

***Опухоли и
Инфекционные гранулемы
верхних дыхательных путей и
уха.***

НГМУ, Кафедра оториноларингологии

Новообразования верхних дыхательных путей составляют в среднем лишь 3-4% опухолей всех локализаций. Более половины новообразований верхних дыхательных путей приходится на опухоли гортани, второе место занимают опухоли глотки, третье – опухоли носа и околоносовых пазух. Новообразования уха встречаются значительно реже.

Частота поражения различных отделов верхних дыхательных путей и уха злокачественными опухолями неодинакова: гортань поражается в 67%, глотка – в 18%, нос и околоносовые пазухи – в 14%, ухо в 1% наблюдений.

У детей картина другая: опухоли носа и околоносовых пазух 35%, носоглотка 30%, ротоглотка 19%, среднего уха 16%, рак гортани у детей встречается очень редко.

Классификация опухолей

1 тип. Высокодифференцированные опухоли

1я группа. Доброкачественные опухоли

2я группа. Пограничные опухоли (обладают некоторыми свойствами, присущими злокачественным опухолям: склонностью к рецидивированию, к разрушению соседних костных образований и др.)

2 тип. Дифференцированные опухоли

1я группа. Эпителиальные злокачественные опухоли.

2я группа. - злокачественные опухоли.

3я группа. Нейрогенные (нейроэктодермальные) злокачественные опухоли

3 тип. Низкодифференцированные тонзиллярные высокозлокачественные опухоли.

Распределение по стадиям (с раздельным обозначением трех ингредиентов опухолевого процесса)

- *Первичной опухоли – T (tumor)*
- *Регионарных метастазов – N (nodulus)*
- *Отдаленные метастазы – M
(metastasis) (при их отсутствии
обозначение M0, при наличии – M1)*

Степень распространения первичной опухоли

- *1я степень – T1 – опухоль поражает одну анатомическую часть органа;*
- *2я степень – T2 – опухоль поражает не более двух анатомических частей органа;*
- *3я степень – T3 – опухоль поражает больше двух анатомических частей органа, не распространяясь за его пределы;*
- *4я степень – T4 - опухоль поражает большую часть органа, распространяясь за его пределы*

Степень распространения регионарных метастазов

- *N0 – регионарные метастазы не определяются;*
- *N1 – односторонний подвижный (смещаемый и в горизонтальной, и в вертикальной плоскостях) одиночный узел;*
- *N2 – двусторонние подвижные одиночные узлы; односторонние подвижные множественные узлы; односторонние ограниченно подвижные узлы; односторонние подвижные контрлатеральные узлы;*
- *N3 – односторонние неподвижные узлы; односторонние ограниченно подвижные контрлатеральные узлы; двусторонние ограниченно подвижные узлы;*
- *N4 - двусторонние неподвижные узлы; пакеты узлов, спаянных между собой и с ближайшим костным образованием (позвонком, нижней челюстью, сосцевидным отростком, ключицей).*

Наиболее часто у взрослых людей наблюдаются злокачественные новообразования гортани, причем почти всегда здесь обнаруживается плоскоклеточный рак (ороговевающий или неороговевающий), очень редко – базально – клеточный рак, саркома и др. У мужчин рак гортани стоит на 4 месте по частоте поражения, уступая по заболеваемости раку желудка, легких и пищевода. У женщин рак гортани стоит на одном из последних мест среди прочих раковых заболеваний.

Рак правой голосовой складки



Карцинома правой голосовой складки



Методы лечения рака гортани

- *Хирургическое*
- *Лучевая терапия*
- *Химиотерапия*

Хирургическое лечение рака гортани

- *Экстирпация гортани*
- *Ларингофиссура, хордэктомия*
- *Резекция гортани (горизонтальная резекция гортани, резекция надгортанника)*



Доброкачественные новообразования

- *Характеризуются высокой степенью дифференцировки, не инфильтрирующим не деструктивным ростом (даже при бурном росте), они не дают метастазов, как правило не рецидивируют и не обнаруживают чувствительности к ионизирующему излучению.*

