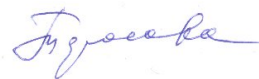


ФГБОУ ВО ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
университет МЗ России
кафедра оториноларингологии

Утверждаю
Заведующий кафедрой оториноларингологии



Тарасова Н.В.
1.09.2025

Порядок организации самостоятельной работы обучающихся

**Тема : Инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха.
Неинфекционный некротический гранулематоз (гранулематоз Вегенера).
Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). (13 часов).**

Волгоград 2023

Цель:

1. Научиться диагностировать специфические гранулемы верхних дыхательных путей и уха (туберкулез, сифилис, склерома), гранулематоз Вегенера и СПИД.
2. Научиться проводить лечение больным туберкулезом, сифилисом, склеромой ВДП и уха, гранулематозом Вегенера и СПИДом.

План:

1. Этиология и патогенез специфических заболеваний ЛОР органов.
2. Диагностика туберкулеза, сифилиса и склеромы ВДП и уха.
3. Клинические проявления специфических заболеваний ЛОР органов.
4. Методы лечения специфических заболеваний ЛОР органов.
5. Этиология, диагностика и лечение гранулематоза Вегенера.
6. Этиология, диагностика и лечение ЛОР патологии у больных СПИДом.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Хронические инфекционные гранулемы уха составляют группу заболеваний, характеризующихся рядом общих признаков, а именно: 1) наличием специфических возбудителей; 2) хроническим течением и 3) образованием гранул и инфильтратов.

Туберкулез

Туберкулёз (от лат. *tuberculum* - бугорок) - широко распространённое в мире инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий, как правило, *Mycobacterium tuberculosis* (палочка Коха). Туберкулёз обычно поражает лёгкие, реже затрагивая другие органы и системы. *Mycobacterium tuberculosis* передаётся воздушно-капельным путём при разговоре, кашле и чихании больного. Чаще всего после инфицирования микобактериями заболевание протекает в бессимптомной, скрытой форме (тубинфицированность), но примерно один из десяти случаев скрытой инфекции в конце концов переходит в активную форму.

Классические симптомы

Туберкулёза лёгких длительный кашель с мокротой, иногда с кровохарканьем, появляющимся на более поздних стадиях, лихорадка, слабость, ночная потливость и значительное похудение. Диагностика основана на флюорографии и рентгенографии поражённых органов и систем, микробиологическом исследовании различного биологического материала, кожной туберкулиновой пробе (реакции Манту), а также методе молекулярно-генетического анализа (метод ПЦР) и др. Лечение сложное и длительное, требующее приёма препаратов в течение минимум шести месяцев. Лица, контактировавшие с больным, обследуют флюорографически или с помощью реакции Манту, с возможностью назначения профилактического лечения противотуберкулёзными препаратами.

Заметные сложности в лечении туберкулёза возникают при наличии устойчивости возбудителя к противотуберкулёзным препаратам основного и, реже, резервного ряда, которая может быть выявлена только при микробиологическом исследовании. Устойчивость к изониазиду и рифампицину также может быть установлена методом ПЦР. Профилактика туберкулёза основана на скрининговых программах, профосмотрах, а также на вакцинации детей вакциной БЦЖ или БЦЖ-М.

Существует мнение, что *M. tuberculosis* инфицирована примерно треть населения Земли, и примерно каждую секунду возникает новый случай инфекции.

Доля людей, которые заболевают туберкулёзом каждый год во всем мире, не изменяется или снижается, однако из-за роста численности населения абсолютное число новых случаев продолжает расти. В 2007 году насчитывалось 13,7 миллионов зарегистрированных случаев хронического

активного туберкулёза, 9,3 миллиона новых случаев заболевания и 1,8 миллиона случаев смерти, главным образом в развивающихся странах. Распространение туберкулёза неравномерно по всему миру, около 80 % населения во многих азиатских и африканских странах имеют положительный результат туберкулиновых проб, и только среди 5-10 % населения США такой тест положителен. По некоторым данным, на территории России тубинфицированность взрослого населения приблизительно в 10 раз выше, чем в развитых странах.

Устаревшее название туберкулёза лёгких - чахотка (от слова чахнуть). В качестве названия туберкулёза почек и некоторых других внутренних паренхиматозных органов (печени, селезенки), а также желёз (например, слюнных) ранее использовалось слово «бугорчатка». Для человека заболевание является социально зависимым. До XX века туберкулёз был практически неизлечим. В настоящее время разработана комплексная программа, позволяющая выявить и вылечить заболевание на ранних стадиях его развития.

Туберкулез верхних дыхательных путей.

Туберкулез полости рта и верхних дыхательных путей чаще бывает вторичным. Пути заражения туберкулезными бактериями этих органов следующие:

спутогенный (мокротный);

лимфогенный;

гематогенный.

Патоморфологически различают две формы поражения: инфильтрат и язву. Инфильтрат бывает ограниченным и диффузным, редко опухолевидным. Туберкулезная язва обычно неправильной формы, неглубокая, с неровными краями, на дне ее - бледная грануляционная ткань. В зависимости от фазы воспалительного процесса возникают инфильтрация, распад, обсеменение и далее уплотнение, обызвествление и рассасывание.

Туберкулез носа первоначально чаще локализуется в передних отделах полости носа - в преддверии, на перегородке, слизистой оболочке носовых раковин.

В начальной стадии заболевания наблюдаются обильные выделения из носа, образование корок и ощущение заложенности. Появляется узелковый инфильтрат, сравнительно быстро изъязвляющийся, нередко с

формированием перфорации хрящевой части перегородки носа. При распаде инфильтратов и образовании язв наблюдается гнойное отделяемое с примесью крови. Риноскопически язвы определяются как дефект слизистой оболочки, на дне которого расположены вялые грануляции.

Диагностика не представляет затруднений при наличии у больного туберкулезного поражения легких, гортани, суставов. Дифференцировать необходимо с сифилитическим поражением носа (третичный сифилис). Для сифилиса характерно поражение не только хрящевого отдела перегородки носа, но и костного; при сифилисе возможно также поражение носовых костей (седловидный нос), что сопровождается выраженными болевыми ощущениями в области спинки носа. Определенную помощь в дифференциальной диагностике оказывает серологическая реакция Вассермана, реакция Пирке у детей. Инфильтрат в полости носа может иметь форму опухоли (туберкулема); для дифференцирования его с опухолевым (саркоматозным) процессом выполняются биопсия и гистологическое исследование.

Туберкулезные поражения в глотке разнообразны: от поверхностных ограниченных язвочек с незначительной инфильтрацией до обширного бугристого папилломатозного вида инфильтрата с характерными язвами. При язве появляется патогномоничный признак - резкая болезненность при глотании не только твердой пищи, но и воды. Присоединение вторичной инфекции приводит к возникновению неприятного гнилостного запаха изо рта. Туберкулезные язвы располагаются в основном на нёбных дужках и на слизистой оболочке задней стенки глотки, имеют неровные фестончатые подрытые края и бледно-розовую окраску; поверхность их довольно часто покрыта гнойным налетом, под которым определяются бледные, вялые грануляции. Язвы могут увеличиваться в размерах, захватывая большие участки слизистой оболочки, распространяясь в глубину.

Диагностика. В начале заболевания поставить диагноз относительно трудно. В первую очередь необходимо обращать внимание на состояние легких как место первичной локализации. Данное заболевание следует дифференцировать с сифилисом, раком. В более поздней стадии диагноз ставят на основании клинической картины, реакции Пирке, микроскопического исследования грануляций из области язвы и данных общего обследования больного.

Туберкулез гортани

Туберкулез гортани - наиболее частая локализация туберкулезного процесса в верхних дыхательных путях. Инфицирование гортани туберкулезными микобактериями происходит гематогенным, лимфогенным либо контактным путем, когда выкашливаемая мокрота прилипает к слизистой оболочке гортани и мацерирует ее, вследствие чего инфекция проникает в подслизистый слой. В развитии туберкулезного процесса в гортани различают три стадии:

образование инфильтрата;

формирование язвы;

поражение хрящей.

Поражаются обычно задние отделы гортани: межчерпаловидное пространство, черпаловидные хрящи и прилежащие к ним участки голосовых складок. Инфильтрация проявляется утолщением слизистой оболочки, появлением бугорков, похожих на папилломы. При дальнейшем развитии процесса образуется туберкулема с последующим изъязвлением. Неблагоприятное течение заболевания и присоединение вторичной инфекции сопровождается вовлечением в процесс надхрящницы и хряща.

Клиническая картина. Характерны жалобы на боль при глотании, которая наиболее выражена при локализации процесса на черпаловидном хряще, в области надгортанника и на черпало-надгортанных складках. Голосовая функция бывает нарушена при поражении голосовой и вестибулярной складок и межчерпаловидного пространства. При образовании инфильтратов в подголосовом пространстве иногда наблюдается нарушение дыхания. Ларингоскопическая картина при туберкулезе гортани соответствует стадии развития процесса. Вначале появляется гиперемия и инфильтрация на отдельных участках голосовых складок, преимущественно в задних отделах. Затем инфильтрат изъязвляется, в результате образуется язва с бледно-серым дном. Возможно краевое изъязвление голосовых складок, в этом случае края их неровные, как бы изъеденные. Также частой локализацией туберкулезного процесса является межчерпаловидное пространство, в котором формируются инфильтраты с сосочковыми разрастаниями грануляций, достигающие больших размеров и имеющие вид опухолей - туберкуломы, вдающейся в голосовую щель. Вестибулярные складки при развитии туберкулезных инфильтратов приобретают подушкообразную форму, поверхность их гладкая или бугристая. При распаде инфильтратов образуются глубокие изъязвления.

Пораженный туберкулезным процессом надгортанник резко увеличивается и в виде опухоли с отечной слизистой оболочкой нависает над входом в гортань.

