

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В. Ф. Войно- Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра лор-болезней с курсом ПО

Зав. кафедрой: Д.м.н., профессор, Вахрушев С.Г.

Реферат на тему:

«Опухоли уха».

Выполнил: Ординатор, Карпусь В.И.

Проверил: К.м.н., асс. кафедры, Болдырева О.В.

Красноярск,

2018 год

Опухоли наружного уха

Доброкачественные опухоли наружного уха. Среди эпителиальных доброкачественных опухолей часто встречается папиллома на коже наружного слухового прохода и ушной раковины. Лечение – эксцизия, диатермокоагуляция, криодеструкция и лазерная деструкция.

Редкая опухоль из серных желез церуминома растет медленно, с выраженной тенденцией к малигнизации. Наблюдается у лиц старше 25 лет, похожа на полип в слуховом проходе, с инфильтрирующим, деструктивным ростом в барабанную полость, сосцевидный отросток, слуховую трубу, пирамиду височной кости, разрушая их, что выявляется на рентгенограммах височных костей. После удаления наступают рецидивы в 50% случаев при поражении кости и хряща, поэтому дополнительно проводят лучевую терапию.

Смешанные опухоли могут исходить из околоушной железы и распространяться на наружное ухо.

Из редких опухолей наружного слухового прохода бывают миксомы, миомы, лимфомы. Лечение хирургическое.

К неэпителиальным опухолям относятся хондрома, фиброма и остеома. Первые встречаются редко. Остеома наблюдается чаще в виде экзо- и гиперостозов слухового прохода. Экзостозы сбиваются эндаурально под основание плоским долотом.

Сосудистые опухоли встречаются в виде невуса, гемангиомы и лимфангиомы. Сосудистые невусы локализуются на ушной раковине и очень редко в слуховом проходе. Кавернозные гемангиомы чаще находятся в глубине кожи слухового прохода. Гемангиомы склонны к кровотечениям при небольших травмах. Лечение: склерозирующая терапия, электрокоагуляция, криодеструкция, лазеродеструкция, эксцизия и лучевая терапия.

Наблюдаются опухолевидные образования. К ним относятся кисты на передней поверхности ушной раковины и келоиды в области послеоперационных заушных рубцов и на мочке – в месте прокола для ношения серег.

Злокачественные опухоли наружного уха. Эпителиальный рак слухового прохода встречается в возрасте 50-60 лет. Вначале образуются грануляции, бугорок или язва на коже (I стадия), затем поражается хрящ (II стадия), а при дальнейшем развитии (III-IV стадия) опухоль распространяется на лицо, шею, среднее ухо, дает метастазы в регионарные лимфатические узлы и отдаленные метастазы.

Чаще наблюдается плоскоклеточный (неороговевающий и ороговевающий) рак, реже – базальноклеточный и еще реже – цилиндрома и аденокарцинома.

Плоскоклеточный рак чаще возникает в костной части слухового прохода. Растет медленно, но может прогрессировать. При изъязвлении опухоли появляются кровянистые, кровянисто-гнойные выделения. Распространение рака в барабанную полость вызывает тугоухость, а в хрящ – боли. Наблюдаются метастазы в регионарные лимфоузлы.

Базальноклеточный рак растет в основном в хрящевом отделе слухового прохода с изъязвлением кожи и поражением надхрящницы. Возможно распространение в барабанную полость, околоушную железу и лицевой нерв.

Цилиндрома растет медленно, рецидивирует, распространяется в височную кость, сосцевидный отросток и метастазирует в легкие. Аденокарцинома развивается из железистого эпителия серных желез, отличается быстрым ростом и частым метастазированием. Местные метастазы рака слухового прохода наблюдаются в шейных или преаурикулярных лимфоузлах, околоушной железе.

Для ранней диагностики при язвенном поражении делается цитологическое исследование, биопсия. Рентгенологическое исследование

позволяет установить распространение опухоли.

Лечение зависит от стадии опухоли, метастазов и ее гистологической структуры. В ранней стадии опухоли в хрящевой части слухового прохода хорошие результаты дает как лучевая терапия, так и радикальное удаление опухоли. При больших опухолях и опухолях в костной части слухового прохода производят расширенную радикальную операцию с резекцией наружного слухового прохода, барабанной перепонки и операции на сосцевидном отростке с удалением околоушной железы и шейных лимфоузлов. Отдельные отохирурги производят субтотальную резекцию височной кости. После операции осуществляется лучевая терапия. При базальноклеточном раке и цилиндромах производят более радикальные операции.

