мягкотканную, относительно разнородную и костную структуры. В свою очередь, это позволяет использовать их для доверификационной диагностики с определением одного из основных показателей объемного образования – является оно злокачественным или не может быть признано таковым. Для первого варианта развития процесса, как следует из приведенных материалов таблицы, характерны: 1) тень мягкотканной плотности, с очагами распада;

Таблица 6

Основные КТ-синдромы, формирующие КТ-симптомокомплексы и их различия при злокачественных опухолях и доброкачественных объемных образованиях, имеющих опухолевую и неопухолевую природу

Наименование КТ-синдрома, отражающего особенности по:	Основные особенности КТ-симптомов при	
	злокачественных опухолях	доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях
Теневому изображению и его плотности	Мягкотканное с плотностью в пределах +50НУ – +79НУ часто с наличием просветлений, причудливой формы с более низкой плотностью на 10–20НУ. Иногда внутри него определяются костные фрагменты в различных стадиях инфильтративного остеолизиса	Вариабельное по структуре и плотности в значительных пределах – от жидкостной до костной и зачастую имеющих своеобразную форму и внутренний рисунок: мелко-, средне- и крупнозернистый, облаковидный, сетевидный и др. и без признаков распада, которые могут встречаться исключительно в поздних стадиях развития болезни
Границам	Нечеткие, расплывчатые при соседстве с мягкотканными анатомическими образованиями и ограниченными только при контакте с сохраняющимися костными структурами и при краевом контакте с воздушной и жидкостной средами	Четкие из-за более или менее рельефного краевого гладкого контура, обладающего большей плотностью, нежели контактирующая с ним мягкотканная структура, или капсулой, окаймляющей объемное образование
Отношению к костным и мягкотканным структурам	Проявляется инфильтрирующим остеолизисом и замещением мягкотканых анатомических структур при сохранении свойственной для их остатков теневой характеристики и признаков остеопериостита	Смещение и остеопороз костных, сдавление и смещение мягкотканых структур от давления. Появление дефектов в костных образованиях и фрагментаций с признаками остеопороза и растяжения их в краевом расположении

2) расплывчатость, нечеткость границ; 3) признаки инфильтрирующего роста, проявляющегося остеоллизисом костных и исчезновением (лизисом) мягкотканых анатомических структур при сохранении таковых у неподвергнутых разрушению, причем с присущей им локализацией; 4) появление деформаций образований ЧЛО за счет разрастания инфильтрата, который в процессе роста приобретает постепенно увеличивающийся объем.

В отличие от перечисленного, при объемных образованиях с доброкачественным ростом, независимо от их опухолевой и иной природы, суммарная характеристика симптомокомплекса имеет свои особенности: 1) большее разнообразие КТ теневого изображения, отличающегося нередко своеобразием рисунка, являющегося иногда следствием врастания и появления включений, имеющих несходную структуру и неидентичную плотность; 2) заметно большая вариабельность плотности от жидкостной, промежуточной вплоть до костной; 3) смещение костных структур и их остеопороз от давления, с появлением в них дефекта или разрыва на отдельные фрагменты, окаймляющие объемное образование по его краю, а также сдавление с признаками сжатия рельефа мягкотканых анатомических образований; 4) незатруднительное определение границ по краевому контуру, контрастирующего по отношению к прилегающей мягкотканной структуре, воздушной или жидкостным средам, а также наличие у некоторых из них капсулы.

Обращая внимание на отмеченную диагностическую значимость сравнительных данных, представленных в табл. 6 и в заключении по ее обсуждению, отметим, что их использование не может быть абсолютно надежным, поскольку в очень редких случаях диагностическое заключение, основанное на указанных симптомах, может оказаться ошибочным. Такое ошибочное заключение, в частности, было зафиксировано нами в двух наблюдениях. В этих случаях распространенная переходноклеточная папиллома полости носа длительное время была доброкачественной, а затем, по всей вероятности, недавно, стала малигнизированной. Поэтому признаки этого заболевания в момент поступления на стационарное лечение сохранили характерные черты доброкачественного процесса. Исходя из этого и тем более из-за значимости диагноза, в том числе при обследовании больных со злокачественными и доброкачественными новообразованиями и

опухолеподобными заболеваниями, представленными образованиями различной природы, каждое такое заключение в конечном итоге должно получить окончательный диагноз с патоморфологическим подтверждением.