Типичные туберкулезные язвы, прогрессируя, углубляются и поражают надхрящницу и хрящ. Однако некроз и секвестрация хрящей гортани являются редким осложнением туберкулеза гортани. Следует учитывать, что туберкулезный процесс в гортани у больного легочным туберкулезом протекает значительно тяжелее, чем при другой локализации основного очага. При ликвидации туберкулезного процесса в гортани (обычно в стадии инфильтрации) восстанавливается и голосовая функция.

Диагностика. Для туберкулезного ларингита характерно одностороннее поражение, гиперемия или инфильтрация голосовой складки. Однако при такой картине возможен и опухолевый процесс. В таких случаях основой дифференциальной диагностики являются результаты биопсии. При неспецифическом воспалении гортани обычно наблюдается двустороннее ее поражение, которое бывает и при сифилитическом поражении гортани.

Причинами позднего распознавания туберкулеза гортани может быть недооценка отоларингологом и фтизиатром данных анамнеза и ранних субъективных признаков, характерных для специфического поражения, а также несвоевременное проведение исследования мокроты на микобактерии туберкулеза и рентгенологического исследования органов грудной клетки. При необходимости выполняется биопсия из участка поражения гортани.

Лечение. Общее и местное. Наиболее эффективны и считаются обязательными составляющими курса химиотерапии изониазид и рифампицин; также применяются пиразинамид, этамбутол, стрептомицин, флоримицин, циклосерин. Наилучший эффект дает комбинированное применение этих препаратов. ПАСК назначают редко ввиду низкой противотуберкулезной активности препарата. Назначаются также щадящий общий режим, полноценное питание. Основой местного лечения является прижигание инфильтратов и язв различными кислотами (трихлоруксусная кислота, 80% молочная кислота и др.). Применяют 10-20% мазь из пирогалловой кислоты. Положительный эффект дает облучение пораженного участка слизистой оболочки кварцем через тубус.

Назначают частые полоскания ротоглотки теплым отваром ромашки, шалфея или перекисью водорода. С целью уменьшения болевых ощущений при глотании следует применять смазывание язвенных поверхностей мазью с анестезином. Пища должна быть теплой, жидкой, не раздражающей.

При поражении гортани и выраженной болевой симптоматике, показана новокаиновая блокада верхнегортанного нерва или внутрикожная новокаиновая блокада (по А.Н. Вознесенскому), вагосимпатическая блокада по А.В. Вишневскому.

Туберкулез уха

Туберкулез ушной раковины встречается редко и проявляется обычно в виде сизоватого узелка на ушной мочке, четко отграниченного от здоровой кожи. Кожа в дальнейшем изъязвляется. Подозрение на специфический характер поражения возникает при наличии легочного туберкулеза или другого первичного очага, так как процесс на ушной раковине является вторичным и возникает гематогенным путем. Диагноз подтверждается при помощи биопсии (типичные бугорки, гигантские клетки, мелкоклеточная инфильтрация, творожистый распад). Волчанка ушной раковины иногда наблюдается при переходе процесса с пораженных частей лица.

Туберкулез среднего уха встречается редко, возникает обычно при гематогенном диссеминированном туберкулезе легких. В раннем детском возрасте возможно поражение сосцевидного отростка без предшествующего воспаления в барабанной полости. В развитии туберкулезного среднего отита важная роль принадлежит вторичному инфицированию гноеродными микроорганизмами.

При поражении барабанной перепонки в толще ее возникают изолированные очаги в виде бугорков, распад которых ведет в дальнейшем к образованию множественных перфораций. Распространение процесса на кость приводит к разрушению костной ткани.

Клиническая картина туберкулезного отита характеризуется своеобразием и отличается от неспецифического воспаления среднего уха. Начало заболевания обычно безболезненное, с образованием множественных перфораций барабанной перепонки, которые сливаясь приводят к быстрому ее распаду. Лишь в редких случаях прободение барабанной перепонки может быть единичным. Выделения из уха сначала скудные, затем становятся обильными с резким гнилостным запахом. При вовлечении в процесс височной кости возникают обширные некрозы в барабанной полости и сосцевидном отростке с обильными гнойными зловонными выделениями и резким снижением слуха, при этом наблюдается распространенный кариес кости, образование секвестров и симптомы пареза или паралича лицевого нерва .

Лечение. Активное общее противотуберкулезное лечение проводится в соответствии с рассмотренными выше принципами. При наличии кариозно-грануляционного процесса в ухе производится общеполостная saniрующая операция на ухе, как правило, на фоне общей противотуберкулезной терапии. В послеоперационном периоде местно применяют противотуберкулезные препараты.

Прогноз при туберкулезном поражении верхних дыхательных путей и уха обычно благоприятный: в большинстве случаев при успешном лечении основного заболевания наступает выздоровление. Профилактика заключается в предупреждении и своевременном рациональном лечении туберкулеза легких.

Волчанка верхних дыхательных путей Это разновидность туберкулезного процесса с характерными изменениями со стороны кожи и слизистой оболочки. Заболевание встречается редко, бывает главным образом у детей в возрасте от 5 до 15 лет, нередко сочетается с другими туберкулезными поражениями. Течение медленное, безболезненное, характерна склонность к рубцеванию.

Клиническая картина. В области кожи щек, носа, губы, слизистой оболочки полости носа, глотки и реже гортани появляются безболезненные узелковые высыпания коричневато-розовой окраски. Сливаясь, бугорки образуют инфильтраты зернистого вида серо-желтого или красного цвета. В редких случаях наблюдается изъязвление инфильтрата, при этом язва бывает покрыта серовато-белыми или красными вялыми, легко кровоточащими грануляциями. При рубцевании этих язв, как правило, одновременно по периферии образуются новые узелки. Процесс рубцевания изъязвленных инфильтратов приводит к образованию в области кончика и крыльев носа дефектов, обезображивающих лицо. Аналогичная картина наблюдается при образовании рубцов в области перегородки носа и переднего отдела свода носа. При рубцевании язв в глотке возникают рубцовые деформации мягкого нёба, в частности язычка; образование рубцов на задней стенке глотки в некоторых случаях приводит к развитию дисфагических явлений. В гортани волчаночные инфильтраты чаще поражают надгортанник, при этом разрушается его хрящевой остов и на месте надгортанника образуется рубцовый валик. Если процесс распространяется на черпало-надгортанные складки, возможно сужение входа в гортань за счет инфильтратов и рубцов

Диагностика основывается на анамнезе, данных эндоскопии гистологического исследования инфильтратов.

Лечение аналогично лечению туберкулеза верхних дыхательных путей. Косметические дефекты наружного носа и лица могут быть устранены пластическими операциями после излечения от туберкулеза.

Склерома

Склерома - эндемическое заболевание, распространенное в основном на Западной Украине, в Западной Белоруссии и примыкающих к ним областях, в

России встречается редко. Склерома относится к хроническим заболеваниям, при которых поражается преимущественно слизистая оболочка верхних

дыхательных путей. Заболевание обычно развивается в молодом возрасте. Возбудителем склеромы считают палочку Фриша-Волковича. Патоморфологическим субстратом этого заболевания является инфильтрат, состоящий из фиброзной соединительной ткани с большим количеством плазматических клеток и сосудов. Среди этих клеток - специфические для склеромы клетки Микулича, палочки Фриша-Волковича, включенные в вакуоли клеток Микулича. Кроме того, в инфильтрате обнаруживают гиалиновые шары фуксикофильные (русселевские) тельца.

Клиническая картина. В течение склеромы различают три стадии: 1) узелково-инфильтративную; 2) диффузно-инфильтративную, или специфическую; 3) рубцовую, или регрессивную. В некоторых случаях наблюдается так называемая атрофическая форма, характеризующаяся атрофией слизистой оболочки. Одним из признаков склеромных инфильтратов является отсутствие их изъязвлений. Инкубационный период заболевания очень длительный. Начало болезни характеризуется атрофией слизистой оболочки, на которой засыхает густая вязкая слизь в виде корок. На фоне такой картины видны отдельные инфильтраты. При склероме чаще всего поражается слизистая оболочка носа, поэтому жалобы больных в первых стадиях процесса сводятся к ощущению сухости в носу и его закладыванию. Однако через некоторое время появляется затрудненное дыхание через нос, затем возникают расстройства речи и глотания, иногда развивается деформация наружного носа.

При риноскопии инфильтраты имеют вид плоских или бугристых возвышений бледно-розового цвета, безболезненных при дотрагивании. В результате образования таких инфильтратов суживаются просвет полости носа, вход в нос, хоаны, просвет носоглотки, гортани, трахея в области бифуркации и

бронхи у разветвлений. Иными словами, склеромные инфильтраты возникают главным образом в местах физиологических сужений.

В более поздних стадиях на месте инфильтратов образуется плотная рубцовая ткань, которая стягивает окружающие ткани, что вызывает сужение различных участков дыхательного тракта. Возникновение инфильтратов в области глотки в конечном итоге приводит к деформации мягкого неба вследствие рубцевания, причем рубцовой тканью оно подтягивается кзади и кверху. При таком рубцевании в ряде случаев возможно почти полное заращение носоглотки.

Развитие склеромного процесса в гортани характеризуется образованием в подголосовом пространстве бледно-розовых бугристых инфильтратов, симметрично расположенных с обеих сторон. Значительно реже склеромные инфильтраты располагаются на голосовых и вестибулярных складках, гортанной поверхности надгортанника, его язычная поверхность поражается крайне редко.

В области голосовых складок наблюдается гомогенная инфильтрация с ограничением подвижности складок. При рубцевании симметричных инфильтратов в подголосовом пространстве образуются сращения, имеющие вид диафрагм. Одним из основных симптомов склеромы, развивающейся в области трахеи и бронхов, является кашель с трудно отхаркиваемой мокротой. По мере увеличения числа инфильтратов, их роста и образования рубцовой ткани возникает затруднение дыхания. При атрофической форме склеромы появляются корки, сухость и запах, напоминающий запах гнилых фруктов.