Редкая меланома встречается на ушной раковине, в наружном слуховом проходе и иногда в среднем ухе. Она быстро обтурирует слуховой проход и прорастает в барабанную полость. Дает ранние и частые метастазы в регионарные лимфоузлы, легкие, печень, костный мозг и др. Биопсия противопоказана из-за быстрой гематогеной диссеминации опухоли. Лечение комбинированное с возможно радикальным удалением опухоли.

Опухоли среднего уха

Доброкачественные опухоли среднего уха. К доброкачественным опухолям относятся фиброма и ангиома (с относительно медленным ростом, рецидивирующими кровотечениями), эндотелиома, остеома (сосцевидного отростка), остеобластомы сосцевидного отростка и пирамиды. Редко встречается истинная холестеатома в области чешуи височной кости, в сосцевидном отростке, иногда с распространением на барабанную полость и черепные ямки с отдавливанием мозга. Истинная (первичная) холестеатома представляет собой опухолевидный порок развития – эпидермоид. Она образует в кости полость с гладкими стенками, а вторичная холестеатома при хроническом эпитимпаните дает отростки в пневматические клетки сосцевидного отростка. Вследствие частого сочетания истинной холестеатомы с хроническим гнойным средним отитом дифференциальный диагноз с холестеатомой хронического эпитимпанита затруднителен. Хлорома височной кости служит проявлением лейкоза.

Злокачественные опухоли среднего уха. Эпителиальный рак среднего уха встречается реже, чем в наружном ухе. Нередко он развивается на фоне хронического гнойного среднего отита, осложненного полипами и грануляциями. Возраст больных – 50-60 лет. Чаше наблюдается плоскоклеточный, высокодифференцированный, ороговевающий, реже – аденокарцинома, цилиндрома и переходноклеточный рак.

Аденокарцинома исходит из серных желез, околоушной железы и желез слизистой оболочки барабанной полости. Цилиндрома среднего уха образуется из тубарной области, гипотимпанума и передней стенки барабанной полости.

Рак среднего уха имеет две формы: петромастоидальную (барабанная полость, антрум с вовлечением наружного слухового прохода) и тимпанотубарную (с распространением в наружный слуховой проход).

Ранним признаком рака являются тугоухость и гноетечение, с

появлением гнойно-кровянистых зловонных выделений, плотных полипов, кровоточащих грануляций. Больные принимают это за хронический гнойный средний отит и чаще обращаются к врачу только при сильных головных болях, болях в ухе, головокружении, нарастающей тугоухости и параличе лицевого нерва. Нередки параличи IX-XII черепных нервов и синдром Горнера при росте опухоли к яремному отверстию. Опухоль может распространяться во всех направлениях в полость черепа с поражением почти всех черепномозговых нервов, в носоглотку.

Первичные опухоли слуховой трубы являются цилиндрами, нередко без предшествующего хронического среднего отита, поэтому распознаются трудно.

Различают 4 стадии рака среднего уха.

I стадия – опухоль захватывает слизистую оболочку среднего уха.

II стадия – опухоль в виде папилломатоза области барабанного кольца, захватывающая кость.

III стадия – большая распадающаяся опухоль, вышедшая за пределы компактного слоя кости среднего уха, метастазы в регионарные лимфоузлы, доступные хирургическому удалению.

IV стадия – обширная распадающаяся опухоль с поражением верхушки пирамиды височной кости, распространяющаяся в височную ямку и носоглотку. Наличие метастазов в глубоких лимфатических узлах шеи, спаянных с внутренней сонной артерией, позвоночником или отдаленные метастазы.

Цитологическое исследование и биопсия способствуют диагностике. Рентгенография височных костей по Шюллеру, Майеру, Стенверсу и томография имеют значение в определении распространения опухоли и деструкции костей.

Дифференциальный диагноз проводят с хроническим гнойным средним отитом, гломусной опухолью, невриномой VIII нерва, фиброзной дисплазией височной кости. Часто опухоль распознается поздно, в III-IV

стадии.

Лечение комбинированное – хирургическое и лучевое. Производится расширенная радикальная операция на ухе и субтотальная резекция височной кости с дополнительным удалением пораженных тканей.

В височную кость могут метастазировать рак молочной железы, гипернефрома, рак предстательной и щитовидной желез, рак бронхов, которые часто протекают малосимптомно и являются находками на вскрытии.

Неэпителиальная опухоль – саркома встречается редко, в основном у людей молодого возраста, и поражает среднее ухо. Она часто возникает без предшествующего хронического гнойного среднего отита, растет быстро по направлению к верхушке пирамиды, затылочной кости, основанию черепа. Отмечается тугоухость, кровянистые выделения из уха, периферический паралич лицевого нерва, боли в ухе. Появляются ранние метастазы в легкие, кости и т.д. Иногда саркома поражает наружное и еще реже – внутреннее ухо.