И тем не менее, обращая внимание на их относительную дифференциально-диагностическую значимость, роль которой в доверификационный период обследования трудно переоценить, мы хотим отметить, что при некоторых объемных заболеваниях, в основном доброкачественных и опухолеподобных, КТ настолько рельефна, что позволяет уже в доверификационный период поставить практически точный диагноз. К числу таких заболеваний можно, например, причислить деформирующие кисты различного генеза, мукопиоцеле.

Дифференциальная диагностика базируется на характеристике содержимого особенностей их оболочек. В частности, хитиновая оболочка, плюс иногда наличие дочерних кист в содержимом кисты и своеобразный равномерный характер деструкции со стороны окружающих анатомических образова-

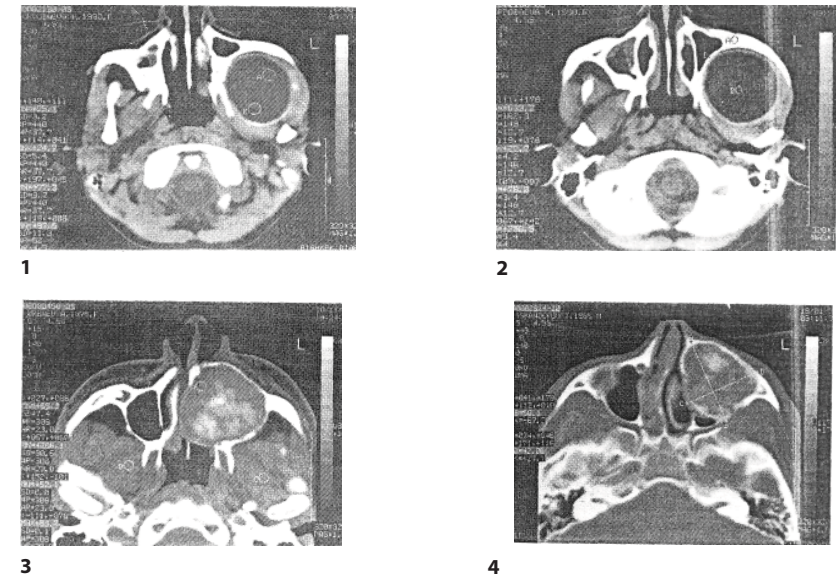


Рис. 23. КТ-изображение эхинококковой кисты верхней челюсти (1, 2), склерозированной гемангиомы и фиброзной остеодисплазии (3, 4)

ний без всякого сомнения позволяют поставить окончательный диагноз – эхинококковая киста. То же самое можно отметить и в отношении болезни Педжета, а также склерозирующей гемангиомы и фиброзной остеодисплазии. Тенеобразование последних имеет индивидуальную облаковидную характеристику, но различающуюся по плотности. При первой из них облаковидные образования имеют меньшую плотность, при второй – фиброзной остеодисплазии большую, т.е. находящуюся на нижней костной плотности.

При обнаружении опухолей и опухолеподобных заболеваний нередко возникает проблема их удаления. Она почти как правило осложняется не только значительным распространением в пределах первичной локализации, но и выходом ее на анатомические образования, расположенные по соседству. В результате опухолевый инфильтрат или объемное образование захватывает верхнюю челюсть, носоглотку и глотку, образование паранасального, паратонзиллярного пространств, глазницу, основание черепа, причем почти постоянно в различных сочетаниях. К тому же большая их часть оказывается закрытой и почти не доступной для осмотра части.

При с опухолях первичной локализацией в верхней челюсти, носу, носоглотке и образованиях ретромандибулярного пространства мы зачастую используем общеизвестные доступы. Они открывают в большей или меньшей мере риносинусоретромандибулярный регион ЧЛО (рис. 24 А, Б, В, Г).