Диагностика. В типичных случаях при наличии соответствующих анамнестических данных установить диагноз нетрудно. Как правило, эндоскопическая картина весьма характерная. Определенную помощь в диагностике оказывает контрастное рентгенологическое исследование гортани, трахеи и бронхов с йодолиполом, а также трахеобронхоскопия. Необходимо выполнять серологические реакции Вассермана и связывания комплемента (со склеромным антигеном). Определенное место в диагностике занимает гистологическое исследование удаленного инфильтрата, в ткани которого обнаруживают палочки Фриша -Волковича и клетки Микулича. На слизистой оболочке верхних дыхательных путей наряду с инфильтратами выявляют рубцовую ткань. Склеромный процесс следует отличать от туберкулезного и сифилитического. Характерными признаками склеромы являются отсутствие изъязвлений инфильтратов и длительное течение.

Лечение. Возможно консервативное и хирургическое лечение. Консервативное -- стрептомицин по 500 000 ЕД внутримышечно 2 раза в сутки и 1 раз в сутки в трахею путем вливания гортанным шприцем (всего 60 80 г) и другие антибиотики (тетрациклин). Иногда выраженный эффект дает рентгенотерапия (суммарная доза 30 40Р).

Хирургическое лечение - симптоматическое, заключается в иссечении инфильтратов, рубцов и удалении их путем электрокоагуляции, лазерного воздействия, криодеструкции жидким азотом и т.д. При небольших стенозах иногда производят бужирование гортани.

Прогноз. В начальной стадии заболевания прогноз благоприятный, в более поздних стадиях серьезный, особенно при поражении трахеи и бронхов.

Сифилис верхних дыхательных путей.

Сифилис является хроническим инфекционным заболеванием, вызываемым бледной спирохетой. При сифилисе поражаются все ткани и органы человека, в том числе и ЛОР органы. Заражение происходит в результате проникновения бледной трепонемы через микроскопические повреждения слизистых оболочек и кожи; чаще встречается половой путь заражения, реже возможен вне половой (бытовой), в частности в результате заноса инфекции плохо дезинфицированными инструментами, ранее использованными при обследовании больного сифилисом.

Инкубационный период в среднем 3 недели, затем на месте внедрения инфекции появляется красноватое пятно или папула, которая в течение нескольких дней увеличивается и уплотняется - формируется первичный сифилид (твердый шанкр), в центре которого образуется язва. Через 5-7 дней после появления твердого шанкра увеличиваются регионарные лимфатические узлы; бледные трепонемы, интенсивно размножаясь, распространяются по всей лимфатической системе, в результате чего развивается полиаденит.

Сифилие носа бывает в виде твердого шанкра, вторичных и третичных проявлений. Твердый шанкр (первичный сифилис) носа встречается редко и может локализоваться у входа в нос, на его крыльях и на кожной части перегородки носа. При осмотре определяется гладкая безболезненная эрозия размером 0,2-0,3 см. красного цвета. Края эрозии имеют валикообразное утолщение, дно покрыто салным налетом, в основании пальпируется плотный инфильтрат.

Через 6-7 нед после развития твердого шанкра появляются признаки вторичного сифилиса - специфические сифилитические высыпания в виде розеолезных, папулезных и пустулезных образований на коже и слизистых оболочках. Вторичные сифилиды в области носа обнаруживаются в виде эритемы и папул. Эритема сопровождается припухлостью слизистой оболочки и появлением кровянисто-серозного или слизистого секрета. Папулезные высыпания появляются позже и локализуются на коже входа в нос, реже в полости носа. При распаде папул слизистый секрет постоянно раздражает язвенную поверхность и это препятствует заживлению. Появление у новорожденных и детей раннего возраста упорного насморка, сопровождающегося густыми выделениями, имеющими тенденцию к образованию корок, должно вызвать подозрение на врожденный сифилис.

Третичная форма сифилиса носа диагностируется чаще, чем две предыдущие, и характеризуется образованием диффузных инфильтратов или гуммы с распадом. Гумма может локализоваться в слизистой оболочке, кости, надкостнице и хряще, при этом происходит некроз костной ткани с образованием секвестров. Наиболее часто процесс при третичном сифилисе локализуется в костном отделе перегородки и дне носа. В последнем случае при распаде гуммы может возникнуть сообщение с полостью рта. В третичный период сифилиса характерен болевой синдром. Появляются сильные боли в носу, области лба и глазниц. При костном поражении к болевым ощущениям присоединяется зловонный запах, а в отделяемом из носа нередко обнаруживаются костные секвестры. Нос нередко приобретает седловидную форму.

Диагностика. Твердый шанкр преддверия носа следует дифференцировать с фурункулом. При фурункуле носа определяются ограниченные гнойнички с распадом в центре. Вторичный сифилис характеризуется появлением папул на губах, в области рта и заднего прохода. В третичной стадии развития процесса основой диагноза является серологическое исследование (положительная реакция Вассермана), учитывается также результат гистологического исследования. Необходимо помнить, что в начальный период первичного сифилиса серологические реакции отрицательны, вследствие чего он обозначается как серонегативный.

Сифилис глотки и гортани наблюдается как проявление общего заболевания организма и может возникнуть в любой стадии процесса. Твердый шанкр проявляется в виде эритематозной, эрозивной и язвенной форм. Процесс в

глотке, как правило, односторонний и сопровождается односторонним лимфаденитом регионарных лимфатических узлов.

Во второй стадии сифилиса поражение слизистых оболочек глотки и гортани чаще возникает одновременно и нередко сопровождается кожными высыпаниями в виде розеол и папул .

Вторичные сифилиды обычно не сопровождаются субъективными ощущениями, поэтому могут остаться незамеченными и больной продолжительное время является источником заражения.

Специфический процесс в нёбной миндалине отличается от банальной ангины нормальной или незначительно повышенной температурой, отсутствием болезненности при глотании. При фарингоскопии вторичный сифилис глотки характеризуется разлитой припухлостью на фоне гиперемии медно-красного цвета, которая распространяется на нёбные дужки, слизистую оболочку мягкого и твердого нёба. В гортани вторичная стадия проявляется в виде эритемы, симулирующей катаральный ларингит с вовлечением в процесс голосовых складок, черпаловидных хрящей и надгортанника. Возможно также образование папул с локализацией в различных отделах глотки и гортани. Папулы представляют собой серовато- белые высыпания округлой или овальной формы, возвышающиеся над поверхностью и окруженные по краю красной каймой. Такие высыпания, или бляшки, нередко с изъязвленной поверхностью располагаются на кончике и по краям языка, на слизистой оболочке щек и твердого нёба, на голосовых, вестибулярных, черпало-надгортанных складках и надгортаннике.

Третичный сифилис проявляется ограниченной гуммозной опухолью.

Гуммы в глотке локализуются в основном в области твердого и мягкого нёба, а в гортани - на надгортаннике, реже в межчерпаловидном пространстве и на вестибулярных складках. Располагаясь в подголосовой области, гумма приобретает вид симметричного инфильтрата, при ее распаде появляется язва с ровными краями и сальным дном, покрытая некротическим налетом. Присоединение вторичной инфекции сопровождается выраженной воспалительной реакцией с отеком, развитием флегмоны, хондроперихондрита.

Специфическое воспаление хрящей ведет к образованию эндоларингеальных свищей. При своевременном проведении лечения на месте гумм образуются плотные рубцы звездчатой формы, беловато-желтого цвета. Рубцевание может

привести в глотке к сращениям мягкого нёба с задней стенкой, а в гортани - к деформации и стенозу.

Жалобы больного в стадии образования гуммы зависят от ее размеров, локализации и вторичных реактивных процессов. Рубцы в глотке вызывают появление закрытой гнусавости, ухудшение слуха в результате поражения слуховых труб, нарушение носового дыхания и обоняния. Процесс в гортани сопровождается охриплостью или афонией, при развитии рубцового процесса появляется затруднение дыхания.

Диагностика. Поражение глотки и гортани сифилисом распознается на основании данных осмотра, положительной серологической реакции Вассермана, обнаружения в отделяемом язв папул бледной спирохеты.

При вторичном сифилисе глотки проводится дифференциация с катаральной, фолликулярной, язвенно-пленчатой ангиной, туберкулезом и лейкоплакией. Лейкоплакия - ограниченное уплотнение эпителия серовато-белого цвета, располагающееся на слизистой оболочке щек и языка, возникает в результате длительного воздействия неспецифических раздражителей (курение и т.п.). Третичный сифилис гортани следует дифференцировать с туберкулезом, злокачественной опухолью. В этом случае определенную помощь оказывает обследование больного на туберкулез, реакция Вассермана, гистологическое исследование кусочка ткани из пораженного участка.

Лечение при сифилисе специфическое, под наблюдением дерматовенеролога. Проводится этиотропная терапия препаратами пенициллина, макролидами, цефалоспорины; при поздних формах - препараты висмута (бийохинол, бисмоверол). Местно при поражении носа рекомендуется носовой душ раствором гидрокарбоната натрия, промывание полости носа 0,1% раствором перманганата калия. При поражении глотки применяют полоскание дезинфицирующими растворами перекиси водорода, отвара ромашки и др.

Деформация наружного носа может быть ликвидирована посредством пластических операций, которые производятся после полного излечения сифилиса. При появлении стеноза гортани проводится хирургическое вмешательство на трахее или гортани с целью восстановления дыхания.

Сифилис уха.

Вторичные проявления сифилиса (папулы и др.) могут наблюдаться на коже ушной раковины и слухового прохода наравне с поражением других участков кожи. Следует обратить внимание на возможность инфицирования носоглоточного отверстия евстахиевой трубы через ушной катетер, поэтому

предпочтительно пользоваться металлическими катетерами, которые перед употреблением следует стерилизовать путем кипячения.

Наибольшее значение при люэсе имеют поражения внутреннего уха.