Остеома сосцевидного отростка

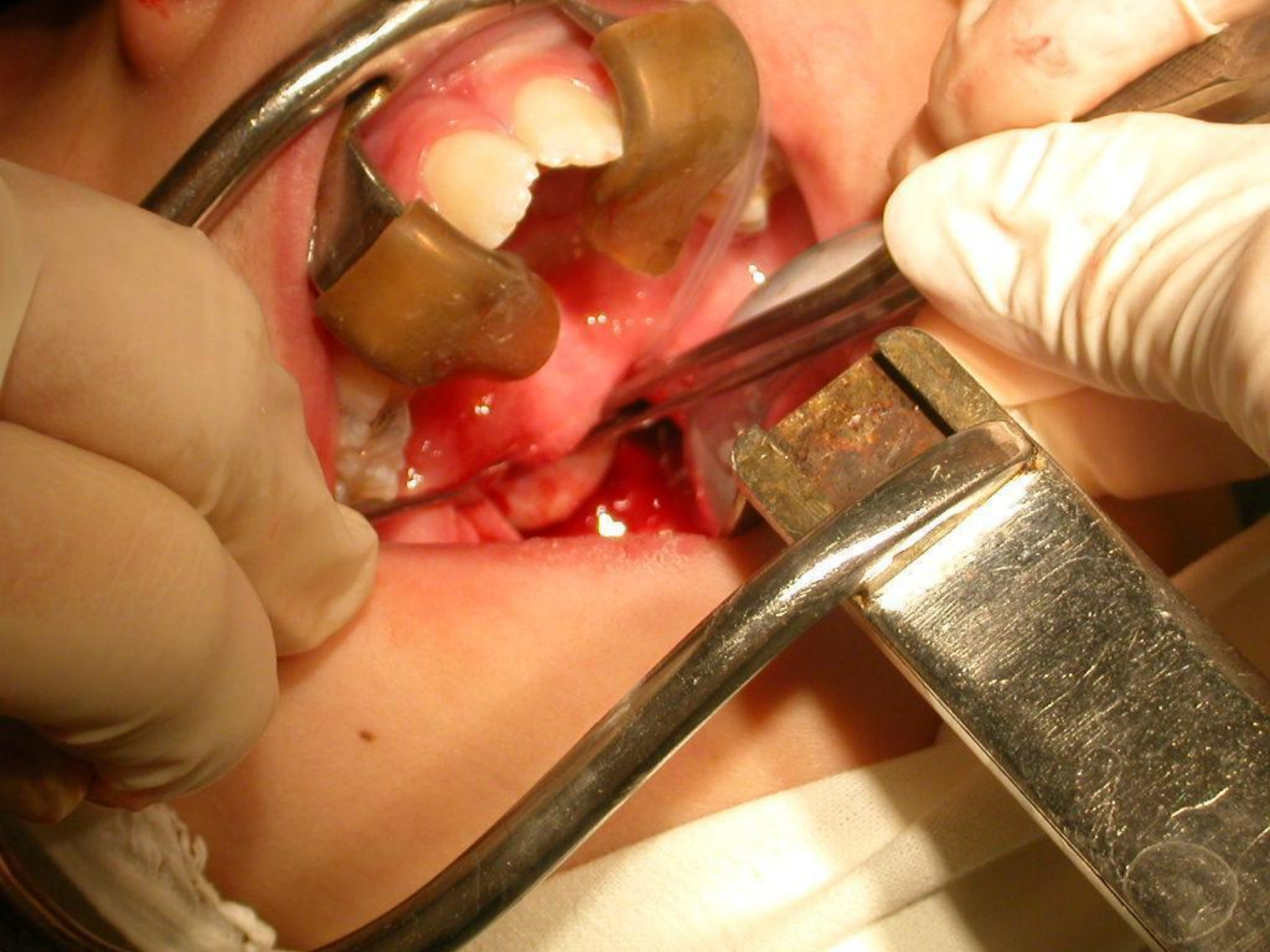


Наиболее часто встречаются доброкачественные новообразования носа, глотки, гортани и уха

- *Папилломы*
 - *Гемангиомы*
 - *Фибромы*
- реже*
- *Остеома*
 - *Цементома*
 - *Адамантинома*

