



УДК: 616–006. 2. 03

НАБЛЮДЕНИЕ СЛУЧАЯ РЕДКОЙ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ (ТЕРАТОМЫ)**Р. А. Ларин*, С. В. Судаков*, Е. Н. Писарев**, А. В. Шахов******SUPERVISION OF A CASE OF A RARE TUMOUR OF NASOPHARYNX (TERATOMA)****R. A. Larin*, S. V. Sudakov*, E. N. Pisarev**, A. V. Shahov******ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им Н. А. Семашко
(Главный врач Р. М. Зайцев)**** Нижегородская государственная медицинская академия
(Зав. каф. болезней уха горла и носа – докт. мед. наук А. В. Шахов)*

В статье приведен разбор клинического случая редкой опухоли носоглотки (тератомы). Показаны основные моменты и преимущества эндоскопического вмешательства.

Ключевые слова: тератома, опухоль, эндоскопическая хирургия, носоглотка.

Библиография – 5 источников.

In paper analysis of a clinical case of a rare tumour of a nasopharynx (teratoma) is resulted. The basic moments and advantages of endoscopic interventions are shown.

Keywords: teratoma, a tumour, endoscopic surgery, a nasopharynx.

Bibliography: 5 sources.

Тератома (синоним эмбриома) доброкачественная опухоль, связанная с нарушениями эмбрионального развития. Редкая опухоль, состоящей из различных видов тканей включая те, которые в норме в этом органе не обнаруживаются. Является производным одного, двух или трех зародышевых листков, присутствие которых не свойственно тем органам и анатомическим областям организма, в которых развивается опухоль. По современным представлениям развивается из полипотентного (являющегося источником развития любых тканей организма), высокоспециализированного герминогенного эпителия гонад. Чаще располагается в яичках или яичниках, но может локализоваться и экстрагонадно (чаще крестцово-копчиковая локализация). По гистологическому строению различают зрелую тератому, незрелую тератому, тератому со злокачественной трансформацией. Прогноз тератомы, как правило благоприятный. Локализация в носоглотке, является чрезвычайно редкой. [3. 4]

В последние годы в оториноларингологии активно внедряются методы эндоскопической диагностики и хирургии. Анатомическое расположение носоглотки, определяет значительную труднодоступность ее для осмотра и, тем более, для хирургических и диагностических манипуляций. Непосредственный осмотр через полость носа затрудняют такие структуры как носовая перегородка, носовые раковины. При этом, различные анатомические и физиологические девиации, очень часто встречающиеся в популяции еще более сужают возможности для детального осмотра носоглотки. По этим причинам, к примеру, было признано бесперспективным хирургическое лечение распространенных злокачественных опухолей носоглоточной локализации [5]. Появление современных методов лучевой диагностики: компьютерной томографии, магнитно-резонансная томографии наряду с применением гибкой и жесткой эндоскопии привело к более качественной и ранней диагностике патологических процессов, а, также существенно расширило возможности для качественной хирургической помощи таким пациентам. [1] Не останавливаясь подробно на всех видах патологических образований носоглотки, которые успешно лечатся на современном этапе с применением эндоскопической техники, остановимся на случае, который мы наблюдали в нашей клинике.

Больная К. 58 лет обратилась за помощью в феврале 2008 с жалобами на гнусавость, затруднение носового дыхания в течение года. Носовые кровотечения, anosmia, зрительные нарушения, снижение слуха отрицала. В анамнезе – тонзиллэктомия по поводу хронического тон-



зиллита в возрасте 27 лет. При передней риноскопии – носовые ходы свободные, легкий отек слизистой оболочки нижних носовых раковин, носовое дыхание затруднено. При задней риноскопии в носоглотке определяется плотное, желтоватого цвета, бугристое образование на широком основании. При глотании опухоль поднимается вместе с мягким небом до свода носоглотки, что хорошо видно при эндоскопическом осмотре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. На компьютерной томографии: объемное образование носоглотки 3 см в диаметре с четкими границами, без признаков инвазии костной стенки и смежных структур. Учитывая наличие четких границ, широкого основания, плотной консистенции было принято решение об удалении опухоли.