Различают врожденные и приобретенные формы: при врожденной форме поражение нервного аппарата уха проявляется как один из поздних признаков и обнаруживается обычно к 1020 годам. В триаде Гетчинсона (особая форма зубов, паренхиматозный кератит и кохлеарный неврит) поражение слуха занимает по частоте первое место. Иногда наблюдается фистульный симптом. При отсутствии гнойного отита этот симптом обусловлен врожденным костным дефектом в лабиринтной капсуле (дегисценция). Поражение слуха обычно бывает двусторонним и достигает сильных степеней - вплоть до полной глухоты.

При приобретенном люэсе поражение внутреннего уха имеет место чаще во вторичном периоде. Наблюдаются остро протекающие формы, когда в течение 2 недель вначале легкие признаки перцептивной тугоухости прогрессируют до тяжелейших форм тугоухости и до полной глухоты включительно, часто при этом бывают некоторые признаки поражения вестибулярной функции. Иногда болезнь начинается приступом головокружения, сопровождающегося нистагмом, шумом в ушах и глухотой. При хронической форме больные жалуются на шумы в ушах и медленное нарастание тугоухости. Прогноз при этой форме в отношении слуха более благоприятен.

Характерным признаком для всех этих поражений является преобладание воздушной проводимости над костной. Иногда глухота наступает внезапно после применения сальварсана. Принято считать, что если поражение слухового нерва наступает очень скоро после инъекции, то это можно объяснить реакцией нервных стволов на сальварсан (гиперемия оболочек и серозное пропитывание нерва). Поздние же расстройства легче объяснить неполным излечением процесса. В таких случаях показано лечение другими антилюэтическими средствами (пенициллин). При метасифилитических поражениях (табес) примерно в 7% наблюдается дегенерация слухового нерва.

При сифилисе иногда наблюдается изолированное поражение одной только вестибулярной функции, что сказывается понижением или повышением рефлексов (нистагм, реакция отклонения) после калоризации и вращения. Нередко имеют место парадоксальные реакции, например выпадение после вращательного нистагма при сохранности калорического и т. д.

Диагноз ставится на основании симптомов и течения болезни. Большим подспорьем в диагностике служат серологические реакции и другие проявления сифилиса, а также эффективность пробного лечения.

При внезапно наступающей перцептивной глухоте всегда нужно помнить о возможности люэтической этиологии ее. Иногда симптомы бывают настолько характерными, что помогают диагностике нераспознанного люэса. Всегда следует иметь в виду, что специфическое лечение при расстройствах функций внутреннего уха тем эффективнее, чем оно раньше начато.

Гранулематоз Вегенера

Гранулематоз Вегенера - тяжелое общее заболевание из группы системных васкулитов, для которого характерно гранулематозное поражение в первую очередь верхних дыхательных путей, легких и почек.

Классификация

Различают локализованную и генерализованную формы гранулематоза Вегенера. При локализованной форме развивается язвенно-некротическое поражение ЛОР органов, гранулематоз орбиты или сочетанные процессы. При генерализованной форме наряду с гранулематозом верхних дыхательных путей или глаз у всех больных развивается гломерулонефрит, а также

возможно вовлечение сердечно-сосудистой системы, легких и кожи. Гранулематоз Вегенера может протекать остро, подостро и хронически, причем первичная локализация процесса не определяет дальнейшего течения заболевания. При остром варианте заболевание протекает злокачественно, при подостром - относительно злокачественно, а для хронического варианта характерно медленное развитие и длительное течение болезни.

Этиология. До настоящего времени этиология гранулематоза Вегенера остается не до конца ясной, однако большинство авторов склоняются к мнению, что это аутоиммунное заболевание. В развитии заболевания предполагается этиологическая роль вирусов (цитомегаловирус, вирусы герпеса), а также влияние генетической особенности иммунитета. Можно предположить существование определенной генетической предрасположенности. В пользу этого свидетельствует значительное повышение в крови больных гранулематозом Вегенера содержания антигена HLA-A8, ответственного за генетическую предрасположенность к аутоиммунным заболеваниям. Патогенез. В патогенезе гранулематоза Вегенера основное значение придают иммунологическим нарушениям, в

частности отложениям иммунных комплексов в стенках кровеносных сосудов и нарушениям клеточного иммунитета. Морфологическая картина характеризуется некротическим васкулитом артерий среднего и мелкого калибра и образованием полиморфно-клеточных гранулем, содержащих гигантские клетки.

Клиническая картина

Наиболее постоянный симптом поражения слизистой оболочки полости носа, встречающийся в самых ранних стадиях гранулематоза Вегенера, образование гнойно-кровянистых корок.

При передней риноскопии выявляются корки характерного буро-коричневого цвета, которые удаляются в виде слепков. После удаления корок слизистая оболочка истончена, имеет синюшно-красный цвет, местами (чаще в области нижней и средней раковины) некротизирована. По мере развития заболевания, особенно если не проводится рациональная терапия, количество корок увеличивается, они становятся более массивными, и появляется гнилостный запах. Врачей должно насторожить и одностороннее поражение полости носа.

Иногда в носовых ходах имеется бугристая, ярко-красного цвета грануляционная ткань, чаще всего она расположена на раковинах и в верхних отделах хрящевой части носовой перегородки. Реже грануляционная ткань локализуется в задних отделах носовой перегородки, закрывая хоану. Во время зондирования этой области даже при очень легком прикосновении наблюдается кровоточивость, из-за чего процесс часто принимают за опухоль.

Одна из особенностей гранулематоза Вегенера - наличие изъязвленной слизистой оболочки в области передних отделов перегородки носа. В начальных стадиях заболевания язва располагается поверхностно, но постепенно углубляется и может доходить до хряща. При прогрессировании процесса развивается некроз хряща и образуется перфорация перегородки носа. Обычно на краях перфорации также имеется грануляционная ткань. Вначале перфорация занимает в основном передние отделы перегородки (хрящевой отдел), а по мере развития процесса захватывает и костные отделы, в связи с чем наружный нос лишается опоры и приобретает седловидную форму.

Иногда при хроническом течении гранулематоза Вегенера поражение носа и околоносовых пазух может протекать без общих явлений интоксикации (повышения температуры тела, похудания, общей слабости).

Через 3-4 мес. развиваются явления интоксикации и наступает генерализация процесса с симптомами поражения других органов. При выявлении атрофических явлений слизистой оболочки носа, плохом самочувствии больного, субфебрильной температуре тела, наличии белка в моче необходимо всесторонне обследовать пациента, чтобы исключить гранулематоз Вегенера.

Наряду с воспалительными изменениями в полости носа может возникнуть и патология в околоносовых пазухах. Чаще всего поражается одна из верхнечелюстных пазух, обычно на стороне выраженных изменений в полости носа. Со временем язвенно-некротический процесс захватывает слизистую оболочку полости носа, которая одновременно является медиальной стенкой верхнечелюстной пазухи. Постепенно стенка некротизируется, и создается единая полость с полостью носа. Реже наблюдают одновременное разрушение перегородки носа и передней стенки клиновидной пазухи. В далеко зашедших стадиях гранулематоза Вегенера полость носа и пазухи выстлана некротизированной слизистой оболочкой с большим количеством сухих корок, с трудом удаляемых в виде массивного слепка.

Системность поражения при гранулематозе Вегенера иногда проявляется уже в ранних стадиях заболевания, когда наряду с ринологической симптоматикой обнаруживаются офтальмологические симптомы. По-видимому, это объясняется общностью кровоснабжения носа и глаз, в связи с чем в них одновременно может развиваться васкулит. При сочетанном поражении слизистой оболочки носа, околоносовых пазух и глаз первыми в большинстве случаев появляются ринологические симптомы.

Язвенно-некротические изменения в глотке и гортани, как первичное проявление гранулематоза Вегенера, встречаются примерно в 10% наблюдений. Изолированное поражение гортани отмечается очень редко, чаще оно сочетается с поражением рото- и гортаноглотки. В этих случаях возникает ощущение боли или дискомфорта в глотке (першение, неловкость при глотании), в дальнейшем боль в горле усиливается, появляется обильная саливация. Доминирующим симптомом являются боли спонтанного характера, резко усиливающиеся при глотании. В начальных стадиях заболевания общее состояние может не нарушаться, однако при нарастании симптомов появляются признаки интоксикации: недомогание, слабость, разбитость. Как правило, пациенты связывают их с недостаточностью питания, вызванной боязнью возникновения болей в горле при приеме пищи. Однако если не проводить рационального лечения, вскоре появляется

головная боль и субфебрильная температура. Нередко температура с самого начала носит септический характер.

Процесс может ограничиваться лишь глоткой, но в ряде случаев изменяется слизистая оболочка полости рта и гортани. Она гиперемирована; на передних дужках миндалин, мягком небе и задней стенке глотки появляются бугорки небольшого размера. Бугорки быстро изъязвляются, и эрозированная поверхность покрывается серовато-желтым налетом, который снимается с большим трудом. Под ним обнаруживается кровоточащая поверхность.

Постепенно некроз слизистой оболочки усиливается, и изменения принимают характер глубокой язвы. Первое время отдельные афты рубцуются, образуя звездчатые рубцы. Поверхностные афты образуют нежный рубец и не вызывают деформации подлежащей и окружающей ткани. При прогрессировании процесса изъязвления быстро сливаются, образуя обширную язву, занимающую всю заднюю стенку глотки, область миндалин, мягкого неба, и захватывают область надгортанника. В зависимости от локализации процесса рубцы стягивают мягкое небо, область гортани, надгортанник. При рубцовой деформации мягкого неба наблюдается открытая гнусавость и заброс пищи в носоглотку. Рубцевание надгортанника ограничивает его подвижность, меняет его форму, что способствует поперхиванию из-за попадания пищи в гортань. Чем раньше начато лечение, тем меньше нарушается функция органа.