Ангиография у пациента с юношеской ангиофибромой



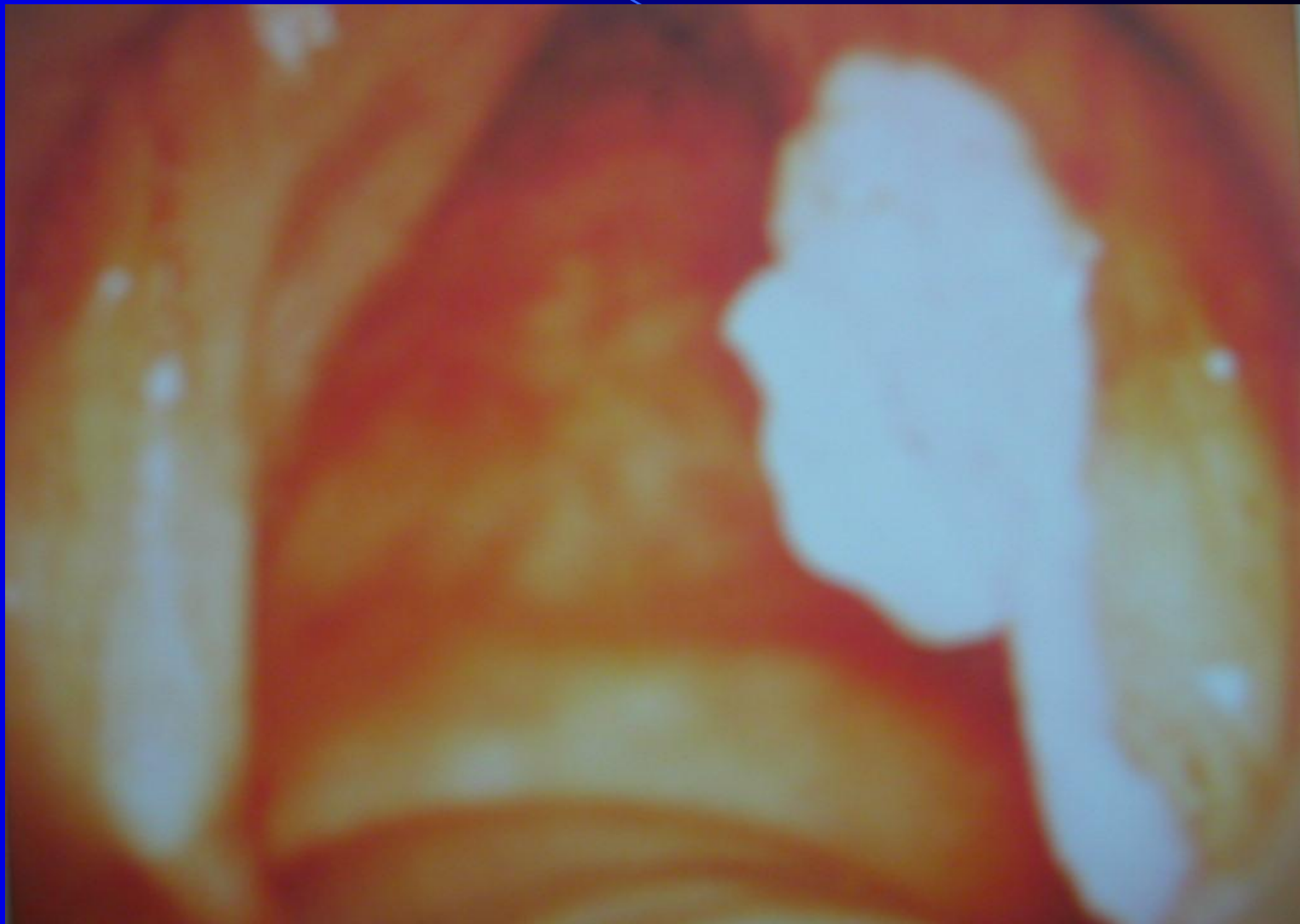




Киста задней комиссуры гортани



Папиллома с гиперкератозом



Папилломатоз левой голосовой складки



Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей

- *Туберкулез*
- *Сифилис*
- *Склерома*

Склерома верхних дыхательных путей

- Поражает преимущественно дыхательные пути, отличается длительным инкубационным периодом и затяжным течением
- Возбудитель палочка Фриша — Волковича

3 стадии процесса

- 1. Узелково–инфильтративная*
- 2. Диффузно–инфильтративная*
- 3. Рубцовая*

Диагностика склеромы

- *Клиника (типичные изменения в носу, глотке, гортани и трахее)*
- *Реакция Борде – Жангу со склеромным антигеном*
- *Рентгенологическое исследование*

Лечение склеромы

- *Кортикостероиды*
- *Витамины*
- *Хирургическое (бужирование, удаление и электрокоагуляция инфильтратов)*
- *Санитарно – просветительная работы*

Редкие клинические случаи из
практики ЛОР онкологии
МУЗ ГКБ №1 г.Новосибирска

Больная Ш. 12 лет поступила в ЛОР отделение
ГКБ №1 с диагнозом “Нео гайморовой,
решетчатой, лобной пазух справа с
вовлечением правой орбиты”.

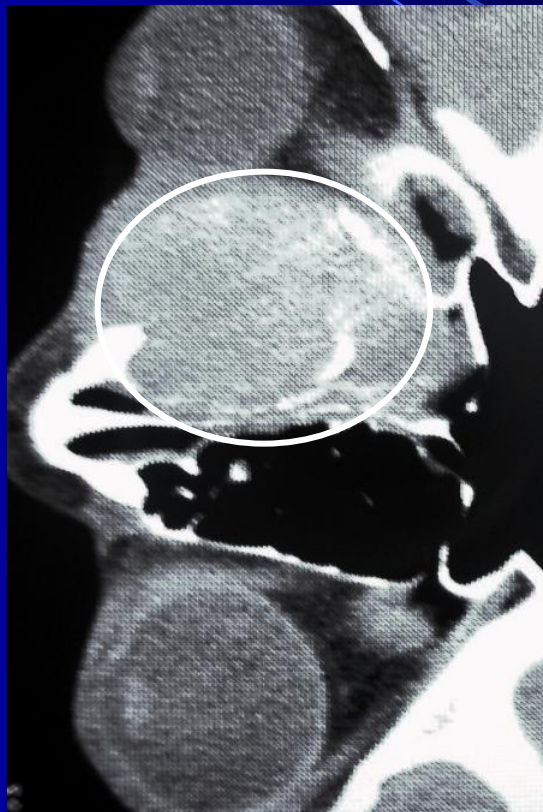
Во время первичного осмотра обращала на
себя внимание асимметрия лица за счет
умеренного отека правой щеки, дислокация
правого глазного яблока кнаружи, легкий
экзофтальм. Подвижность глазного яблока
сохранена в полном объеме.

Данные компьютерной томографии

- Солидное образование 37X24X48 мм передней стенки правой орбиты, медиальной стенки правой верхнечелюстной пазухи и решетчатой кости, сопровождающееся их деструкцией. Правое глазное яблоко оттеснено образованием латерально и кпереди. Правая верхнечелюстная и лобная пазухи заполнены экссудатом.



