



УДК: 61622-006.3.04-076

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНИ**В. В. Виноградов, С. С. Решульский, Т. А. Галкина****SURGICAL TREATMENT OF SOLID TUMORS OF THE THROAT****V. V. Vinogradov, S. S. Reshulsky, T. A. Galkina***ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

В статье представлены два клинических случая наблюдения внеорганных опухолей гортани. Приведены пример невринома гортани в запущенной стадии и редкий случай атипичического карциноида гортани, представляющего собой опухоль АПУД-системы. Подробно описан анамнез, объективные данные. Показаны возможности эндоларингеального хирургического лечения на конкретном примере с описанием особенностей операций.

Ключевые слова: невринома, карциноид, гортань, эндоларингеальная операция.

Библиография: 7 источников.

In article two clinical cases of supervision of extra organe tumors of a throat are presented. The example neuroma of the throats in the started stage and a rare occurence atypical carcinoid of the throats, representing tumor APUD-systems is resulted. The anamnesis, the objective data is in detail described. Possibilities endolaringeal surgical treatment, on a concrete example with the description of features of operations are shown.

Key words: neuroma, carcinoid, larynx, endolaringeal operation.

Bibliography: 7 sources.

Опухолью называют патологическую ткань, состоящую из качественно изменившихся, утративших дифференцировку клеток организма. Клетки опухоли не способны образовать нормальные тканевые структуры. Все опухоли подразделяют в зависимости от их потенций к прогрессии и клинико-морфологических особенностей на две основные группы, это доброкачественные и злокачественные опухоли. Доброкачественные опухоли состоят из клеток, дифференцированных в такой мере, что можно определить, из какой ткани они растут. Для этих опухолей характерны медленный экспансивный рост, отсутствие метастазов, отсутствие общего влияния на организм, однако они могут малигнизироваться. Злокачественные опухоли состоят из умеренно- и малодифференцированных клеток. Они могут утратить сходство с тканью, из которой исходят. Для злокачественных опухолей характерны быстрый, чаще инфильтрирующий, рост, метастазирование и рецидивирование, наличие общего влияния на организм, клеточный и тканевой атипизм. Также выделяют опухоли смешанного строения, включающие в себя признаки как злокачественных, так и доброкачественных опухолей, характеризующиеся сложным гистологическим строением. Данные опухоли развиваются из эпителия. В них находят различные структуры: эпителиальные, слизе- и хрящеподобные, которые связаны промежуточными формами и переходят друг в друга. Опухоль обычно растет медленно, не метастазирует, однако часто наблюдаются рецидивы [1, 3, 7].

Опухоли шеи составляют небольшую, но очень многообразную группу образований по клиническим проявлениям. Среди них могут быть выделены органые опухоли, например гортани, глотки, пищевода, щитовидной железы, и внеорганные, возникающие из мягких тканей, разнообразные по своему гистогенезу и строению, но сходные по своей клинике [1, 3, 4].

Внеорганные опухоли составляют 3–5% всех новообразований головы и шеи, среди них 30–33% – это злокачественные формы. Среди внеорганных опухолей шеи преобладают неврогенные, 93% из них по своей структуре являются доброкачественными, остальные 7% имеют злокачественную форму роста. Из нейрогенных опухолей шеи чаще диагностируются невриномы или невролемомы, реже встречаются нейрофибромы. Из опухолей собственно нервной ткани и нервных ганглиев наблюдаются такие редкие опухоли, как ганглионевромы, симпатогониомы. Возможно и возникновение хемодектом, параганглиом. По клиническому проявлению названные новообразования составляют единую группу. Источники невринома – это

симпатический ствол, блуждающий нерв, подъязычный и лицевой нервы, спинномозговые корешки, стволы шейного и плечевого сплетения. Бывают ситуации, когда даже в ходе операции нерв, являющийся источником опухоли, не удается определить из-за малого калибра исходной ветви [1, 6, 7].

Карциноиды – это опухоли АПУД-системы, исходящие из энтерохромаффинных ЕС-клеток. В 85% случаев карциноидные опухоли локализируются в желудочно-кишечном тракте, чаще всего в червеобразном отростке и подвздошной кишке, у 10% больных – в легких и бронхах. Реже встречаются карциноидные опухоли гортани, почек, яичников, кожи. Помимо местных проявлений, карциноид характеризуется системным воздействием на организм в целом за счет повышенной выработки биогенных аминов. Например, диарея водянистой консистенции, постоянная или перемежающаяся, связанная с увеличенной выработкой в первую очередь серотонина, является главным клиническим симптомом карциноидных опухолей и отмечается у 75% пациентов. Также данная опухоль характеризуется приступами покраснения лица и верхней половины туловища, сопровождается гипотонией [2, 5].

