ГБОУ ВПО ТГМУ

Министерства Здравоохранения Российской Федерации

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии

Реферат на тему

«Доброкачественные новообразования ЛОР-органов»

Владивосток, 2015

# Доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух

К доброкачественным опухолям носа и околоносовых пазух относятся папилломы, фибромы, ангиомы, хондромы и остеомы, невромы, невусы (пигментные опухоли), бородавки.

Папиллома сравнительно редкая опухоль одинаково часто выявляется у мужчин и женщин в возрасте 50 лет, однако бывает и в более раннем возрасте. Различают грибовидные, ннвертированные и переходно-клеточные папилломы Грибовидная форма локализуется в преддверии носа (перегородка носа, дно, внутренняя поверхность крыльев носа) и по внешнему виду напоминает цветную капусту. Инвертированная и перходно-клеточная папиломы иходят из слизистой оболочки глубоко расположенных отделов полости носа, чаще располагаются на боковой стенке. Поверхность такой опухоли гладкая, и при осмотре новообразование может быть принят за обыкновенный полип. Два последних типа папиломы способны разрушать мягкие ткани и костные стенки, проникая в околоносовые пазухи и даже за их пределы. Инвертированная и переходно-клеточная папилломы склонны к малигнизации, которая отмечается у 4-5% больных. Существует мнение, что малигнизация доброкачественных опухолей, в том числе и папиллом, способствует облучение.

Лечение хирургическое. После удаления грибовидной папилломы производится криовоздействие или электрокоагуляция исходного места опухоли. Инвертированная и переходно-клеточная папилломы удаляются с использованием доступа по Денкеру а при необходимости и по Муру, при этом следует стремиться к полному удалению опухоли.

Сосудистые опухоли полости носа (гемангиомы капиллярная и кавернозная, лимфангиомы) встречаются относительно редко, paзвиваются на перегородке носа, нижних носовых раковинах, в области свода полости носа. Растут они медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнять полость носа, прорастать в решетчатый лабиринт, глазницу и верхнечелюстную пазуху, чаще имеют вид округлой бугристой синюшной опухоли. Следует иметь в виду, что гемангиомы, располагающиеся на латеральной стенке полости носа, имеют повышенную склонность к малигнизации. Лечение хирургическое - удаление опухоли вместе с подлежащей слизистой оболочкой.

Остеома доброкачественная опухоль, исходящая из костной ткани и отличающаяся медленным ростом. Чаще располагаются в лобных пазухах и решетчатой кости, реже в верхнечелюстных пазухах.

Остеомы маленьких размеров часто остаются незамеченными и обнаруживаются случайно на рентгенограмме околоносовых пазух. При отсутствии функциональных, косметических и иных нарушений нет основании к немедленному хирургическому лечению остеомы.

В таком случае проводится длительное наблюдение; заметный рост остеомы является показанием к ее удалению. Следует отметить, что иногда маленькие остеомы, особенно на церебральной стенке лобной пазухи, являются причиной упорной головной боли. После исключения других причин такой головной боли показано удаление такой остеомы. Иногда остеомы достигают больших размеров, могут распространяться в полость черепа, орбиту, деформировать лицевой скелет и являться причиной мозговых расстройств, головной боли, понижения зрения, нарушения носового дыхания и обоняния. Лечение хирургическое, производится радикальная операция на лобной пазухе с удалением новообразования. Остеомы средних и больших размеров, даже при отсутствии тяжелых симптомов, подлежат удалению.

# Доброкачественные опухоли глотки

Наиболее распространенными являются папиллома, ювенильная (юношеская) ангиофиброма и ангиома.

Папилломы обычно мягкие, чаще располагаются на нёбе и нёбных дужках, иногда на задней или боковой стенках глотки и язычной поверхности надгортанника и обычно мало беспокоят больного. Имеют характерный вид: серовато-розового цвета, на широком основании или на ножке.

Диагностика по внешнему виду опухоли и данным гистологического исследования трудностей не представляет.

Лечение заключается в удалении одиночных папиллом с последующей гальванокаустикой; возможно криовоздействие на участки папилломатозного перерождения. Иногда папилломы удаляют с помощью ультразвукового дезинтегратора, хирургического лазера. При рецидивированнии папиллом показано повторное удаление, после чего аппликации 30% проспидиновой мази на раневую поверхность ежедневно в течение 10-15 дней.