Томограммы

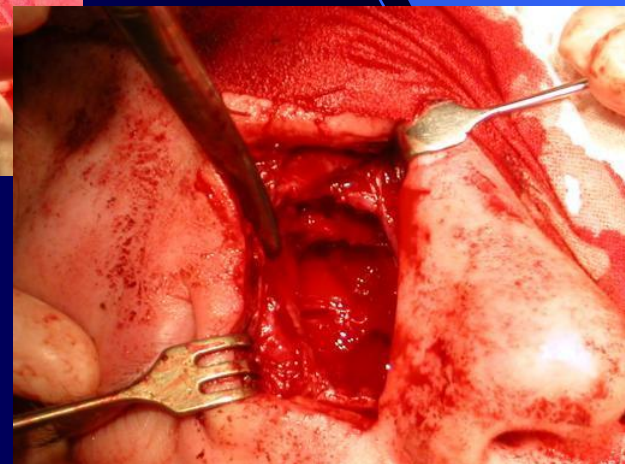
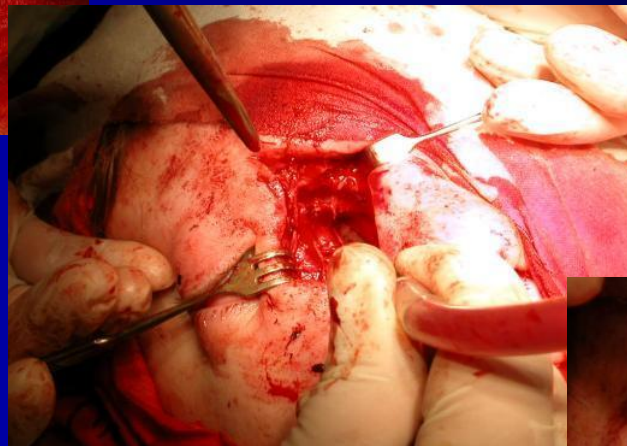
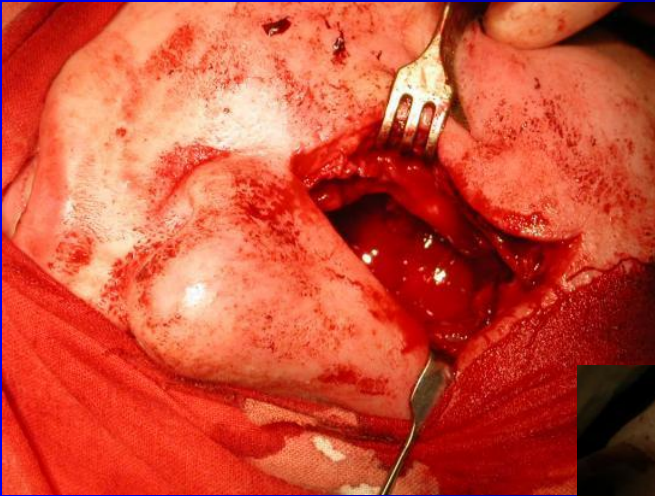


Данные предварительной биопсии

- 17.08.05 пациентке была выполнена открытая биопсия новообразования через рот. Получено патогистологическое заключение **эстеziонейробластома**

- Учитывая ранее полученное гистологическое заключение, размеры новообразования, заинтересованность в процессе правой орбиты было принято решение выполнить риносинусотомию справа доступом по Муру с интраоперационной экспрессдиагностикой гистологического типа опухоли, орбитотомию справа под общим обезболиванием

- Доступом по Муру вскрыта полость носа.



- Обнаружено новообразование плотнoэластичной консистенции в капсуле выполняющее всю полость решетчатой и уходящее в гайморову пазуху. Полость правой орбиты интактна. Новообразование свободно вылущено и удалено.