Однако, хотя и редко, бывает такое распространение опухоли верхней челюсти и при этом есть возможность сохранить глазни-

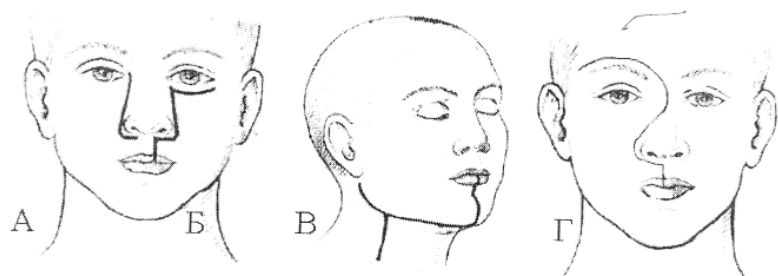


Рис. 24. Наиболее распространенные разрезы для получения доступа к опухолям верхней челюсти. Обозначения доступов: А – Мура; Б – Вебера; В – Лауэрс-Балона; Г – расширенная риносинусофтальмотомия



Рис. 25. Кожные разрезы при комбинированном подходе по Лауэрс-Балону и для боковой ринотомии

цу, что приведенные доступы могут оказаться недостаточными. В таких случаях мы осуществляли хирургическое вмешательство через модифицированный подход к опухоли, в котором комбинировался разрез Лауэрс-Балона с боковой ринотомией (подходом Мура, но с пересечением верхней губы).

Этот доступ имеет преимущество по сравнению с каждым из вышеприведенных. Оно сводится к тому, что при его использовании оперирующий получает возможность осуществлять хирургические манипуляции в области всех паранасальных анатомических образований. И это независимо от того, располагаются они кнутри (решетчатый лабиринт, лобная и основная пазуха), кнаружи (над-, подвисочная ямки, скуловая кость и ретромандибулярное пространство), кзади и кверху (носоглотка, ретромандибулярное пространство, крыловиднонебная ямка, глазница, основание черепа) по отношению к в/челюсти. К тому же, если есть возможность сохранить какое-то из важных анатомических образований, то при его выборе можно осуществлять необходимые действия позади него, что возможно при наличии у хирурга бокового, внутреннего и заднего доступов. И наконец, такой комбинированный подход при максимальном масштабе хирургического вмешательства в послеоперационном ближайшем и отдаленном периодах характеризуется меньшими косметическими последствиями. В частности, после его использования заметными являются рубец от верхней губы до подбородка и укороченный разрез после боковой ринотомии. И, что не менее важно, при таком выполнении операции рана заживает более надежно и вероятность появления зияющего дефекта между глазной щелью и носом гораздо меньше.

При выполнении операции с этим подходом удаление опухолевого инфильтрата в/челюсти и парамаксиллярных образований в зависимости от его распространенности, с одной стороны, вариабельно, с другой – имеет ту же последовательность выполнения хирургических манипуляций. После указанных разрезов кожно-органные и кожные лоскуты отсепааровываем и откидываем в сторону и вверх. Костными кусачками удаляется носовая кость и в области медиальной стенки вскрывается в/челюстная пазуха и полость носа. При визуальном контроле определяется отношение опухоли к твердому небу, орбите, стенкам в/челюстной пазухи. В зависимости от КТ и полученных при этом осмотре данных получаем относительно объективную картину распространенности опухолевого инфильтрата, что позволяет планировать объем хирургического вмешательства. Таким образом, решаем вопрос о необходимости включения тканей в блок удаляемых или сохранения некоторых из них. К числу таких анатомических образований мы относим скуловую кость, содержимое височных и крыловиднонебной ямок, ретромандибулярного пространства, глазницы, альвеолярного отростка и твердого неба. Не исключаем из плана почти обязательную ревизию состояния решетчатого лабиринта, лобной и основной пазух, если есть признаки их вовлечения в процесс или наличия в них гноя. При выполнении этой части предоперационного планирования особо следует отметить, что сохранить твердое небо можно тогда, когда тень от опухоли, по данным КТ, отстоит от дна пазухи более чем на 1 см. Но иногда этот вопрос, как уже указывалось, можно решить после вскрытия в/челюстной пазухи. В одном из наших наблюдений опухоль вплотную прилежала к слизистой дна в/челюстной пазухи, но не прорастала. Это позволило удалить слизистую дна пазухи и ее костную стенку, но оставить надкостницу и слизистую оболочку со стороны ротовой полости. Сохранение орбиты можно было планировать когда, по данным КТ, опухоль не прорастала в нее и не прилегала к ней вплотную. Технические основы выполнения операций зависят от планируемого объема операции и не отличаются от тех, что осуществлялись при выполнении расширенных вариантов резекции в/челюсти при выполнении операций через другие доступы.