Лечение лучевое или комбинированное.

К невrogenным злокачественным опухолям относятся очень редкая нейросаркома, меланома среднего уха, хордома, гранулоцитарная саркома, хлорома и эозинофильная гранулома.

Хордома растет из основания черепа к пирамиде, боковой цистерне моста и обуславливает соответствующие симптомы. Диагноз устанавливается при прорастании опухоли в среднее ухо или наружный слуховой проход с помощью биопсии. Рентгенологически определяется деструкция верхушки пирамиды и блоуменбахова ската.

Лечение комбинированное.

Гранулоцитарная саркома встречается очень редко. Поражает височную кость, иногда с носоглоткой, орбитой и полостью носа.

Хлорома отмечается преимущественно у мальчиков до 15 лет. Обладает деструктивным ростом, дает метастазы в печень, почки, легкие, сердце, лимфатические узлы, щитовидную и зобную железы. Клинически

протекает по типу острой лейкемии. Отмечаются боли в ухе, гноетечение зеленого цвета и тугоухость. Распространяется по костям во все отделы уха. Заболевание длится до нескольких месяцев с летальным исходом. Диагностируется на основании клиники и гистологического исследования.

Лечение – лучевая терапия, химиотерапия.

Эозинофильная гранулома – это не истинная опухоль, а ретикулоэндотелиоз (проявление гистеоцитоза). Редкое заболевание. Некоторые авторы относят ее к опухолям. Протекает как очаговый остеомиелитический костный процесс с локализацией в своде черепа (чаще лобной кости), ребрах, длинных трубчатых костях, костях таза. Височная кость является излюбленной локализацией ее. Чаще встречается у детей и молодых людей. При множественном поражении прогноз неблагоприятный. Отмечается гноетечение из уха, грануляции, полипы в слуховом проходе, тугоухость, нередко парез лицевого нерва, припухлость вокруг ушной раковины, иногда свищ, симптомы поражения внутреннего уха. В сосцевидном отростке или чешуе височной кости рентгенологически определяется костный дефект без реактивного склероза. Может разрушаться вся пирамида с поражением соответствующих черепно-мозговых нервов. Диагноз устанавливается на основании биопсии.

Лечение. Радикальная операция и лучевая терапия. При операции нередко выявляются желто-коричневые грануляции с обнажением твердой мозговой оболочки, сигмовидного синуса и лицевого нерва.

Доброкачественные неврогенные опухоли уха

К доброкачественным неврогенным опухолям уха относятся гломусная опухоль и невринома слухового нерва.

Гломусная опухоль (хемодектома, нехромафинная параганглиома среднего уха или гломерулоцитоматоз) занимает по частоте первое место среди доброкачественных опухолей среднего уха. Она развивается из гломусов

(клубочков), часто встречающихся образований по ходу барабанного нерва, ушной ветви блуждающего нерва, верхнего каменистого нерва, у находящихся в слизистой оболочке барабанной полости, адвентиции луковицы яремной вены. Гломусы величиной от 0,5 мм (чаще всего) до 2,5 мм имеют капсулу, состоят из многочисленных переплетенных капилляров и прекапилляров (артериовенозных анастомозов) и особых эпителиоидных или гломусных клеток. Иннервируются парасимпатическими нервами (языкоглоточным и блуждающим).

Гломусы среднего уха, из которых развиваются опухоли, являются нехромафинными, по-видимому, хемо- и барорецепторами. Опухоли не отличаются по своей структуре от обычных гломусов. Они бывают различной величины, очень васкуляризированы. Опухоль, исходящая из барабанной полости, постепенно выпячивает барабанную перепонку и прорастает в наружный слуховой проход. Она вызывает деструкцию в барабанной полости, ведущую к тугоухости и параличу лицевого нерва, может прорасти в яремную ямку, вызывая ее деструкцию и параличи IX, X и XI черепных нервов (синдром заднего отверстия Гарсена), иногда прорастает в полость черепа, заднюю черепную ямку с соответствующими симптомами. Опухоль растет медленно, но имеет инфильтративный характер, часто дает кровотечения. Малигнизация и метастазирование очень редки.