Если при гранулематозе Вегенера поражаются глотка и гортань, несмотря на обширные изменения, регионарные лимфатические узлы либо не увеличены, либо увеличены незначительно и безболезненны. Поражения среднего и внутреннего уха не являются специфическими, но возникают у трети больных гранулематозом Вегенера. К ним относят понижение слуха за счет нарушения звукопроводения и звуковосприятия, адгезивный отит, сенсоневральную тугоухость. Особого внимания требует острый гнойный отит, не поддающийся обычному противовоспалительному лечению. На высоте активности основного заболевания гнойный средний отит нередко осложняется парезом лицевого нерва.

Различают несколько вариантов течения гранулематоза Вегенера. При остром течении патологический процесс наиболее активен; значительно выражены особенности иммунологического гомеостаза, обуславливающие быстрое прогрессирование и генерализацию процесса (развитие поражения легких, почек, кожи). При этом общее состояние больных тяжелое: высокая

температура (иногда гектическая), похудание, общая слабость, артралгии. В клиническом анализе крови отмечается быстрое увеличение СОЭ до 40-80 мм/ч, снижение уровня гемоглобина, лейкоцитоз, лимфопения, сдвиг

формулы крови вправо, появляется гипергаммаглобулинемия. Проба на С-реактивный белок резко положительная. В общем анализе мочи - выраженная гематурия, альбуминурия, цилиндрурия. Несмотря на активную терапию, у этих больных не удается добиться стойкой ремиссии заболевания, и они умирают в первые год-полтора. Средняя продолжительность жизни составляет около 8 мес.

При подостром течении заболевания начало процесса не такое бурное, как при остром. Генерализация идет значительно медленнее. На ранних этапах возможны небольшие спонтанные ремиссии, а при адекватном лечении (индуцированные лечением ремиссии) они могут достигать 1-2 лет. В ряде случаев необходима поддерживающая терапия, соответствующая активности процесса. В начале заболевания общие симптомы (слабость, похудание, анемия, температурная реакция) могут иметь место, но они исчезают или уменьшаются под влиянием терапии. Гематологические изменения менее выражены. Увеличение СОЭ, лейкоцитоз отмечаются только в начальном периоде заболевания или при его обострении. Подострый вариант течения гранулематоза Вегенера сложен для диагностики, так как симптомы заболевания нарастают медленно. Однако своевременное распознавание и адекватная терапия исключительно важны для прогноза заболевания в целом.

Продолжительность жизни при этой форме варьирует от 2 до 5 лет, в зависимости от сроков диагностики и начала лечения.

При хроническом варианте течения заболевание развивается медленно, может оставаться моно симптомным на протяжении ряда лет. В начале заболевания возможны спонтанные ремиссии, которые легко достигаются и в дальнейшем - при проведении лекарственной терапии. Генерализация процесса с появлением общей симптоматики и изменением гематологических показателей может развиваться спустя 3-4 года после начала заболевания. Обострению заболевания и более ранней генерализации могут способствовать охлаждение, острые респираторные заболевания, травмы и различные вторичные инфекции. Продолжительность жизни этих больных в среднем составляет 7 лет. Следует отметить, что первичная локализация процесса (нос, глотка) не определяет дальнейшего течения заболевания. Диагностика. Биоптат слизистой оболочки необходимо брать прицельно, захватывая как

эпицентр, так и пограничную зону поражения. Основой морфологических особенностей процесса является гранулематозный характер продуктивной воспалительной реакции с наличием гигантских многоядерных клеток типа Пирогова-Лангханса или гигантских многоядерных клеток инородных тел. Клетки концентрируются вокруг сосудов, не имеющих определенной ориентации. Особенности являются полиморфизм гигантских многоядерных клеток, отличающихся размерами цитоплазмы, количеством ядер, а также наличие некроза - от очагового кариорексиса в клеточных инфильтратах и небольших некротических фокусов до массивных сливающихся полей сухого коагуляционного некроза.

Морфологическая дифференциальная диагностика должна проводиться между гранулематозом Вегенера, туберкулезом, сифилисом, срединной злокачественной гранулемой носа, опухолями.

Лабораторные исследования. Среди лабораторных исследований важное значение для диагностики гранулематоза Вегенера имеет определение антинейтрофильных цитоплазматических антител (АНЦА), которые обнаруживаются у 40-99% больных; чаще - у больных с активным генерализованным процессом, реже - в период ремиссии при локализованной форме заболевания. При поражении почек характерны изменения мочи: микрогематурия (более 5 эритроцитов в поле зрения) или скопления

эритроцитов в осадке мочи. Инструментальные исследования

Костные изменения выявляются при рентгенографии и КТ, которая в настоящее время служит одним из основных методов диагностики поражений полости носа и околоносовых пазух.

В начальных стадиях болезни костный остов носа не изменен, картина полости носа и околоносовых пазух характерна для неспецифического воспалительного процесса. При остром течении процесса через 3-6 мес обнаруживается истончение перегородки носа, кости носа становятся уменьшенными, атрофичными, дистальный конец их изогнут кнутри, они приобретают форму запятой. При хроническом течении болезни разрушение костей происходит постепенно и при динамическом наблюдении обнаруживается спустя несколько лет.

Дифференциальная диагностика

Дифференцировать гранулематоз Вегенера необходимо от заболеваний, относящихся к системным аллергическим васкулитам (системная красная

волчанка, геморрагический васкулит, узелковый периартериит и др.); при появлении перфорации в хрящевом отделе перегородки носа - от туберкулеза, а в костно-хрящевом отделе - от сифилиса. Дальнейшее прогрессирование язвенно-некротического процесса в полости носа и в околоносовых пазухах требует дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями.

Показания к консультациям специалистов.

При установлении диагноза «гранулематоз Вегенера» обязательна консультация ревматолога.

Лечение

Медикаментозное лечение.

Цель проводимой терапии - достижение ремиссии при обострении заболевания и затем поддержание ее. Основу лечения составляет применение глюкокортикоидов в сочетании с цитостатиками. Как правило, начальная подавляющая доза глюкокортикоидов - 60-80 мг преднизолона в сутки перорально (1-1,5 мг/кг массы тела в сутки), при недостаточной эффективности дозу увеличивают до 100-120 мг. Если и в этом случае не удастся добиться контроля над болезнью, применяют так называемую пульс-терапию - по 1000 мг метилпреднизолона 3 дня подряд вводят внутривенно капельно в 0,9% растворе натрия хлорида.

Значительное улучшение прогноза для жизни связано с применением цитостатических препаратов. Предпочтение отдают циклофосфамиду, однако хорошие результаты получены при применении азатиоприна, метотрексата, микофенолата мофетила. В период выраженных клинических симптомов заболевания циклофосфамид вводят внутривенно или внутримышечно в дозе 2-3 мг/кг массы тела в сутки, при меньшей интенсивности заболевания переходят на поддерживающие дозы (50-100 мг/сут или по 200-400 мг/нед). Лечение циклофосфамидом продолжают в течение 1 года после достижения стойкой ремиссии, затем дозу постепенно снижают.

Для поддержания ремиссии используют преднизолон в минимальной поддерживающей дозе (5-7,5 мг/сут) в сочетании с циклофосфамидом. При длительной ремиссии заболевания можно полностью отменить глюкокортикоиды, если продолжать терапию цитостатиками. Хирургическое лечение.

Оперативное лечение при гранулематозе Вегенера необходимо проводить лишь по жизненным показаниям. Раны не заживают по 3-4 мес. Рекомендуется повышать дозу гормонов перед операцией, а в послеоперационном периоде постепенно снижать ее до исходного уровня. При необходимости хирургического лечения следует временно отменить иммунодепрессанты и назначить антибиотики широкого спектра действия. Дальнейшее ведение.

Все больные после выписки из стационара нуждаются в продолжении лечения, снижении дозы препаратов (под контролем показателей крови и общего состояния). Один раз в 1-2 мес. желательно подробно обследовать больного и консультировать его со смежными специалистами (в первую очередь с ревматологами).

Прогноз.

Прогноз неблагоприятен. Основным критерием при прогнозировании течения заболевания служит, прежде всего, характер начала заболевания (острое, подострое, хроническое). Чем острее начинается гранулематоз Вегенера, тем тяжелее дальнейшее течение. Два остальных критерия (длительность ремиссии и продолжительность жизни) зависят от вариантов течения. Острота начала заболевания и скорость прогрессирования могут являться объективными факторами, определяющими прогноз.

Поражение ЛОР органов при СПИДе.

Поражение ЛОР органов при ВИЧ инфекции является медленно прогрессирующим инфекционным заболеванием, которое передается контактным путём. Для этого заболевания характерно специфическое поражение иммунной системы и развитие тяжелой формы приобретенного иммунодефицита (СПИД), при котором развиваются вторичные (оппортунистические) инфекции, возникают злокачественные опухоли и аутоиммунные процессы, которые часто приводят к смерти больного. Причины возникновения и течение болезни. Причиной развития синдрома приобретенного иммунного дефицита (СПИДа) является ретровирус, который обозначается как вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Известны следующие пути передачи ВИЧ инфекции: через кровь, в том числе и при инъекциях, через слизистую оболочку при половом контакте, а также от матери к ребенку через плаценту. Клинические проявления заражения СПИДом могут занимать период от 7 до 11 лет, но в некоторых случаях заболевание развивается и через 3 года.

Причиной развития заболевания являются нарушения гуморального и клеточного иммунитета. При ВИЧ инфекции поражается субпопуляция Т-хелперов, также страдают и другие лимфоидные клетки и клетки нервной системы.

При попадании ретровируса в организм он поражает клетки, и они теряют способность контролировать проникающие в организм возбудители грибковых, вирусных, бактериальных и других видов вторичной инфекции, а также малигнизированные (злокачественные) клетки. Происходит нарушение функции В-лимфоцитов, что снижает способность воспроизводить вируснейтрализующие антитела. Из-за того, что в организме циркулирует слишком большое количество иммунных комплексов, развиваются патологические аутоиммунные процессы.