- Новообразование размером 5X3 см на разрезе имеет однородную структуру

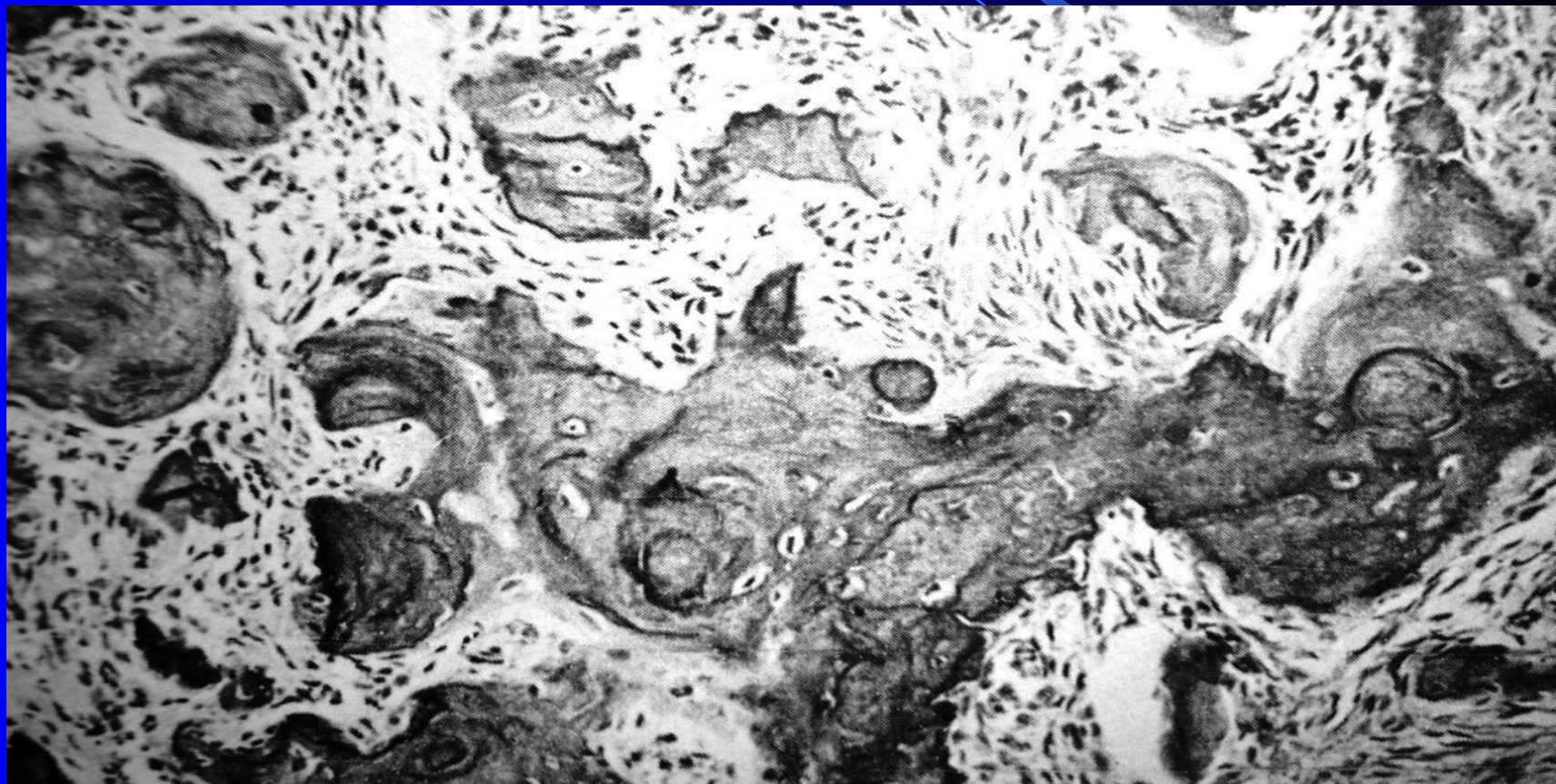


- Прилежающие к новообразованию костные структуры резко истончены и порозны. Образовавшаяся полость заполнена марлевым тампоном. Рана ушита внутрикожным косметическим швом. Кровопотеря составила 700 мл. послеоперационный период протекал без осложнений. Шов снят на 7-й день после операции .

Патогистологическое заключение

- Ткань опухоли представлена беспорядочными разрастаниями фиброзной ткани, встречаются небольшие фрагменты костных балок с разрастанием соединительной ткани вокруг, отмечается большое количество «цементиклей» (минерализованных масс).
- Заключение : Цементирующаяся фиброма

Цементирующаяся фиброма



Пациентка после операции



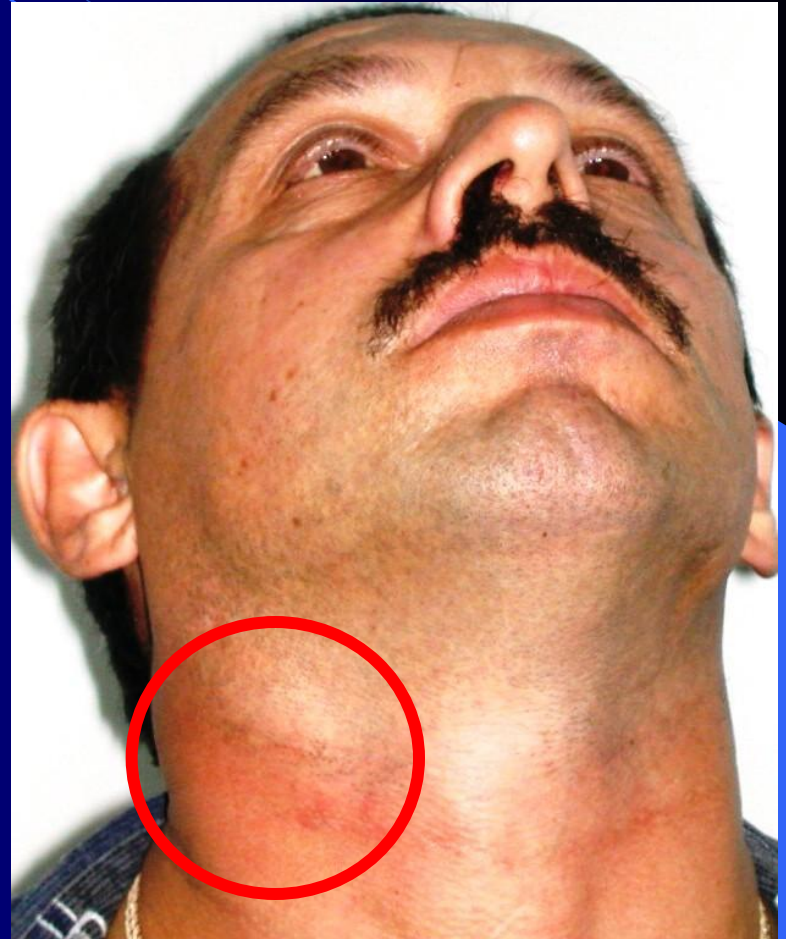
- Мезенхимома – опухоль сложного строения, состоящая из производных нескольких тканей мезенхимального происхождения.