Мы не могли не остановить внимание читателя и на достоинствах предложенной нами комбинации подходов Лауэрс-Балона

и разреза для боковой ринотомии. Этот, по сути дела, уже модифицированный доступ, с одной стороны, позволял получить достаточную свободу проведения хирургических действий на в/челюсти, всех парамаксиллярных анатомических образованиях и с нижней стороны основания черепа, с другой – что особенно ценно, он позволял сохранять некоторые анатомические образования и в то же время удалять разрастания неоплазмы из всех парамаксиллярных образований, что было бы невозможным при использовании комбинированных доступов в отдельности.

Иллюстрация отмеченного преимущества предложенного нами модифицированного доступа уже была отражена в выписке из истории болезни М-лана, 50 лет (см. с. 84). Поэтому перейдем к методическим основам выбора подхода, с учетом возможностей каждого из общепринятых, в том числе и с отражением их косметических результатов.

Приведем их сравнительную характеристику. В первую очередь это касается наиболее популярного доступа Вебера и реже используемого доступа Лауэрс-Балона. На первый взгляд наше решение может показаться неожиданным, поскольку наш опыт показывает, что лучшим является второй. Во-первых, при его использовании не делаются разрезы на наиболее видимой части лица и не пересекается верхняя губа, он не продолжается вдоль боковой складки носа и далее по горизонтали чуть ниже нижней стенки глазницы. После таких разрезов существует вероятность расхождения швов у верхне-внутреннего угла ушитой раны, что может закончиться появлением зияющего дефекта у нижне-внутреннего угла глазницы. Да и при гладком заживлении раны при таком доступе послеоперационные рубцы остаются достаточно заметными. В то же время при выполнении операции через доступ Лауэрс-Балона в послеоперационном периоде и отдаленные сроки бросается в глаза только послеоперационный рубец в области подбородка, а тот, который находится в подчелюстной области, оказывается малозаметным. При этом хирургические возможности удаления опухоли, особенно злокачественной, при том и другом доступе оказываются практически равными. Однако при некоторых локализациях опухоли иногда проявляются большие возможности доступа Лауэрс-Балона. В частности, когда объемное образование находится, в ретромандибулярном пространстве, а анатомические образования лица,

расположенные спереди от него, в основном в челюсти, оказываются не вовлечены в патологический процесс. Так было в двух наших наблюдениях, когда остеома и киста находились в регионе ретромандибулярных образований. В этих наблюдениях доступ Лауэрс-Балона позволил обойти названное анатомическое образование и убрать объемное образование через боковой доступ, т.е. полностью сохранить костные структуры, формирующие переднюю поверхность лица.

Доступ Лауэрс-Балона имеет неоспоримые преимущества, когда необходимо получить доступ к мезофарингсу и корню языка. Правда, для этого необходимы дополнительные внутриоперационные действия, в частности, пересечение нижней челюсти. После раздвигания ее краев появляется возможность осуществлять визуально контролируемые манипуляции в зоне указанных анатомических образований.

С помощью такого доступа нами была удалена огромная доброкачественная опухоль (фиброма), широкое основание которой располагалось на задней стенке глотки, а сама она занимала почти полностью полость рта (выписку из истории болезни этого больного см. на с. 88).

При прорастании ракового инфильтрата в глазницу, а иногда и область не только подвисочной, но и надвисочной ямок наиболее удобным и в большей мере удовлетворяющим выполнению возникающей хирургической задачи является доступ риносинусофтальмологический. Он позволяет открыть все регионы, в которых появится необходимость осуществлять хирургические мероприятия, возможные при вышеупомянутых доступах, а также еще и дополнительные. Они имеют отношение к содержанию глазницы, в придаточных пазухах носа, надвисочной ямки и, что очень важно, основанию черепа. Иными словами, возможности этого доступа оказываются наиболее широкими, что особенно ценно при раковых опухолях с большим распространением. А это, в свою очередь, позволяет рассчитывать на успех, причем иногда стойкий, что можно продемонстрировать серией фотографий в отдаленные сроки после перенесенной операции (рис. 26).