Клиника. Гломусная опухоль возникает в 5 раз чаще у женщин в возрасте 30-50 лет. Опухоль среднего уха (барабанной полости) проявляется пульсирующим ушным шумом, тугоухостью (чаще кондуктивной), красноватым новообразованием, просвечивающим через барабанную перепонку. Затем появляется гиперемия, выпячивание барабанной перепонки, сглаживание опознавательных пунктов, нарастание тугоухости вплоть до глухоты. Бывают боли в ухе. При прорыве в наружный слуховой проход опухоль имеет вид серого, серо-красного или темно-багрового полипа, кровоточащего при дотрагивании. Иногда появляется периферический паралич VII нерва, нарушение вкуса в передних двух третях

языка. Распространяется чаще в сосцевидный отросток, пирамиду височной кости, полость черепа, яремную ямку с поражением IX-XII черепных нервов и редко – в лабиринт, слуховую трубу. При прорастании в полость черепа присоединяется гипертензионный синдром. Опухоль яремного гломуса (из луковицы яремной вены) чаще разрушает купол яремной вены и прорастает в барабанную полость, через яремное отверстие в заднюю черепную ямку, а иногда в просвет внутренней яремной вены. Поражаются IX-XII черепные нервы, а также V и VII. При распространении в барабанную полость отмечаются вышеописанные симптомы. Первыми симптомами опухоли пирамиды являются поражение V и VII нервов. Ушные симптомы (отоскопические, кохлео-вестибулярные) присоединяются позднее, как и симптомы поражения средней черепной ямки (IX-XII черепных нервов) с повышением черепного давления.

Диагностика в ранней стадии затруднена. Обращается внимание на кондуктивную тугоухость и пульсирующий шум в ухе, изменение цвета барабанной перепонки, выпячивание ее. Ценные сведения получают при импедансной аудиометрии. Тимпанограмма типа В свидетельствует об отсутствии подвижности барабанной перепонки. Давление в барабанной полости не определяется, вершина тимпанограммы низкая, а форма – плоская. Акустический рефлекс не регистрируется. Наблюдаются пульсовые колебания барабанной перепонки синхронно пульсу. До прорыва опухоли в слуховой проход большое значение имеют рентгенологические исследования височных костей по Шюллеру, Майеру, Стенверсу, Шоссе II, IV, томография в прямой и аксиальной проекциях. Показаны компьютерная или магнитно-резонансная томографии, ретроградная югулография. На снимках определяется деструкция кости и распространение опухоли. Диагностику способствует дигитальная субтракционная каротидная ангиография. Биопсия из-за кровотечения часто производится во время операции. Дифференциальный диагноз проводят с хроническим гнойным средним отитом, осложненным полипом, другими опухолями (особенно сосудистыми,

злокачественными среднего уха и основания черепа, невриномой VIII нерва, аневризмой ветвей наружной сонной артерии и др.).

Лечение. При небольших опухолях барабанной полости производят тимпанотомию с удалением новообразования. Если опухоль барабанной полости прорастает в слуховой проход, антрум, сосцевидный отросток, то делают эндауральную мастоидальную операцию, а при необходимости – радикальную операцию. При распространении опухоли в область луковицы яремной вены ее удаляют с помощью гипотермии после перевязки наружной сонной артерии, внутренней яремной вены и обнажения гипотимпанума. При более распространенных опухолях производятся нейрохирургические операции с лучевой терапией. Возможны так же внутриопухолевые инъекции в наружном слуховом проходе 10% раствора гидрохлорида хинина 0,5 мл до 20 инъекций. При распространении опухоли на канал сонной артерии применяют замораживание с помощью криохирургического зонда Купера. Гломусные опухоли надо диагностировать и удалять в ранней стадии.

Невринома VIII нерва относится к доброкачественным неврогенным опухолям мостомозжечкового угла с неблагоприятным клиническим течением. Она исходит из клеток шванновской оболочки вестибулярной порции VIII нерва от дна внутреннего слухового прохода до входа в продолговатый мозг. Чаще встречается у лиц 30-60 летнего возраста. На ее долю приходится 6% от всех внутричерепных опухолей и 35% - от опухолей задней черепной ямки. В 2-3% случаев невринома бывает двусторонней. Растет медленно.

Различают три стадии заболевания.

Первая стадия развития – отиатрическая (опухоль до 1,5 см) характеризуется кохлео-вестибулярными симптомами: постоянным шумом в ухе, сенсоневральной тугоухостью, тонально-речевой диссоциацией (нарушается разборчивость речи при относительной сохранности тонального слуха), изредка болями в ухе или головной болью, легкими нарушениями

статического равновесия, некоторой неуверенностью походки, головокружением.