- Мезенхимомы относятся к редким опухолям. Локализуется преимущественно в толще мышц конечностей, особенно бедра, в забрюшинной клетчатке и, как в нашем случае на шее.

- Больной П. поступил в ЛОР отделений ГКБ № 1 с диагнозом : нагноившаяся боковая киста шеи справа. Больной жаловался на безболезненное новообразование на шее, быстро увеличивающееся в размерах. Новообразование появилось как увеличенный лимфатический узел и за месяц достигло величины куриного яйца.

Status localis

- На боковой поверхности шеи справа, на границе верхней и средней трети, эластичное новообразование овальной формы, размерами 3Х5 см, безболезненное при пальпации, не спаянное с окружающими тканями. Какой-либо другой патологии ЛОР органов не обнаружено.



Диагностическая пункция



- При пункции получено более 10 мл темно-коричневой вязкой жидкости.
- При цитологическом исследовании пунктата найдены **клетки плоского эпителия разной степени зрелости** на фоне воспаления. Подобная цитологическая картина может встречаться как при метастазе плоскоклеточного рака, так и при боковой кисте шеи с воспалением.

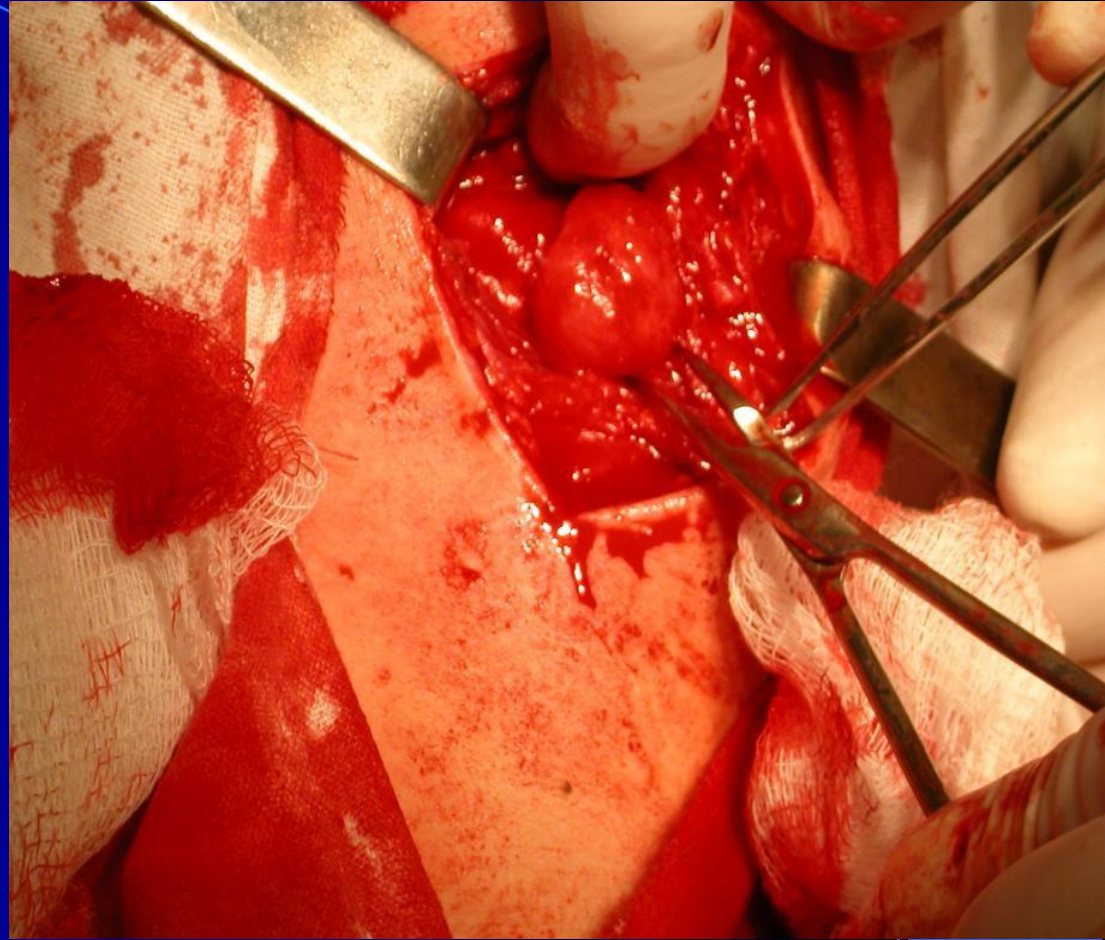


- Учитывая данные анамнеза, объективного обследования и неоднозначность цитологического заключения, больному было предложено оперативное лечение.