Юношеская (ювенильная) ангиофиброма - опухоль носоглотки, исходящая из ее купола или области крылонебной ямки, по гистологическому строению имеющая доброкачественный характер, однако по клиническому течению (деструирующий рост, сильные кровотечения, частые рецидивы после операции, прорастание в околоносовые пазухи и даже в полость черепа) проявляющее себя как злокачественное образование.

Ангиофиброма встречается чаще всего у юношей в возрасте 10- 18 лет. поэтому она называется юношеской; после 20 лет она обычно претерпевает обратное развитие. Считается, что фиброма носоглотки возникает из аномалийно отшнуровавшихся в эмбриональном периоде остатков мезенхимальной ткани в носоглотке. Строма фибромы состоит из разнообразно расположенных соединительнотканные волокон и очень большого количества кровеносных сосудов. Источником роста опухоли может быть тело клиновидной кости, глоточно-основная фасция и задние клетки решетчатой кости - это сфеноэтмоидалъный тип фибромы. Отсюда опухоль может прорастать в решетчатый лабиринт, клиновидную пазуху, полость носа, глазницу и верхнечелюстную пазуху. Если опухоль растет из области свода носоглотки, то это базальный тип фибромы, она может прорастать по направлению к ротоглотке. Когда фиброма начинается из области крыловидного отростка клиновидной кости она относится к птеригоомаксиллярному типу опухоли и может прорастать в ретромаксиллярное пространство, крылонёбную ямку, внутрь черепа, орбиту и полость носа. В соответствии с направлением роста фибромы возникает асимметрия типа, сдавливаются и деформируются окружающие костные и мягкие ткани, что может привести к смещению глазного яблока, нарушению кровоснабжения различных отделов мозга, сдавлению нервных образований.

Клиническая картина зависит от стадии распространения процесса. В практической работе удобна следующая классификация юношеских ангиофибром (Погосов В.С. и соавт.. 1987):стадия опухоль занимает носоглотку и (или) полость носа, костная деструкция отсутствует;стадия опухоль соответствует I стадии, распространяется в крыловидную ямку, околоносовые пазухи, возможна костная деструкция;стадия опухоль распространяется в глазницу, головной мозг;стадия опухоль соответствует III стадии, но распространяется в пещеристый синус, зрительный перекрест и гипофизарную ямку.

В начале заболевания больной отмечает небольшое затруднение носового дыхания, першение в горле, незначительные катаральные явления. В дальнейшем дыхание через одну половину носа полностью прекращается и затрудняется через другую, нарушается обояние, появляется гнусавость, изменяется голос, лицо приобретает вид аденоидного. Наиболее тяжелый и часто встречаемый симптом - рецидивирующие носовые кровотечения, вызывающие анемию и ослабление организма. Опухоль может сопровождаться гнойным синуситом и средним отитом, что затрудняет своевременную диагностику.

При передней и задней риноскопии можно видеть округлую, гладкую или бугристую опухоль ярко-красного цвета, плотную при пальцевом исследовании пли при ощупывании зондом. Фиброма обычно заполняет носоглотку и может свисать в средний отдел глотки. При пальпации опухоль может обильно кровоточить, основание ее определяется в верхнем отделе носоглотки.

Диагностика. Осуществляется на основании отмеченных симптомов с учетом данных эндоскопического (в т.ч. с использованием фиброэндоскопа), рентгенологического, а в ряде случаев и ангиографического исследования. При определении распространения опухолевого процесса решающая роль принадлежит компьютерной томографии и ядерно-магнитно-резонансной томографии. Дифференцировать юношескую ангиофиброму следует с аденоидами, хоанальным полипом, папилломой, саркомой, раковой опухолью, аденомой. Окончательный диагноз устанавливается на основании биопсии, которая представляет определенные трудности и должна производиться только в условиях ЛОР-стационара. гдe имеются все условия для остановки кровотечения.

Лечение -только хирургическое и по возможности радикальное, так как возможны рецидивы. Учитывая быстрый рост опухоли, операция должна быть произведена как можно раньше. Вмешательство выполняется под наркозом; хирургические подходы эндооральныи, эндоназальный и трансмаксиллярный. Могут использоваться модификации радикальных операции по Муру, Денкеру. Вовремя операции обычно наблюдается сильное кровотечение, ввиду чего необходимо массивное переливание крови. Перед удалением опухоли часто производят перевязку наружной сонной артерии, что значительно уменьшает кровопотерю. В последнее время удаление ангиофибромы производят с применением эндоскопических методов, что значительно уменьшает травматичность операции

В послеоперационном периоде назначается инфузионная, гемостатическая, антибактериальная терапия; при необходимости лучевая дистанционная гамма-терапия. Во ВТЭК по месту жительства оформляется группа инвалидности в неоперабельных случаях

Прогноз при своевременном удалении опухоли благоприятный.