Далее мы бы хотели привести два клинических примера, диагностированных и пролеченных нами внеорганных опухолей гортани, опухоли неврогенного происхождения и опухоли АПУД-системы.

Пациентка Г. 55 лет с диагнозом невринома гортани. Стеноз 4-й степени. Трахеостома. Поступила в ФГУ НКЦ «Оториноларингологии» ФМБА России 01.02.2011 г. При поступлении предъявляла жалобы на отсутствие дыхания через естественные пути, наличие трахеостомы, затруднение глотания твердой пищи, отсутствие голоса. Данные жалобы беспокоят с августа 2010 г., когда появилась боль при глотании, далее симптоматика нарастала, присоединились явления стеноза, в январе выполнена трахеостомия в ЛОР-отделении по месту жительства.

При осмотре трахеостома в типичном месте, широкая, для дыхания достаточная. При эндоскопии: надгортанник прижат к корню языка, новообразование экзофитной формы роста, покрытое неизменной слизистой оболочкой, исходит из вестибулярного отдела гортани, полностью обтурирует просвет. Грушевидные синусы свободны, слизистая оболочка не изменена, открываются в полном объеме, слизистая оболочка корня языка не изменена. Зоны регионарного лимфооттока на шее свободны. На ЯМРТ органов шеи определяется новообразование округлой формы, полностью занимающее верхние этажи гортани, без признаков прорастания в подлежащие ткани, размерами 5 × 4 см (рис.). Гистологическое заключение № 59048-57/11 – неврилеммома (шваннома).



Рис. ЯМРТ органов шеи.



15.02.11 выполнено эндоларингеальное удаление невриномы гортани при прямой опорной микроларингоскопии. Из особенностей операции: произведен разрез слизистой оболочки гортани, покрывающей новообразование, слизистая оболочка отсепарована. Новообразование в собственной капсуле, мобилизовано, основание опухоли располагается в области правого мышечного отростка черпаловидного хряща, удалено, лоскуты слизистой оболочки уложены на место, установлен назогастральный зонд.

Послеоперационный период протекал без осложнений, зонд удален на 10-е сутки, деканюлирована на 15-е сутки после операции. Ларингоскопическая картина при выписке: вход в гортань свободен, надгортанник не изменен, голосовые складки подвижные, при фонации смыкаются полностью, незначительная гиперемия в области правого черпаловидного хряща, голосовая щель широкая, дыхание свободное. Голос звучный, разделительная функция гортани не нарушена. Безрецидивное течение заболевания в течение 8 месяцев.

Пациентка Я. 43 лет, с диагнозом атипичский карциноид гортани, поступила 04.04.2011 г. При поступлении предъявляла жалобы на охриплость, иррадиирующие боли в правое ухо, которые беспокоили около года.

При осмотре охриплость 1–2-й степени, дыхание свободное. При ларингоскопии: вход в гортань свободный, надгортанник не изменен. Голосовые складки серые, голосовая щель широкая, подвижность гортани сохранена. Новообразование экзофитной формы роста, располагается на правой вестибулярной складке с переходом на черпалонадгортанную складку и гортанный желудочек справа, покрыто неизменной слизистой оболочкой, ярко-красного цвета с четкими границами, бугристое, при зондировании плотной консистенции. Зоны регионарного лимфооттока на шее свободны.

06.04.2011 г. выполнено эндоларингеальное удаление новообразования гортани при прямой опорной микроларингоскопии. Произведен окаймляющий разрез слизистой оболочки с отступом 2–3 мм от визуально определяемого края новообразования, которое выделено единым блоком, в собственной капсуле, удалено.