Камертональные опыты Ринне и Федеричи положительные. Тональная аудиограмма имеет горизонтальный, а затем нисходящий характер, преимущественно в области высоких частот, с отсутствием костно-воздушного интервала. Отмечается повышение уровня слухового дискомфорта, отсутствие латерализации звуков слышимого диапазона в опыте Вебера при наличии латерализации ультразвуков в здоровое ухо. ФУНГ не выявляется, увеличивается время обратной адаптации до 15 мин, порог ее сдвинут до 30-40 дБ (в норме 0-15 дБ). При импедансометрии отмечается распад акустического рефлекса стремени. В норме в течение 10 с амплитуда рефлекса остается постоянной, либо уменьшается до 50%. Полураспад рефлекса в течение 1,5 с считается патогномичным для невриномы VIII нерва. Рефлекс стремени (ипси- и контралатеральный) может не вызываться при стимуляции пораженной стороны. Отоакустическая эмисия (ОАЭ) не регистрируется на стороне поражения. При аудиометрии по слуховым вызванным потенциалам удлинен межпиковый интервал I и V КСВП. При больших опухолях КСВП не вызывается.

Больные плохо разбирают слова во время телефонного разговора, отмечается сильное утомление слуха. У 75% пациентов имеется хроническое нарушение статического равновесия с неустойчивостью при ходьбе, горизонтальный спонтанный нистагм в здоровую сторону. При калорической и вращательной пробах часто наблюдается выраженная асимметрия нистагма.

На рентгенограммах височных костей по Стенверсу может отмечаться расширение внутреннего слухового прохода. На компьютерных и магнитно-резонансных томограммах определяется опухоль VIII нерва. Большей разрешающей способностью в диагностике невриномы обладает магнитно-резонансная томография, особенно в сочетании с введением контрастных веществ, повышающих информативность изображения.

Вторая стадия – отоневрологическая (опухоль от 1,5 до 4 см) характеризуется головной болью, усилением тугоухости, статокINETических расстройств, односторонними мозжечковыми симптомами, отсутствием калорического нистагма на стороне поражения, нарушением функции тройничного нерва (парестезии, снижение или отсутствие роговичного рефлекса), парезом отводящего нерва (сходящееся косоглазие и диплопия). Отмечается повышение порогов акустического рефлекса и ускоренный распад его. Появляется крупноразмашистый спонтанный нистагм в сторону больного уха (мозжечковый). При поражении лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе наблюдается периферический парез мимических мышц, угнетение слезоотделения и слюноотделения. За счет сдавления n.intermedius (XIII пара), идущего вместе с лицевым нервом, нарушается вкусовая чувствительность к сладкому и соленому на передних двух третях языка. Отмечается головная боль в области затылка (начальные явления внутричерепной гипертензии). В этой стадии имеет место деструкция внутреннего слухового прохода и белково-клеточная диссоциация в ликворе.

Третья стадия – нейрохирургическая (опухоль от 4 до 6 см и более) проявляется резкой тугоухостью, вплоть до глухоты, выпадением вестибулярной функции. Присоединяются симптомы поражения мозжечка, пирамидной системы и выраженная внутричерепная. Наряду с поражением лицевого, промежуточного и отводящего нервов чаще наблюдается нарушение функции тройничного и отводящего нервов в мостомозжечковом углу. В дальнейшем развиваются бульбарные расстройства, поражение многих черепномозговых нервов, в том числе нарушение зрения вплоть до слепоты, паралич взора, расстройство глотания, фонации, понижение обоняния. Развивается выраженная гидроцефалия. СтатокINETическая функция нарушена по центральному типу с диссоциацией и дисгармонизацией реакций.

Для отиатров представляет особый интерес первые две стадии невриномы, когда при своевременной диагностике и хирургическом лечении

можно предотвратить дальнейшее распространение опухоли. При первичной диагностике односторонней сенсоневральной тугоухости необходимо обязательно исключить невриному с помощью самых современных методов диагностики.

Дифференцируют невриному с болезнью Меньера, арахноидитом мостомозжечкового треугольника и тугоухостью различного генеза при целой барабанной перепонке.

Лечение хирургическое. Наиболее благоприятные исходы при I и II стадиях опухоли. Нейрохирургические подходы к невриноме осуществляются через заднюю и среднюю черепные ямки, а отиатрический доступ – транспирамидный через сосцевидный отросток, височную кость к внутреннему слуховому проходу. Отиатрический метод является более щадящим.

Литература:

1. Оториноларингология: учебник / Под ред. И.Б. Солдатов, В.Р. Гофмана. – СПб: ЭЛБИ, 2000. – 448 с.;
2. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. М.: Медицина, 1981;
3. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. – 2-е издание, переработанное и дополненное – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1024 с. – (Серия «Национальные руководства»).