нос глотка ухо папиллома

# Доброкачественные опухоли гортани

Среди доброкачественных опухолей гортани наиболее распространенными являются папилломы и сосудистые опухоли.

Папиллома - доброкачественная фиброэпителиальная опухоль верхних дыхательных путей, представляющая собой одиночные или чаще множественные сосочковые выросты, приводящая к нарушению голосообразовательной и дыхательной функций, нередко рецидивирующая.

Этиологическим фактором папилломатоза является вирус папилломы человека из семейства паповавирусов. В настоящее время определено более 70 типов этого вируса, однако при папилломатозе чаще обнаруживают типы 6, 11 или их сочетание. Заболевание встречается у детей до 10-летнего возраста, но чаще всего на 2- 5 году жизни. Папиллома, как и ряд других доброкачественных опухолей, растет неравномерно: периоды интенсивного роста сменяются периодами относительного спокойствия. При половом созревании нередко наблюдается прекращение роста папиллом, однако если опухоль сохраняется у взрослого, то вероятность ее малигнизации резко возрастает и составляет 15- 20%.

Гистологически папилломы состоят из соединительнотканной стромы и многослойного плоского эпителия, четко отграниченные друг от друга базальной мембраной. В зависимости от количества соединительной ткани в строме опухоли различают твердые и мягкие папилломы. Папилломы обычно имеют широкое основание и тишь изредка небольшую ножку. Наиболее часто локализуются они в области комиссуры и передней трети голосовых складок. Из среднего отдела папилломатоз может распространяться на всю гортань и за ее пределы. По форме и виду поверхность папилломы напоминает тутовую ягоду или цветную капусту, цвет имеет обычно бледно-розовый, иногда с сероватым оттенком

Основными симптомами заболевания являются охриплость, доходящая до афонии, и постепенное затруднение дыхания, которое может перейти в удушье в результате обтурации просвета гортани опухолью.

Диагностика. Основывается на характерной эндоскопическом картине и результатах гистологпческого исследования биопсийного материала. Осмотр и манипуляции в гортани у детей выполняются под наркозом при прямой ларингоскопии у взрослых основным методом осмотра является непрямая ларингоскопия В настоящее время высокоинформативным методом исследования гортани является микроларингоскапия.

Лечение. Папилломы могуч быть удалены у взрослых под местной анастезией эндоларингеально при непрямой ларингоскопии, у детей - обязательно под наркозом с использованием прямой эндомикроларингоскопии с последующим гистологическим исследованием. Иногда при поражении всех отделов гортани не удается за один раз удалить опухоль полностью, поэтому вмешательство производится в несколько этапов. Следует стремиться к своевременному выполнению вмешательства в гортани до появления необходимости наложения трахеостомы, так как трахеальное канюленосительство способствует распространению папиллом на трахею и даже бронхи.

Эффективной оказалась ультразвуковая дезинтеграция папиллом, а также лазерная фотодеструкция, для проведения которой применяются хирургический СО2- лазер, ИАГ-неодимовый и ИАГ-гольмиевый лазеры. Отмечены высокая точность воздействия луча лазера, возможность удаления папиллом из трудно доступных отделов гортани, малая кровоточивость, хороший функциональный эффект.

С целью урежения рецидивов папилломатоза используется довольно значительный арсенал лечебных средств: проспидидии внутримышечно, внутривенно и местно в виде мази: препараты интерферона (реаферон, виферон, интрон-А); лейкомакс, заверон (ацикловир), дискретный плазмаферез и дp.

Ангиома - доброкачественная сосудистая опухоль гортани, формирующаяся из расширенных кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов, локализующаяся на поверхности голосовых, вестибулярных или черпалонадгортанных складках.

Ангиома растет медленно, обычно бывает единичная, небольших размеров. Цвет гемангиомы синюшный или красный; лимфангиома имеет бледно-желтую окраску. Гемангиомы могут быть диффузными и инкапсулированными.

Клинические проявления ангиомы зависят от локализации и распространенности опухоли. При локализации в верхнем отделе гортани беспокоит ощущение инородного тела, иногда покашливание. Постепенно, в течение нескольких лет, симптоматика нарастает, появляется охриплость, болезненность, а затем и примесь крови в мокроте. Если опухоль исходит из голосовой складки, то первым симптомом является постепенное изменение голоса от незначительной слабости до афонии. Нарушение дыхания характерно для крупных опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани.