На начальной стадии заболевания организм ещё способен вырабатывать вируснейтрализующие антитела, которые могут подавлять свободно циркулирующие вирусы, но они не могут оказывать влияние на провирусы (вирусы, находящиеся в клетках). Примерно через 5-7 лет защитные возможности иммунной системы истощаются, а в крови накапливаются

свободные вирусы и вторичные инфекции, которые имеют эндогенный (внутренний) источник. Все это приводит к активации собственной микрофлоры: микобактерий туберкулеза из очагов Гона, возникновение саркомы Капоши. В результате активизации вируса герпеса различных типов развивается инвазивный (проникающий внутрь тканей) рак шейки матки, развиваются манифестные (явные) формы грибковой и цитомегаловирусной инфекции.

Цитопатическое (разрушительное) действие ВИЧ поражает клетки крови, нервной, костно-мышечной, сердечно-сосудистой, эндокринной и других систем организма. Это приводит к полиорганной недостаточности, которая характеризуется разнообразными клиническими проявлениями и постоянным прогрессированием ВИЧ заболевания.

На всех стадиях развития ВИЧ-инфекции отмечаются открытые проявления различных СПИД индикаторных заболеваний ЛОР - органов. Исключением является инкубационный период заболевания.

Клиническая картина. Из-за того что к ВИЧ-инфекции присоединяются грибковые, вирусные, бактериальные вторичные инфекции, клинические проявления заболевания очень разнообразны. У ВИЧ инфицированных одним

из ранних проявлений заболевания считаются поражения полости рта и слизистых оболочек ЛОР органов.

Развитие патологических изменений можно разделить на следующие периоды:

Инкубационный;

Первичная острая ВИЧ инфекция;

Латентный;

Генерализованная лимфаденопатия (увеличение лимфатических узлов); СПИД ассоциированный комплекс, который иначе называют пре-СПИД; Клинически развившееся заболевание СПИД, которое проявляется вторичными инфекциями и опухолями.

Обычно инкубационный период протекает без каких либо проявлений, но уже через 3-6 недель после заражения у 30-50% пациентов развивается острая первичная ВИЧ-инфекция. Клинические проявления неспецифичны и очень напоминают грипп или инфекционный мононуклеоз (острое вирусное заболевание). У пациентов наблюдается повышение температуры до 39 С,

увеличение лимфатических узлов, ангина, диарея (понос), миалгия (боль в мышцах), артралгия (боль в суставах), спленомегалия (увеличение селезенки), гепатомегалия (увеличение печени). Отмечается лимфопения (снижение числа лимфоцитов в крови), а иногда и тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов). Все признаки ВИЧ-инфекции быстро проходят, и только у некоторых пациентов остается генерализированная лимфаденопатия.

В латентном периоде заболевания в крови пациентов появляются антитела к ВИЧ, титры которых нарастают постепенно. Наблюдается увеличение лимфатических узлов, которое в большей степени касается задних шейных, затылочных и ретроманибулярных (нижнечелюстных). На протяжении длительного периода генерализованная лимфаденопатия может являться единственным проявлением болезни.

В период активного развития вторичных инфекций и онкологических опухолей ВИЧ-инфекция переходит в клинически развернутое заболевание, которое в условиях наступившего иммунодефицита вызывает условно-патогенная флора. Наиболее часто при поражении ЛОР-органов вторичными инфекциями встречается кандидоз (грибковая инфекция) пищевода и глотки. В случае если возникает стойкий фарингомикоз у молодых людей, которые раньше не болели и не лечились ранее кортикостероидами, антибиотиками и

цитостатиками, лор врач должен проверить возможность развития у пациента ВИЧ инфекции.

Нередко грибковые заболевания глотки и пищевода сочетаются с лимфаденопатией, кожной экземой и такими микотическими поражениями как актиномикоз (поражение лучистыми грибами) лица и шеи. В некоторых случаях возникает кандидозный сепсис.

Самой тяжелой вторичной инфекцией СПИД, которая развивается на фоне практически полного подавления иммунной системы организма, является пневмоцистная интерстициальная пневмония. Ею поражается примерно 2/3 больных СПИДом. Поражения среднего уха встречаются гораздо реже. При отсутствии других причин иммунодепрессии, герпетическая сыпь, которая поражает слизистые оболочки глотки и ротовой полости, а также кожи, может являться важным симптомом развития СПИДа. Чаще всего развивается простой герпес, но в некоторых случаях возникает опоясывающий лишай. Простой герпес обычно начинается с лица, но может приобрести диссеминирующий (распространяющийся) характер. Опоясывающий лишай чаще всего характеризуется герпетическими высыпаниями в наружном слуховом проходе и резкими болями в пораженной половине лица, а также поражением VII и VIII пар черепных нервов. У больных СПИДом встречается заболевание, которое называют «волосатой лейкоплакией». Оно представляет собой утолщение слизистой оболочки, которое имеет белый цвет и сморщенную неровную поверхность. Локализуется по краю языка и на слизистой оболочке щек. Вызывается папилломавирусом или вирусом Эпштейна-Бара.

На фоне резкого снижения иммунитета и активизации патогенных инфекций возникают различные гнойные заболевания ЛОР-органов, которые могут быть как острыми, так и хроническими. Достаточно часто у больных СПИДом возникают фурункулы и карбункулы, которые локализуются в области шеи и головы. Их лечение мало результативно, а течение заболевания очень продолжительно.

Почти у 20% больных СПИДом выявляются опухоли. Чаще всего встречается саркома Капоши - это опухоль кровеносных сосудов злокачественного характера. При этом заболевании сначала появляются пятна на коже головы и шеи, которые потом превращаются в бляшки или папулы, сливаются и в результате образуются инфильтраты. Чаще всего местом их локализации являются ушные раковины и заушные складки, а также твердое и мягкое небо ротовой полости, слизистая щек, миндалины, гортань. В случае если узлы

саркомы Капоши локализуются в желудочно-кишечном тракте, то часто возникают кровотечения.

Достаточно редко, но все же встречаются среди больных СПИДом пациенты с экстранодальной неходжкинской лимфомой. Это злокачественное новообразование поражает лимфатические узлы и чаще всего её первичной локализацией является шея. Опухоль может развиваться в глотке, в полости носа, в верхнечелюстной пазухе, на твёрдом и мягком нёбе.

Диагностика. Диагностику ВИЧ-инфекции нужно проводить не клинически, а в условиях лаборатории. Наличие вторичных или сопутствующих заболеваний позволяют реально оценить тяжесть состояния пациента и необходимость в его госпитализации в стационар. Для того чтобы подтвердить диагноз ВИЧ-инфекции используют различные методы: вирусологический, молекулярно-генетический, серологический и многие другие. Антитела в ВИЧ обычно появляются в срок от 2 недель до 3 месяцев с момента заражения, но в некоторых случаях этот срок может достигать 6 месяцев. Тщательное изучение анамнеза в большинстве случаев позволяет выявить причины иммунодефицита. В случае если у пациента выявлен иммунодефицит, то обязательно нужно провести обследование на ВИЧ- носительство.

Лечение. Цель лечения этого заболевания - подавление вируса с помощью активной антиретровирусной терапии, а также профилактика и лечение сопутствующих синдромов и вторичных инфекций. В нашей стране для лечения СПИДа применяют следующие лекарственные препараты: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы - абакавир, зидовудин, ламивудин, диданозин, ставудин, фосфазид; ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы - невирапин; ингибиторы протеазы - атазанавир, индинавир, лопинавир/ритонавир, ампренавир, саквинавир, ритонавир, дарунавир; ингибиторы фузии - энфувиртид.

Прогноз. Крайне неблагоприятный, потому что препаратов, которые могли бы полностью излечить ВИЧ-инфекцию, пока просто не существует как в России, так и во всём мире.

Вопросы для самоконтроля:

1. Этиология и патогенез специфических заболеваний ЛОР органов.
2. Лабораторная и другие виды диагностика туберкулеза, сифилиса и склеромы ВДП и уха.
3. Клинические проявления специфических заболеваний ЛОР органов.

4. Методы лечения специфических заболеваний ЛОР органов.
5. Этиология, диагностика и лечение гранулематоза Вегенера.
6. Этиология, диагностика и лечение ЛОР патологии у больных СПИДом.

Тестовые задания для самоконтроля по теме ИНФЕКЦИОННЫЕ ГРАНУЛЕМЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА. НЕИНФЕКЦИОННЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ (ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА). СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД). 001. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СКЛЕРОМЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

- 1) палочка Коха
- 2) палочка Волковича-Фриша
- 3) стрептококк

002. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИМ СУБСТРАТОМ СКЛЕРОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) эрозия
- 2) язвы
- 3) инфильтрат из фиброзной соединительной ткани

003. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) *spirochete buccalis*
- 2) *spirochete pallidum*
- 3) *streptococcus*

004. ХАРАКТЕРНЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ДЛЯ ВторичногО СИфилиса являются

- 1) розеола, папулы, кандиломы
- 2) инфильтрат, язва
- 3) папулы, кандиломы, язва

005. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ является

- 1) палоча Коха

2) палочка Волковича-Фриша

3) стрептококк

006. ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В
ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ

1) спутогенный, воздушно-капельный

2) лимфогенный, гематогенный

3) гематогенный, лимфогенный, спутогенный

007. характерными жалобами больных туберкулезом гортани являются

1) боль, дисфония (афония), одышка, кашель, слабость

2) дисфония (афония), слабость

3) боль, дисфония (афония)

008. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ

1) T. Pallidum

2) Sp. Busscalis

3) лейшмании

009. ИЗВЕСТНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ВЕГЕНЕРА

1) наружная и внутренняя

2) локализованная и генерализованная

010. ВОЗБУДИТЕЛЕМ СПИДА ЯВЛЯЕТСЯ

1) вирус иммунодефицита человека

2) вирус герпеса

3) РС-вирус

А. Обязательная литература.

