УДК: 616. 32–006

НАБЛЮДЕНИЕ НЕВРИЛЕММОМЫ ГЛОТКИ

В. И. Попадюк, В. М. Аксенов, И. С. Пушкарь

Российский университет дружбы народов, г. Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. В. И. Попадюк)
Городская клиническая больница №4 ДЗ г. Москвы

Неврилеммома (невринома, шваннома) доброкачественная опухоль, связанная со шванновской оболочкой нервов. Локализуется в мягких тканях по ходу периферических нервных стволов, черепных нервов, реже в стенках полых внутренних органов. Нейрофиброма развивается из элементов эндо- и эпиневрия. Локализуется в глубине мягких тканей по ходу нервов, в подкожной клетчатке, в корешках спинного мозга, в средостении, коже. Множественные, связанные с нервными стволами узлы нейрофибромы характерны для нейрофиброматоза. При этом заболевании нередко встречаются двусторонние опухоли II и VIII пары черепных нервов[1, 2, 4].

Название невриномы (нейриномы) дал J. Verocay, который в 1908–1910 г. г. описал своеобразную опухоль, связанную с нервным стволом. Невриномы бывают единичными, когда они представлены изолированной опухолью, связанной с ветвью симпатического или парасимпатического нерва. Иногда невриномы наблюдаются как системное заболевание. Это так называемый нейрофиброматоз (в литературе это заболевание известно также под названием болезни Реклингаузена)[3, 5, 7]. По данным Р. Е. Тарасовой (1953), было сделано 12 сообщений о невриномах глотки [8]. Однако в настоящее время известно значительно большее количества такого рода наблюдений. К. К. Чиркина (1956) описала невриному, исходившую из задней стенки ротоглотки [9]. Большую невриному заглоточного пространства, исходившую из мелкой веточки симпатического нерва, наблюдал И. Я. Рабинович (1952). Размер опухоли после её удаления оказался 4,9 х 3,5 х 3 см, а вес – 29,5 г. И. Т. Батюнин (1980) описал невриному верхних дыхательных путей и заглоточного пространства [1].

Гистологически невринома представляет собой опухоль, состоящую из нервной ткани. Она может получить своё развитие, как от основного ствола нерва, так и от очень мелких нервных ветвей.

Неврилеммома встречается в любом возрасте. Опухоль имеет вид ограниченного узла любых размеров, плотной консистенции.

Нейрогенные опухоли в пределах ЛОРорганов встречаются сравнительно редко [4, 10], тем более в области нёбных дужек.

Приводим наше наблюдение. *Больная Х., 22 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в глотке, ощущение инородного тела в глотке, гнусавость.*

При осмотре в области левой половины глотки определяется новообразование, исходящее из задней нёбной дужки, прикрывающее левую нёбную миндалину, округлой формы, размером 3,0 х 2,0 х 2,0 см, розового цвета с выраженным сосудистым рисунком. Опухоль медиально достигала язычка. Миндалины за нёбными дужками, в лакунах скопление казеозных масс. Имеются спайки между нёбными дужками и миндалинами. Зачелюстные лимфатические узлы не пальпируются.

В раннем детстве перенесла коревую краснуху, ветряную оспу, корь. Отмечает частые простудные заболевания, ангины.

В 10-летнем возрасте при обращении к ЛОР-врачу по поводу ангины, выявлено новообразование размером 0,5 х 0,5 х 0,5 см, исходящее из задней нёбной дужки. Через 5 лет опухоль увеличилась в 2 раза. В конце января 2006 года консультирована в ЛОР-клинике РУДН, где было принято решение удалить новообразование, поскольку оно заметно увеличилось, появилась гнусавость, жидкая пища стала временами при глотании попадать в полость носа.

29 января 2006 года под местной анестезий 1 % раствором новокаина с помощью радиоволнового ножа Сургитрон, опухоль была вместе с подлежащей слизистой оболочкой отделена от боковой стенки глотки с частью задней нёбной дужки удалена. Во время операции и в послеопе-

рационном периоде кровотечения не отмечено. При гистологическом исследовании верифицирована невринома.