Лечение ангиом хирургическое, чаще выполняется эндоларингиальным доступом. Следует учитывать возможность возникновени интраоперационного кровотечения. Распространенные гемангиомы удаляют при наружном доступе с предварительной трахеостомией.

# Доброкачественные опухоли уха

Среди доброкачественных новообразований наружного vxa редко встречается папиллома- опухоль эпителиального происхождения, располагающаяся обычно на коже наружного слухового прохода и на ушной раковине. Растет папиллома медленно, редко достигает больших размеров. Лечение хирургическое, диатермокоагуляция, крио- или лазерная деструкция.

Остеома локализуется в костном отделе наружного слухового прохода, развивается из компактного слоя задней, реже верхней или нижней стенок. Она может быть в виде экзостоза на тонкой ножке, распознавание и удаление которого обычно не представляет сложности. В других случаях это гиперостоз, имеющий широкое плоское основание, частично или полностью закрывающий просвет наружного слухового прохода: иногда гиперостоз располагается в области annulus tympanicus и даже распространяется на стенки барабанной полости. В этих случаях его хирургическое удаление осуществляется заушным доступом Возможен эндофитный рост остеомы в толщу сосцевидного отростка.

Гемангиома в области уха встречается нечасто. Наблюдаются преимущественно кавернозные инкапсулированные капиллярные (поверхностные и глубокие), ветвистые (артериальные и венозные) гемангиомы. Гемангиомы могу локализовываться в любом отделе уха, однако чаще они возникают в наружном ухе.Сосудистые опухоли среднего уха растут медленно, способны разрушать окружающие ткани и выходить далеко за пределы уха. Некоторые из них могут изъязвляться и сопровождаться интенсивным кроиотеченнием. Лечение хирургическое.

Из доброкачественных опухолей среднего уха заслуживает внимания хемодектома, развивающаяся из гломуспых телейц, содержащихся в слизистой оболочке барабанной полости и раполагающаяся по ходу нервных волокон и сосудов. Гломусные скопления локализуются в адвентиции верхней луковицы внутренней яремной вены и толще пирамиды височной кости. Если хемодектома развивается из гломусных телец барабанной полости, то субъективно она уже на ранней стадии проявляется пульсирующим шумом в ухе и снижением слуха; эти симптомы быстро нарастают. По мере роста хемодектома постепенно заполняет среднее хо и просвечивает через барабанную перепонку, затем может разрушить ее и в виде ярко-красного полипа появляется в наружном слуховом проходе. Следует отметить, что начальные признаки гемангиомы и хемодектомы барабанной полости во многом сходны, однако при гемангиомах отмечаются кровотечения из уха, для хемодектомы они не характерны. Опухоли способны разрушить костные стенки барабанной полости и распространиться на основание черепа или проникнуть в его полость. О распространении опухоли в полость черепа свидетельствует появление признаков раздражения мозговых оболочек и поражения IX, X и XI черепных нервов. Эти признаки появляются довольно рано, если опухоль первично возникает в области яремной ямки (из яремных гломусов).

При гемангиомах и хемодектомах описана положительная проба Брауна: повышение давления воздуха в наружном слуховом проходе сопровождается пульсацией опухоли, а больной при этом отменачает появление или усиление пульсирующего шума в ухе. При сдавлении сосудов на шее пульсирующий шум уменьшается или прекращается, при этом гемангиома иногда бледнеет, уменьшается в размер. Дополнительным методом диагностики указанных опухолей является селективная ангиография. Она позволяет уточнить границы опухоли,состояние яременной вены, выявить сосуды кровоснобжающие опухоль. Надежным методом диагностики является КТ и МРТ.

Лечение больных с доброкачественными опухолями среднего уха в основном хирургическое. Своевременное удаление этих новообразований рассматривать как эффективную меру профилактики их малигнизации. Операции по поводу хемодектом и гемангиом сопровождаются интенсивным кровотечением. Предварительная перевязка наружной сонной артерии и эмболизация мелких кровеносных сосудов для опухолей данной локализации оказались малоэффективными. Криовоздействие в ходе операции также не оправдало первоначальных надежд на возможность бескровного удаления опухоли. При опухолях, не выходящих за пределы барабанной полости, ограничиваются эндауральной тимпанотомией или аттикоантротомией. Если новообразование выходит в наружный слуховой проход, выполняется трепанация сосцевидного отростка.