1. Пальчун В.Т. оториноларингология + CD. Изд. Испр. И доп. [Электронный ресурс] / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2011. - предм. Указ.: с. 949-954 . Режим доступа: [http: // www. studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

2. Богомильский М.Р. Детская оториноларингология: учебник для ВУЗов [Электронный ресурс] / М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова. - 2-е изд., перераб

и доп. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 570с. : ил. Режим доступа: [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

3. Оториноларингология : нац. рук.: [учебное пособие для системы ППО врачей] / гл. ред. В.П. Пальчун; ассоц. Мед. Об-в по качеству, Рос. Об-во оториноларингологов. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 954с. : ил.+ CD - ROM. (Национальное руководство) (национальный проект «Здоровье»). - Предм. Указ.: с. 949-954 .

Б. Дополнительная литература.

1. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология : руководство для врачей [Электронный ресурс] / Бабияк В.И., Гофман В.Р. - СПб. : Гиппократ, 2002. - 727с. : Режим доступа: [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

2. Шадыев Х.Д. Практическая оториноларингология: руководство для врачей / Х.Д. Шадыев, В.Ю. Хлыстов, Ю.А. Хлыстов. - М.: МИА, 2002. - 282с. : ил.

3. Словарь греко-латинских оториноларингологических терминов: учеб.

пособие / ФА по здравоохранению РФ, ВолгГМУ; сост. Е.Г. Шахова .Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. - 128с.

4. Овчинников Ю.М. Оториноларингология / Ю.М. Овчинников. - М.: Медицина, 1995. - Библиогр.

5. Пальчун В.Т. Оториноларингология : учебник/ В.Т. Пальчун, А.И. Крюков. - Курск; М., 1997.

6. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И.Б. Солдатов. - М.: Медицина. 1990.- 287с.

В. Электронный ресурс.

Режим доступа - ЭБС «Консультант студента» / [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ «ИНФЕКЦИОННЫЕ ГРАНУЛЕМЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА. НЕИНФЕКЦИОННЫЙ НЕКРОТИЧЕСКИЙ ГРАНУЛЕМАТОЗ (ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА). СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД). 001-2, 002-3, 003-2, 004-1, 005-1, 006-3, 007-1, 008-1, 009-2, 010-1.

Тема 2: Доброкачественные новообразования и злокачественные опухоли верхних дыхательных путей и уха.

Цель:

1. Научиться диагностировать доброкачественные и злокачественные опухоли верхних дыхательных путей и уха.

2. Научиться лечить доброкачественные и злокачественные опухоли верхних дыхательных путей и уха. План:

1. Этиология и патогенез доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

2. Клиническая картина и методы диагностики доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

3. Лечение доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

4. Этиология и патогенез злокачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

5. Клиническая картина и методы диагностики злокачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

6. Лечение злокачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ.

НОВОБОРАЗОВАНИЕ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА.

Новообразования верхних дыхательных путей и уха встречаются сравнительно часто и составляют около 6-8% новообразований человека всех локализаций. Особенности клинического течения, диагностика, эффективность лечения и прогноз зависят от локализации и распространенности новообразования. В соответствии с Международной классификацией, в основу которой положены гистологические различия и особенности клинических проявлений, среди новообразований верхних дыхательных путей и уха выделяют: доброкачественные опухоли, злокачественные опухоли, опухолеподобные образования.

Клинические проявления раскрывают особенности роста новообразования, его способность метастазировать, прорасти в окружающие ткани; однако окончательное суждение о характере образования обычно устанавливается

лишь с учетом результатов гистологического исследования. Опухоли могут исходить из эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной, а также других тканей. Среди ЛОР органов наиболее часто они обнаруживаются в гортани; на втором месте по частоте стоят нос и околоносовые пазухи, затем глотка; сравнительно редко выявляются опухоли уха. Клинико-морфологические виды опухолей.

Доброкачественные

Злокачественные

Эпителиальные

Папиллома

Плоскоклеточный рак

Аденома

Железистый рак

Базальноклеточный рак

Цилиндроклеточный рак

Солидный рак

Недифференцированный рак

Неэпителиальные

Соединительнотканые

Фиброма

Лимфосаркома

Липома

Лимфоэпителиома

Ангиома

Ретикулосаркома

Злокачественные опухоли гортани

Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и уха первое место по частоте занимает рак гортани - злокачественное новообразование эпителиального происхождения, поражающее различные отделы гортани,

способное к экзофитному или инфильтративному росту, в процессе своего развития дающее регионарные и отдаленные метастазы.

Рак гортани составляет от 2 до 8% злокачественных образований всех локализаций и до 2/3 всех злокачественных образований ЛОР органов. Чаще эта опухоль бывает в возрасте 60-70 лет, но появление ее возможно также в детском и старческом возрасте. У мужчин рак гортани встречается более чем в 10 раз чаще, чем у женщин, однако частота поражения увеличивается у курящих женщин. Городские жители болеют раком гортани несколько чаще, чем жители села.

Среди факторов, способствующих развитию рака гортани, в первую очередь следует отметить курение, некоторые производственные вредности (загазованность и запыленность воздуха и др.), определенное значение имеют голосовая нагрузка и злоупотребление алкоголем. Нередко раковая опухоль развивается на фоне разнообразных патологических процессов и состояний. Так, у 60% больных возникновению рака гортани предшествовал хронический ларингит, чаще гиперпластический.

Понятием «предрак» обозначают те патологические состояния, которые могут дать начало развитию злокачественной опухоли. Предраковые опухоли принято делить на факультативные и облигатные. К факультативной форме предрака относят редко малигнизируемые опухоли, а к облигатной - те, которые часто (не менее чем в 15% наблюдений) переходят в рак. Так, к облигатному предраку относят твердую папиллому, которая озлокачивается у 15-20% больных. По гистологическому строению рак гортани может быть представлен ороговевающим или неороговевающим плоскоклеточным эпителием (97%). Реже встречается аденокарцинома, крайне редко - злокачественная опухоль из соединительной ткани - саркома (0,4%). Раковая опухоль может развиваться по типу зрелой, дифференцированной, что относится к ороговевающим формам, и незрелой, малодифференцированной и более злокачественной, свойственной неороговевающей форме.

Рост и метастазирование раковой опухоли находятся в прямой зависимости от ее дифференциации. Более дифференцированная опухоль растет медленнее, метастазирует реже и в более позднем периоде. Плоскоклеточный неороговевающий малодифференцированный рак распространяется быстро и метастазирует рано, в то время как плоскоклеточный ороговевающий

дифференцированный рак растет медленно, а метастазирует в позднем периоде.

По локализации различают:

рак верхнего;

рак среднего;

рак нижнего отделов гортани.

Чаще всего поражается верхний, реже средний, еще реже нижний отделы. С учетом возможностей распространения раковой опухоли в гортани и за ее пределами, а также метастазирования по регионарным лимфатическим путям наиболее неблагоприятной в прогностическом отношении считается верхняя (вестибулярная) локализация рака гортани.

Вестибулярная область наиболее богата рыхлой клетчаткой, жировой тканью, лимфатической сетью, широко связанной с яремными и надключичными лимфатическими узлами. При раковой опухоли преддверия гортани наблюдается наиболее раннее и обширное метастазирование. Следует учесть также, что формирование опухоли преддверия гортани сопровождается на ранних стадиях весьма скудной субъективной симптоматикой, напоминающей проявления банального катара глотки (фарингита), что приводит к тому, что заболевание нередко распознается лишь на более поздних стадиях.

Рак нижнего отдела гортани встречается реже, чем верхнего и среднего отделов. Нижний отдел гортани значительно менее богат лимфатической сетью, которая связана с предгортанными, претрахеальными и надключичными лимфатическими узлами, из которых отток осуществляется в глубокую яремную лимфатическую сеть. Для опухолей нижнего отдела характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой. Еще одно отличие от новообразований верхнего и среднего отделов, склонных расти впереди и кверху, состоит в том, что опухоли нижнего отдела чаще растут книзу.

Рак среднего отдела гортани уступает по частоте лишь верхнему отделу. Это наиболее «благоприятная» для излечения локализация рака гортани. Чаще опухоль возникает в передних 2/3 голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край. На голосовой складке могут быть экзофитные и инфильтративные формы рака (последние встречаются несколько реже). В

процессе роста опухоль вначале ограничивает подвижность голосовой складки, а затем полностью иммобилизует ее. Опухоль, как правило, плотная, бугристая, чаще бледно-розового цвета. В поздних стадиях наступает изъязвление, которое покрывается беловатым фибринозным налетом. Экзофитно растущая раковая опухоль постепенно уменьшает ширину просвета гортани, приводя к стенозу. Область голосовых складок имеет всего 1 или 2 лимфатических капиллярных сосуда, поэтому метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани.

Рак гортани, в отличие от других локализаций, метастазирует в отдаленные органы и ткани сравнительно редко и, как правило, лишь в поздних стадиях. Возможно метастазирование в область лимфатических узлов трахеи и корня легкого, очень редко в печень, позвоночник, почки, желудок. Метастазирование зависит не только от дифференциации злокачественной опухоли, экзофитного или эндофитного роста и локализации, но и от возраста больного, вторичного инфицирования, различных вмешательств (биопсия, манипуляции в гортани и т.д.). В молодом возрасте рост и метастазирование опухоли бывают обычно быстрее, чем в пожилом.

Существует Международная классификация рака гортани по стадиям в системе TNM, где

T (тумор) - величина, степень распространения первичного процесса,

N (нодуль-узел) - регионарные метастазы,

M - отдаленные метастазы (данная классификация не применима для саркомы).