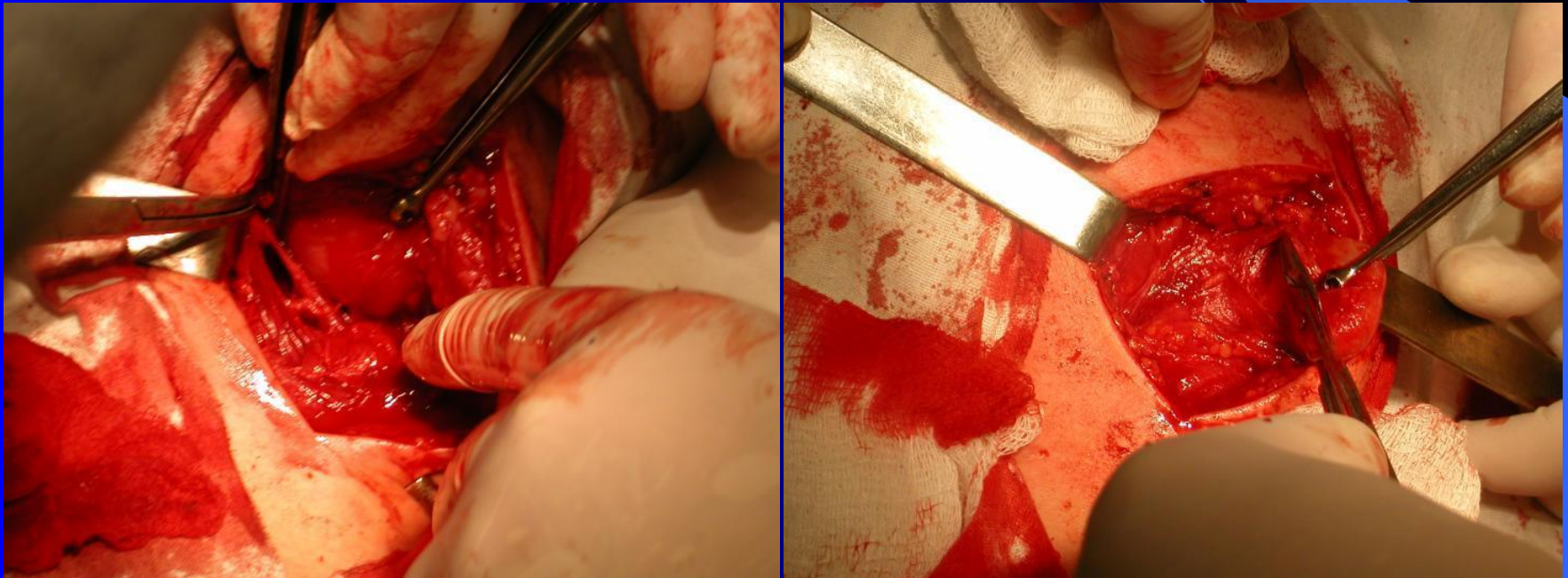
Операция: удаление новообразования боковой поверхности шеи

- Под эндотрахеальным наркозом выполнен разрез от верхушки сосцевидного отростка до подъязычной кости и далее вниз к месту прикрепления *m. Sternocleidomastoideus*.

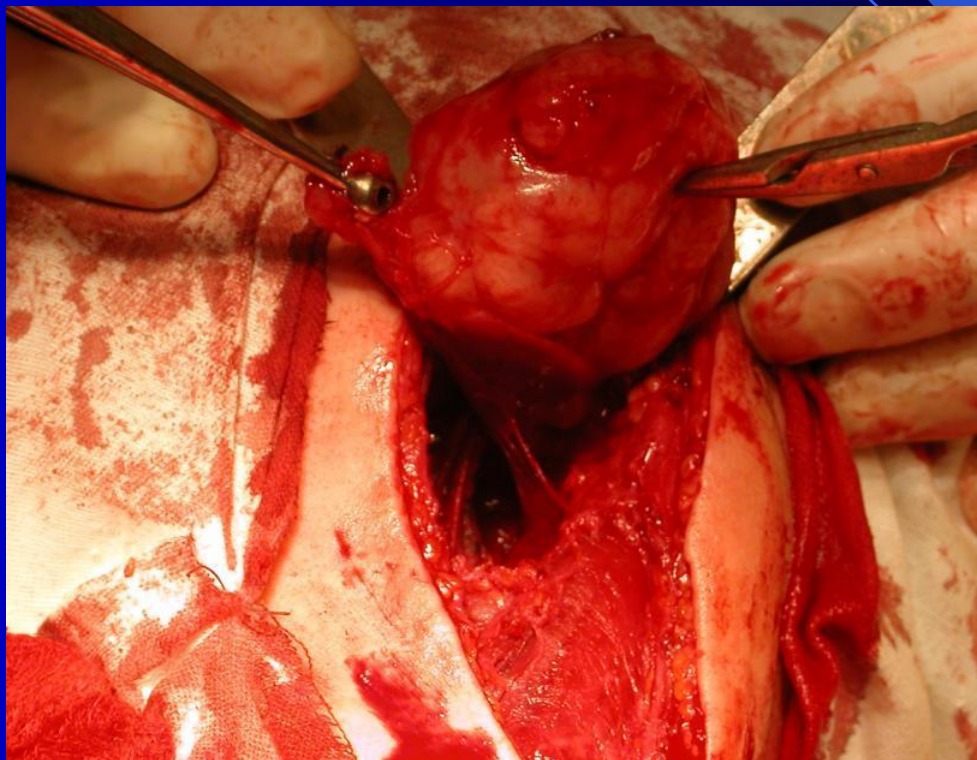
- Кивательная мышца выделена и частично пересечена на уровне *m. omohyoideus*. Под ней обнаружено новообразование в плотной капсуле, частично спаянное с окружающими тканями.