На этих фотографиях показан вид больных без дополнительных аксессуаров, которые преобразуют их внешний вид: повязки, специально сшитые для закрытия зияющих дефектов, зубные протезы, которые закрывают дефекты твердого неба и улучшают звучание разговора и прием пищи.



Рис. 26. Больные после расширенной резекции в/челюсти с экзентерацией орбиты без признаков возврата через 5, 8, 10 и 27 лет после операции

Следует отметить, что такой доступ позволяет достаточно свободно манипулировать с целью достижения максимально надежной абластики, поскольку предоставляет хирургу возможность убрать все подозрительные и пораженные участки анатомических образований в подвисочной, крыловидно-небных и крыловидных ямках, лобной и основной пазухах, решетчатого лабиринта, носоглотки и хоан. При этом убрать в них не только мягкотканые, но и костные структуры, в том числе формирующие основание черепа. А это требовало от нас дополнительных приемов завершения операции.

Понимая всю ответственность, поскольку угроза такого постхирургического осложнения весьма велика, мы начали осуществлять поиск наиболее приемлемого способа закрытия дефекта черепа. Испытав все известные из литературы методы, мы не смогли найти достаточно надежного. В ходе осуществления такой поисковой работы я вспомнил одно из выполненных мною хи-

рургических вмешательств еще во время моей работы в Чите. Это был мальчик, у которого была мозговая грыжа, выпавшая через дефект справа в lamina cribrosa (перфорированную пластинку). Она располагалась между слизисто-надхрящичнонадкостным слоем носовой перегородки и ее скелетом и была заполнена спинномозговой жидкостью. После ее удаления началась ликворрея. Способ устранения этого осложнения был подсказан ситуацией. Пришлось убрать часть перегородки со стороны грыжи и освободить от оставшегося мукопериоста перфорированную пластинку и прилегающую к ней часть основания черепа справа, затем убрать необходимую по размеру часть скелета носовой перегородки и выкроить из противоположной стороны слизисто-надхрящичного слоя необходимого размера лоскут и уложить его на образовавшийся дефект таким образом, чтобы его слизистая оболочка была обращена в полость носа. У этого мальчика он был плотно прижат с помощью марлевого тампона, после удаления которого лоскут оказался прижившимся. Ликворрея и образование грыжи не возобновились.

Именно этот случай мне и Б.Д. Шалабаеву подсказал идею способа устранения ликворреи после травматического повреждения основания черепа. В принципе она не отличается от методики, использованной у мальчика, но нашедшей в нашей работе более широкое применение при появлении дефектов в передней черепной ямке (рис. 27) (патент №833 от 30.11.2005).

Кстати, по такой же методике мы использовали противоположный мукопериостоперихондриальный слой носовой перегородки для предупреждения опущения глаза в тех случаях, когда приходилось полностью убирать нижнюю стенку глазницы, и также получили удовлетворяющий нас результат.

Разумеется, все вышеизложенное имеет отношение не ко всем вариациям объемных образований, локализующихся с первичной локализацией в верхней челюсти, полости носа, носоглотке, в которой относительно часто обнаруживается юношеская (основание черепа) ангиофиброма и даже иногда (хотя и редко), когда доброкачественная опухоль располагается в мезофаринксе и на корне языка. Однако бывают ситуации, когда опухоли мезофаринкса или носоглотки могут быть удалены без использования описанных доступов. Такая ситуация складывается, например, при раке небной миндалины с ее распространением на паратонзиллярную клетчатку и мягкое небо и обширным метастазированием в шейные лимфоузлы, а также при наличии опухоли в носоглотке и мезофаринксе.

При такой локализации патологического процесса мы ждем результат патоморфологической верификации процесса, причем с надеждой, чтобы он констатировал наличие или низкодифференцированного, или лимфоэпителиального рака, при которых возможен успех после химиолучевого лечения. Но, к сожалению, такой ответ мы получаем не всегда, чаще результат свидетельствует о наличии высокодифференцированного рака, да еще по клиническим данным запущенного и с метастазами в лимфоузлы, часть которых оказываются вколоченными и имеют, согласно УЗИ, признаки распада. В таких случаях единственная надежда на успех в хирургическом удалении неоплазмы и клетчатки шеи, содержащей лимфоузлы, и последующей его комбинацией с химиолучевым лечением.