Больная осмотрена через 6 месяцев и через год. Признаков рецидива опухоли нет. Гнусавость и нарушение акта глотания прекратились.

Особенностью наблюдения является редко встречающаяся локализация новообразования. В доступной нам литературе мы не нашли описания экзофитно растущей невриномы, исходящей из толщи задней нёбной дужки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Батюнин И. Т. Невринома верхних дыхательных путей и заглоточного пространства. / И. Т. Батюнин – М., Медицина., 1980. – 100 с.
2. Геккер Я. И. Два наблюдения невриномы глотки. / Я. И. Геккер. // Вестник оториноларингологии. – 1954. – №2. – С. 80–81.
3. Лопатин Б. С. Нейрофиброма гортаноглотки и наружного кольца гортани / Б. С. Лопатин. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. 1964. – №4. – С. 71–72.
4. Невриномы и церуминомы уха. / В. Ф Антонив., Н. В Колодий., В. И. Попадюк и др // Мат. Крымской респуб. науч.-практ. конф. оториноларингологов. – г. Евпатория, 18–19 мая 1995. – Симферополь. – 1995. – С. 64–65.
5. Оловянников И. А. Два наблюдения нейрофиброматоза парафарингеальной области. / И. А. Оловянников, А. А. Черемных // Вестн. оторинолар. 1968. – №3. – С. 98–99.
6. Потапов И. И. Доброкачественные опухоли глотки. / И. И. Потапов. М., Медгиз, 1960. – 181 с.
7. Рабинович И. Я. Случай невриномы заглоточного пространства. / И. Я. Рабинович. // Вестн. оторинолар. 1952. – №2. – С. 83–84.
8. Тарасова Р. Е. Нейринома глотки. / Р. Е. Тарасова. //Тр. науч.-исследов. института уха, горла и носа. М., 1953. – в. 3. – С. 105–109.
9. Чиркина К. К. Невринома глотки. / К. К. Чиркина // Вестн. оторинолар. 1956. – №5. – С. 129.
10. Эстезионейробластома и невриномы полости носа и околоносовых пазух (клиника, диагностика, лечение). Современные методы диагностики и лечения. / Д. Ю. Кралин, И. П. Кралина, Сынебогов С. В. и др. // Тез. докл. науч.-практ. конф. Главного военно-медицинского управления службы авиационной и космической медицины ВВС. – 7 Центральный военный научно-исследовательский авиационный госпиталь МО РФ. М.: – 1996. – С. 131 – 132.

УДК: (616. 31:616. 371)-007. 271-02:616. 322-089. 87-06-053. 4

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭЛЕКТРОПЛАЗМЕННОЙ ВАПОРИЗАЦИИ МИНДАЛИН В ДЕТСКОЙ ПРАКТИКЕ

А. С. Юнусов,С. В. Рыбалкин, А. З. Абдулсаламов

ФГУ НКЦО оториноларингологии Росздрава
(Директор – проф. Н. П. Дайхес)

Рубцовый стеноз гортани и (или) ротоглотки – самое грозное послеоперационное осложнение в оториноларингологии, сужение просвета воздухоносных путей, приводящее к затруднению прохождения воздуха при дыхании. Хронический стеноз, возникающий после длительной интубации, травмы, папилломатозе гортани, характеризуется медленным развитием симптомов и отличается стойкостью. Организм до определённого предела сравнительно хорошо приспосабливается к уменьшенному поступлению воздуха, если сужение просвета гортани формируется постепенно и медленно. Если стеноз развивается в течение короткого времени, то наступает угрожающее для жизни состояние, при котором требуется принятие самых неотложных мер с целью восстановления нарушенного дыхания [1, 2].

В детской оториноларингологи чаще сталкиваются с острыми стенозами ротоглотки и гортани, причины которого весьма разнообразны. В первую очередь, это отёки, как не воспалительного характера (аллергический отёк), так и воспалительные. Воспалительные отёки сопровождают ангину, флегмонозный ларингит, абсцесс надгортанника, нагноительные процессы