Гистологическое исследование № 23644-45/11: новообразование имеет некоторые признаки органонности, построено из солидных тяжей и солидных альвеолярных структур, разделенных прослойками фиброзной ткани, местами с ослизнением. Опухолевые комплексы образованы мелкими круглыми клетками с разной степенью прокрашивания ядер гематоксилином и единичными митозами или вытянутыми клетками с гиперхромными ядрами. Отмечаются рост опухолевых комплексов по ходу протоковых железистых структур, а также инвазия в лимфатические и кровеносные сосуды фиброзных прослоек и окружающей соединительной ткани. При иммуногистохимическом исследовании все опухолевые клетки позитивно окрашиваются антителами к хромогранину А, синаптофизину, NSE и эпителиальному мембранному антигену, отрицательны к S – 100 протеину, HMB 45, к SMA, CD3, CD20 и CD34, а также к цитокератинам плоского эпителия. Несколько опухолевых комплексов внутри кровеносных сосудов дали резко положительную реакцию на S – 100 протеин. Высокая пролиферативная активность по Ki67. Заключение: по гистологическому строению, иммуногистохимическим данным и особенностям клинического течения, а также локализации новообразование допустимо квалифицировать как атипичский карциноид или нейроэндокринную карциному, развившуюся на фоне карциноида.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Состояние при выписке удовлетворительное. Голос звучный. При ларингоскопии: вход в гортань свободен, надгортанник не изменен, голосовые складки подвижные, при фонации смыкаются полностью, голосовая щель широкая, дыхание свободное. Новообразование не определяется. Больная выписана с рекомендациями, под наблюдением ЛОР-врача и онколога по месту жительства.

Резюме. Оба наблюдения в очередной раз демонстрируют высокую эффективность эндоскопических вмешательств на гортани и подтверждают правильность выбранного направления в развитии и совершенствовании данных методик.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельшер В. З., Поляков Б. И., Петерсон С. Б. Клиническая онкология. Избранные лекции: учеб. пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 496 с.



2. Калинин А. В. Клиническая картина, диагностика и лечение опухолей АПУД-системы // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. 1997. – № 3. – С. 36–41.
3. Онкология / Под ред. В. И. Чисов, С. Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560 с.
4. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М., 2000. – 416 с.
5. Симоненко В. Б. Карциноидные опухоли // Клинич. медицина. 1998. – № 12. – С. 57–59.
6. Badie V. Neurosurgical operative atlas // Neuro-oncology. – Thieme medical publishers, 2007. – 368 p.
7. Shah J. P., Pattel S. G. Head and neck surgery and oncology // Mosby. – New York, 2003. – P. 589–633.

Виноградов Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, вед. н. с. отдела ЛОР-онкологии НКЦ Оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Решульский** Сергей Сергеевич – мл. н. с. отдела патологии глотки и носа НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением клинической больницы № 86. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15.

УДК:616.284–002.258-06

ГИГАНТСКАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА, ПРИВЕДШАЯ К РАЗРУШЕНИЮ КОСТНЫХ СТРУКТУР НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА, ГРАНИ ПИРАМИДЫ, РАЗВИТИЮ ЭКСТРАДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА И ГРАНУЛЯЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА

Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева, П. А. Абасова

HUGE CHOLESTEATOMA, LED TO DESTRUCTION OF BONE STRUCTURES EXTERNAL AND A MIDDLE EAR, TO A PYRAMID SIDE, DEVELOPMENT POSITIVE EXTRADURAL AN ABSCESS AND GRANULATION AN EXTERNAL OTITIS

G. A. Gadzhimirzaev, R. G. Gadzhimirzaeva, P. A. Abasova

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Авторы представляют случай гигантской холестеатомы, приведшей к разрушению костных структур наружного и среднего уха, грани пирамиды, крыши антрума и барабанной полости, развитию экстрадурального абсцесса средней черепной ямки и грануляционного наружного отита.

Ключевые слова: Хронический гнойный средний отит, холестеатома, экстрадуральный абсцесс, грануляционный наружный отит.

Библиография: 2 источника.

Authors represent a case huge cholesteatoma, led to destruction of bone structures external and a middle ear, a side of a pyramid, a roof antrum and to a drum-type cavity, development extradural an abscess of an average cranial pole and granulation an external otitis.

Key words: chronic purulent average otitis, cholesteatoma, extradural an abscess, granulation an external otitis.

Bibliography: 2 sources.

По данным современных отомикрохирургов, холестеатома встречается не только при хронических гнойных эпитимпанитах, но и при мезотимпанитах. У больных, подвергнутых тимпанопластике, в 80% случаев были обнаружены холестеатомные образования, располагавшиеся в пространствах Пруссак и в межрубцовых щелях барабанной полости [2]. В литературе периодически появляются сообщения о наблюдениях холестеатомы, выходящей за пределы полостей среднего уха [1].

Мы наблюдали больную с распространением холестеатомного процесса в наружное и среднее ухо с разрушением грани пирамиды и некоторыми клинико-диагностическими особенностями.