Так мы поступили в четырех случаях. И нужно сказать не без успеха, о чем свидетельствуют результаты наблюдений за ними в течение года.

У таких больных операцию мы начинали с иссечения клетчатки шеи у некоторых из них с двух сторон. В обязательном порядке с двух сторон перевязывали наружные сонные артерии. После завершения этих этапов вмешательства под контролем зрения убирали пораженную небную миндалину и окружающую ее паратонзиллярную клетчатку с дополнительной диатермокоагуляцией прилегающих тканей.

Родки для предупреждения опущения глаза в тех случаях, когда приходилось полностью убирать нижнюю стенку глазницы, и также получили удовлетворяющий нас результат.

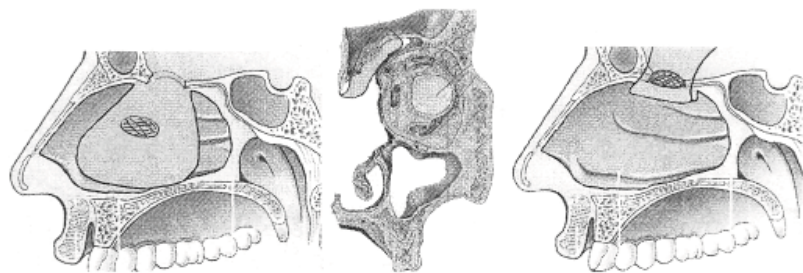


Рис. 27. Закрытие дефекта основания черепа и прекращение ликворреи из передней черепной ямки с использованием слизистонадхрящичнонадкостничного лоскута с противоположной стороны носовой перегородки с поворотом к дефекту

Обращая внимание на вариабельность опухолей и опухолеподобных образований, приведем описание одного из наблюдений.

Это был больной Т-нов, 1958 г. рождения, который поступал к нам дважды: 3.10.08 г. и 11.11.08 г.

При первой срочной госпитализации было установлено, что ему вскрывали паратонзиллярный абсцесс и при этой операции в глубине раны было оставлено инородное тело – марлевая турунда. Во время ревизии раны, осуществленной в нашей клинике, инородное тело было удалено, гнойник не был найден, но в зоне разреза была обнаружена необычная ткань. Из нее взят кусочек для патогистологического исследования. Был получен ответ: плеоморфная аденома с преобладанием мезенхимального компонента.

Поскольку опухоль была травмирована, больной был выписан с рекомендацией явиться через месяц для окончательного варианта решения вопроса о его терапии.

При повторной госпитализации подслизисто определялась неоплазма в пределах мезофарингса и носоглотки, а ее нижний полюс прощупывался в подчелюстной области. Выступающая часть неоплазмы находилась слева и значительно суживала просвет носоглотки мезофарингса.

14.11.08 г. была произведена операция. Разрез был произведен в подчелюстной области и распространялся за угол нижней челюсти. Послойное рассечение тканей позволило выйти на нижнюю часть неоплазмы. Мы понимали, что визуально, в том числе с использованием острого в комбинации с тупым инструментальным проведением манипуляций, через полученный доступ удалить опухоль не удастся. При попытке удаления ее пальцем появилась надежда на успех. Постепенно пальцем по всему периметру ее расположения в пределах мезофарингса и носоглотки, вплоть до ее верхнего отдела удалось ее освободить и удалить (рис. 28). Ушивание раны. Послеоперационный период гладкий. Выписан 25.11.08 г.

Патогистологический диагноз: смешанная опухоль слюнной железы – плеоморфная аденома.