6/02/08 – Операция – эндоскопическое удаление опухоли под общим обезболиванием. Полость носа осмотрена торцевым эндоскопом. Архитектоника полости носа сохранена, носовая перегородка по средней линии. Выявлено зияющее соустье верхнечелюстной пазухи с обеих сторон. В просвете носоглотки определяется верхний полюс образования, основание которого находится на задней стенке мягкого неба (рис. 1.)

Образование захвачено изогнутыми щипцами Блексли и подтянуто в задние отделы полости носа, у основания захвачено вторыми щипцами и полностью удалено в капсуле. (рис. 2.)

Кровотечение во время операции незначительное.

Послеоперационный период протекал гладко. На третьи сутки больная выписана из стационара. Гистологическое заключение – зрелая тератома кистозного строения. Осмотрена через 6 месяцев: носовое дыхание свободное, гнусавости нет. Носоглотка свободна.

Особенностью данного случая явилась редкая локализация тератомы в носоглотке у больной в возрасте 58 лет. Современная эндоскопическая техника позволила полностью, с минимальной травмой для здоровых тканей удалить данную опухоль

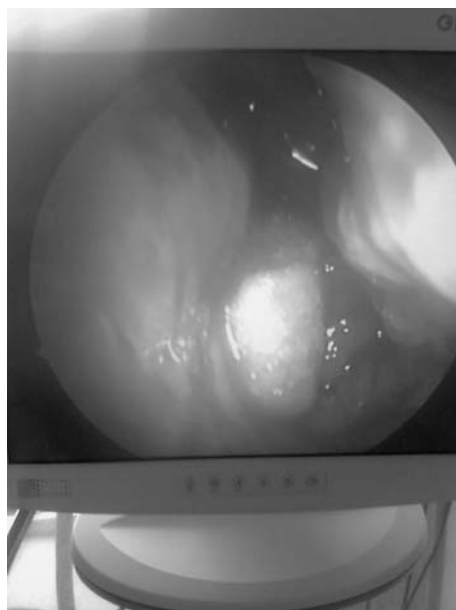


Рис. 1. Опухоль в просвете носоглотки.

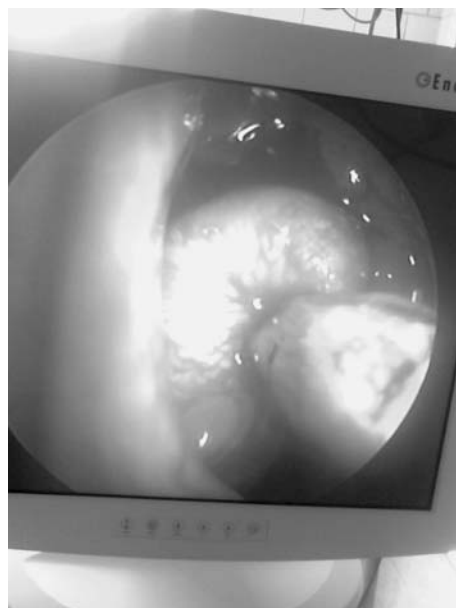


Рис. 2. Удаление опухоли.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абызов, Р. А. ЛОРОнкология. СПб. 2004 – 255 с.
2. Дурнов Л. А, Опухоли у детей. /В книге– Патологоанатомическая диагностика опухолей человека, под ред. Н. А. Краевского и др. М: Медицина 1982. 262 с.
3. Дурнов Л. А, Бухны Ф. А, Лебедев В. И. Опухоли забрюшинного пространства и брюшной полости у детей. – М., «Медицина». 1972 г. – 320 с.
4. Head and neck tumours. World health organization classification of tumors. Lyon:IARCPress, 2005 – 430 p.
5. Shah J. P. Cancer of the head and neck. – London, 2001 – 484 p.