- Новообразование выделено острым путем вместе с окружающей его клетчаткой и отсечено от питающей сосудистой ножки.



- При ревизии ложа сосудисто-нервного пучка других новообразований не обнаружено.
- Рана послойно ушита.

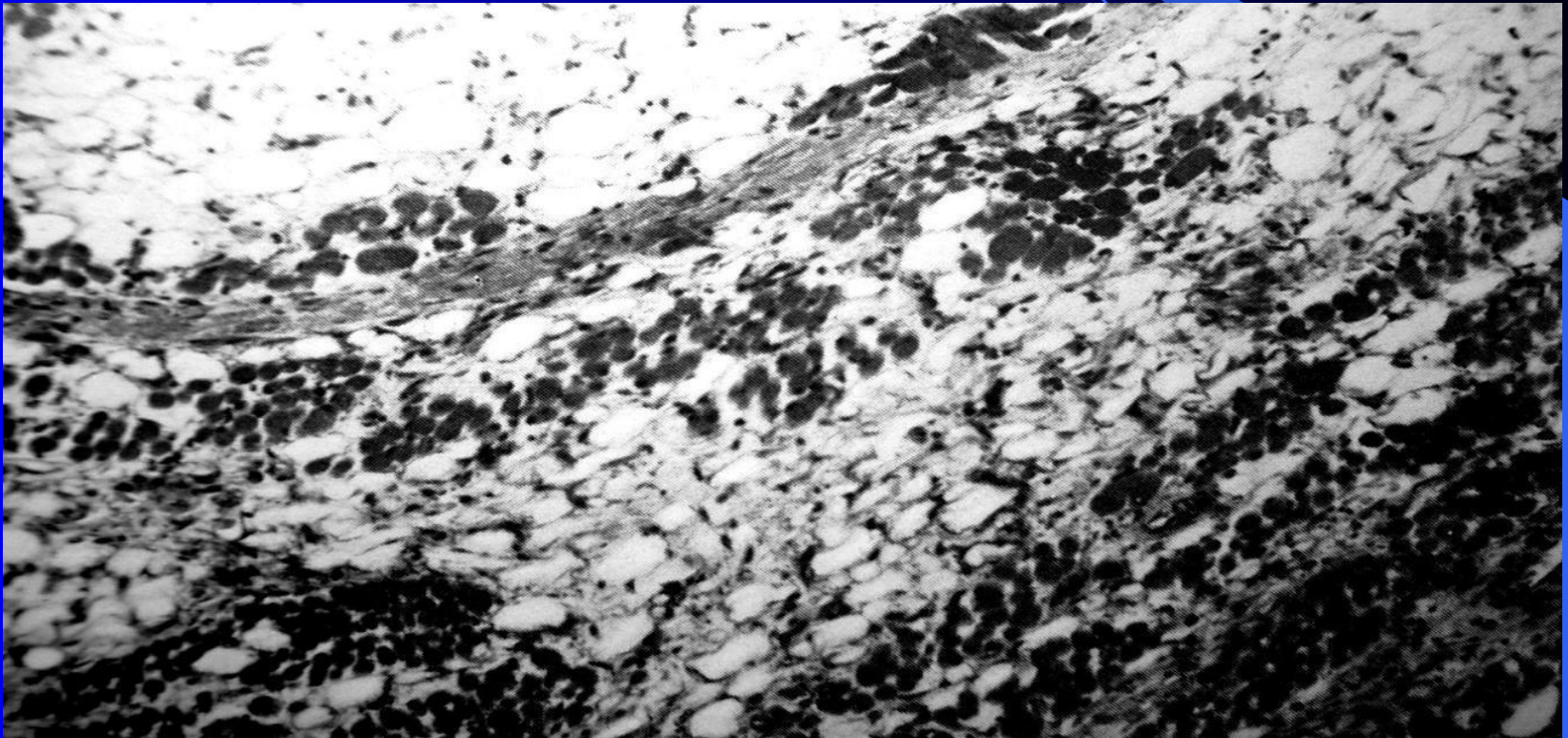


- Удаленное новообразование было овальной формы, размерами 3X5 см, покрыто плотной толстой капсулой. При разрезе из него вытекло несколько миллилитров гнойно-геморрагической жидкости. Макропрепарат был послан на патогистологическое исследование.



Гистологическое заключение

- Мезенхимома с воспалением



Заключение

- Особенность наблюдений заключается в редкости заболеваний, в необходимости проведения тщательной дифференциальной диагностики, в неоднозначности предварительных патогистологических заключений.
- Как в первом, так и во втором случае основной, клинический диагноз был установлен только после патогистологического исследования макропрепарата.

• **Благодарю за
внимание**