Материалы, имеющие отношение к объемным образованиям в ЧЛО с деструктивным ростом, и их анализ облегчают осуществлять доверификационную диагностику и определить распространенность неоплазмы и опухолеподобных образований. Все это имеет важное значение, когда речь идет о выборе терапии,

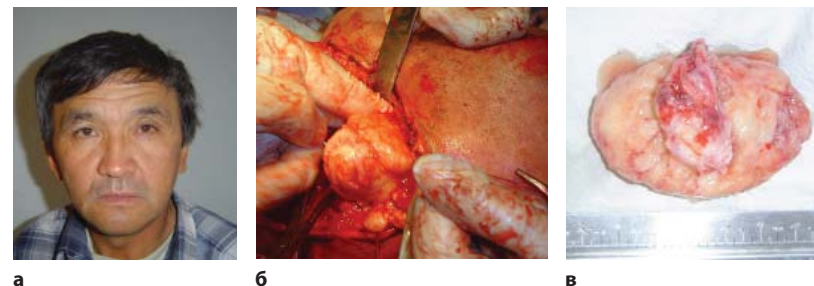


Рис. 28: а – внешний вид больного Т-нова; б – этап вылушивания опухоли пальцем; в – вид удаленной плеоморфной аденомы подчелюстной слюнной железы

которая позволяет рассчитывать на успех. Вместе с тем, окончательный диагноз в большинстве случаев не может базироваться только на данных КТ. Это особенно относится к злокачественным неоплазмам, морфология которых отличается большим разнообразием. По ее данным, у больного могут диагностироваться высоко- и низкодифференцированные варианты опухолевого процесса. В последних случаях следует подумать о возможности излечения с помощью химиолучевой терапии. В таких случаях ей нужно отдать предпочтение. Но, к сожалению, такой результат патоморфологической диагностики встречается относительно редко. Именно при таких ситуациях с множеством описанных вариантов ее проведение в ЧЛО остается неизбежным. Однако оно не исключает при злокачественных новообразованиях его комбинацию с химиолучевой терапией. Что касается доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний, если речь идет об их ликвидации, то хирургическое вмешательство, в том числе и в тех вариантах, которые нами использовались, становятся неизбежными. В то же время мы считаем обязательным предупредить хирурга, что иногда следует принять решение, что будет лучше для больного: последствия, связанные с операцией, или таковые без удаления доброкачественной опухоли, рост которой медленный или вообще не регистрируется, а деформация ЧЛО не бросается в глаза, поскольку оказывается минимальной.

Пока мы боль чужую чувствуем,
 Пока живет в нас сострадание,
 Пока мы мечемся и буйствуем –
 Есть нашей жизни оправдание.
 Пока не знаем мы заранее,
 Что совершим,
 Что сможем вынести –
 Есть нашей жизни оправдание...

Андрей Дементьев

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ВВЕДЕНИЕ	9
Глава 1. Мой жизненный и профессиональный путь.....	11
1.1. Краткий автобиографический очерк	13
1.2. Годы совершенствования, творческого поиска и находок	43
Глава 2. Научно-клинический поиск, обусловленный изучением проблем и наблюдений, рождающих мысли и задачи, с их обсуждением и решением.....	71
2.1. Значение неординарных, редко встречающихся и казуистических наблюдений, пополняющих разнообразие клинических проявлений заболеваний и стимулирующих поиск решения диагностических и терапевтических задач	76
2.2. Эмпирическая антимикробная терапия при оториноларингологических заболеваниях и в хирургии головы и шеи	98
2.3. Патогенетическая терапия, ускоряющая и повышающая эффективность лечения	128
2.4. К лечению острого стенозирующего ларинготрахеобронхита и лекарственная трахеостомия в нашем исполнении.....	147
2.5. Бесканюльная трахеостомия взамен канюльной.....	154
2.6. Паралитический стеноз гортани и наша модификация экстраларингеальной латерофиксации голосовой складки	161

2.7. Реконструктивная хирургия шейного отдела трахеи.....	166
2.8. Рак гортани и наши усилия по его лечению с использованием органосохраняющей и органудаляющей хирургии, в том числе выполняемой по радикальной программе	172
2.9. Злокачественные и доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания челюстно-лицевой области, отличающиеся деструктивным ростом	184

Георгий Аронович Фейгин

ПОРТРЕТ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА:
РАЗМЫШЛЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ, РЕШЕНИЯ

Редактор Л.В. Тарасова
Компьютерная верстка М.Р. Фазлыевой
Дизайн обложки – С.И. Чернобривец

Подписано к печати 27.03.09.
Формат 60×84 $\frac{1}{16}$. Печать офсетная.
Объем 13 п.л., 12,09 уч.-изд. л.
Тираж 200 экз.

Издательство «Илим»
720071, Бишкек, пр. Чуй, 265а