Каждый орган, в том числе гортань, разделен на анатомические элементы для того, чтобы оценить рост (величину) первичной опухоли по распространенности ее в пределах этих частей. Гортань применительно к системе TNM имеет такие анатомические части:

а - гортанная поверхность лепестка надгортанника; б - петиолюс;

в - гортанная поверхность черпаловидного хряща;

г - гортанная поверхность черпалонадгортанной складки;

д - вестибулярная складка;

е - голосовая складка;

ж- межчерпаловидное пространство;

З - подголосовая полость и др.

Первичная опухоль характеризуется следующим образом:

T1 - опухоль ограничивается одним анатомическим элементом гортани, не доходя его границы;

T2 - опухоль полностью занимает один анатомический элемент и доходит до его границы;

T3 - опухоль распространяется за пределы одного анатомического элемента;

T4 - опухоль распространяется за пределы гортани или имеются отдаленные метастазы.

Поражение раком регионарных лимфатических узлов:

N0 - узлы не увеличены и не пальпируются;

N1 - имеются увеличенные односторонние смещаемые узлы;

N2 - пальпируются увеличенные односторонние фиксированные лимфатические узлы или односторонние крупные пакеты узлов, прорастающих в окружающие ткани.

На основании перечисленных критериев рак гортани (и вообще верхних дыхательных путей) распределяется по стадиям, например: I стадия - T1N0M0;

II стадия - T1N0M0 или T2N0M0;

III стадия - T1N2M0, или T2N1-3M0, или T3-4N0-2M0;

IV стадия - T1-3N3M0 или T1-3N0-3M.

Клиническая картина. Рак гортани долгое время может развиваться бессимптомно или же симптомы бывают так слабо выражены, чему сам больной не придает должного значения и не обращает на них внимания.

Симптоматика рака каждого из отделов гортани имеет свои особенности. При локализации опухоли в верхнем отделе гортани клинические проявления заболевания довольно скудные. Ранняя диагностика основывается не на патогномоничных и постоянных симптомах, а на сочетании ряда банальных признаков, которые позволяют заподозрить опухоль. Например, у многих больных в течение нескольких месяцев до установления диагноза отмечается сухость, першение, ощущение инородного тела в глотке. Несколько позже

появляется утомляемость и глухота голоса, неловкость при глотании, а затем и болезненность. Боли вначале возникают только по утрам при глотании слюны, в последующем они усиливаются, становятся постоянными, могут иррадиировать в ухо. Схожесть указанной симптоматики с признаками хронического фарингита или ларингита нередко является причиной диагностической ошибки. Эти и другие так называемые малые признаки позволяют насторожить врача и заподозрить опухоль в самом раннем периоде.

Опухоль среднего отдела гортани уже в начальной стадии проявляется нарушением голосообразования, появляется слабость голоса, легкая утомляемость при голосовой нагрузке, а затем охриплостью и позже афония. Сравнительно часто при локализации процесса в среднем отделе развивается затруднение дыхания. Изъязвление опухолей среднего отдела отмечается реже, чем при вестибулярной локализации, поэтому появление кровянистой примеси в мокроте и гнилостного запаха изо рта при поражении голосовых складок наблюдается обычно в более поздних стадиях. Дисфагия при поражении среднего отдела гортани свидетельствует обычно о распространении опухоли на верхний отдел гортани или же о прорастании на переднюю поверхность шеи.

Рак нижнего отдела гортани на ранней стадии имеет довольно скудную симптоматику. Первым симптомом может быть приступообразный кашель с кратковременным затруднением дыхания. Такие приступы постепенно становятся более частыми, затруднение дыхания усиливается и становится постоянным. Нередко данную симптоматику первоначально принимают за проявление воспалительного заболевания, больного обследуют и в течение нескольких месяцев лечат по поводу бронхита или астмы.

При локализации опухоли в нижнем отделе вблизи нижней поверхности голосовой складки возможно появление охриплости уже в начальной стадии заболевания. Явления дисфагии при данной локализации рака развиваются лишь при распространении новообразования на все отделы гортани.

Нарушение дыхания чаще связано с разрастанием опухоли в области голосовых складок, однако большие опухоли вестибулярного отдела гортани, черпаловидных хрящей, надгортанника и др. могут также привести к стенозированию гортани. Нередко опухоль нарушает двигательную иннервацию, что вызывает паралич соответствующей половины гортани, а при наличии опухоли в ее просвете ведет к стенозу. В поздних стадиях

заболевания у больного развивается апатия, ухудшается аппетит, нарастает кахексия.

Наружные изменения гортани зависят от распространенности ракового процесса. Болевые ощущения при пальпации возникают в связи с перихондритом хрящей гортани. Может исчезнуть определяемый в норме хруст хрящей гортани при смещении ее в стороны. Увеличение и подвижность регионарных лимфатических узлов (шейные, подбородочные, надключичные) выявляются пальпаторно. Известно, что острый или хронический воспалительный процесс вышерасположенных органов и тканей - полости носа, зубов, околоносовых пазух, глотки и гортани - также может быть причиной увеличения регионарных лимфатических узлов. Основным ларингоскопическим признаком рака гортани является наличие на стенках ее опухоли (часто говорят «плюс ткань»). Величина и расположение опухоли могут быть различны. Характерна бугристая опухоль, однако при эндофитном росте слизистая оболочка может быть гладкой и неизменной, лишь инъецированность ее сосудами иногда бывает признаком злокачественного процесса. В более поздней стадии на поверхности опухоли могут быть видны блюдцеобразные углубления, иногда покрытые белесоватым налетом, - это распад опухоли в виде изъязвлений. При фонации можно наблюдать ограничение подвижности голосовой складки либо всей половины гортани вплоть до полной их неподвижности (рис. 1).

Диагностика. Усилия врача должны быть направлены на раннее выявление злокачественной опухоли гортани, потому что начальные формы рака хорошо излечиваются. Очень важным является тщательное выяснение жалоб, сбор анамнеза и правильная оценка ранних признаков заболевания. Охриплость, изменение голоса, неприятные ощущения в горле, кашель - все эти признаки бывают при раке гортани, особенно в сочетании. Однако они же могут наблюдаться и при других заболеваниях верхних дыхательных путей, поэтому при обследовании больного следует определенно установить причину той или иной жалобы и при оценке эндоскопической картины необходимо исключить наличие опухоли.

Важным звеном в раннем распознавании опухоли является оценка ларингоскопической картины, поэтому необходим тщательный осмотр гортани. Иногда непрямая ларингоскопия затруднена из-за повышенного рефлекса или анатомических особенностей, чаще всего надгортанника - его лепесток отклонен кзади или свернут в трубку. В этом случае производится

поверхностная анестезия слизистой оболочки корня языка, задней стенки глотки и верхнего отдела гортани. Если надгортанник закрывает поле зрения, гортанным зондом с накрученной на него ваткой или специальной гортанной ложкой надгортанник оттягивают кпереди, прижимают к корню языка и в этот момент производят ларингоскопию.

В ряде случаев возникает необходимость выполнения прямой ларингоскопии (например, при локализации опухоли в подголосовом пространстве). Для этой цели используют директоскоп, ларингоскоп или гибкая оптика. С помощью фиброскопа можно исследовать гортанные желудочки, нижний отдел гортани, определить распространение опухоли книзу.

Ценным вспомогательным методом ранней диагностики опухолей является микроларингоскопия, для осуществления ее используют микроскопы с фокусным расстоянием 300-400 мм. Непрямая микроларингоскопия применяется преимущественно с диагностической целью. Если предполагается необходимость какого-либо хирургического вмешательства, производится прямая микроларингоскопия.

При исследовании гортани широко применяются рентгенография и томография, в т.ч. компьютерная и магнитно-резонансная. КТ, в отличие от обычной томографии, позволяет исследовать гортань в горизонтальных срезах, что дает возможность определить состояние не только передней и боковой стенок гортани, но также гортаноглотки и шейного отдела пищевода. Гистологическое исследование имеет решающее значение при установлении диагноза злокачественной опухоли.

Биопсию желательно производить непосредственно перед началом лечения. Для исследования берут кусочек на видимой границе здоровой и опухолевой ткани. При несоответствии клинической картины и данных гистологического исследования биопсию повторяют. Если повторные (не более трех) биопсии не разрешили несоответствия клинических и гистологических данных, выполняется тирео- или ларинготомия, иссекается вся опухоль или основная ее часть и направляется на срочное исследование (цитодиагностика). В зависимости от результатов экстренного гистологического исследования вскрытие гортани может завершиться резекцией или полным удалением гортани.

Метастазы рака гортани в регионарные лимфатические узлы широко определяются пальпаторно - сам факт увеличения этих лимфоузлов необходимо оценивать как метастазирование. Пальпаторно стараются

определить величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность узла. Метастатический лимфатический узел увеличивается медленно и неуклонно, он безболезнен, округлой формы, вначале подвижный, а по мере роста подвижность его уменьшается вплоть до полной фиксации. Для диагностики метастазов в редких случаях применяют лимфоангиографию и лимфонодулографию; используется также радионуклидная диагностика.

Папилломатоз гортани отличается по ларингоскопической картине от рака тем, что разрастается по поверхности без изъязвления и инфильтрации подлежащей ткани и имеет вид сосочковой опухоли, напоминая цветную капусту. Раку более свойственна бугристая поверхность, гладкая и ровная характерна для эндофитного роста, который встречается относительно редко. Гиперпластический ларингит, как правило, поражает обе половины гортани симметрично, а рак локализуется обычно в одном участке. При подозрении на озлокачествление гиперплазированной ткани показана биопсия. Пахидермия представляет собой разрастание и ороговение плоского эпителия обычно в межчерпаловидном пространстве и является по существу ограниченным гиперпластическим ларингитом. Поверхность пахидермии, как правило, плоская; при появлении здесь значительных утолщений возникает подозрение на озлокачествление, поэтому необходима биопсия. Такой больной должен находиться на диспансерном наблюдении.

Не всегда просто при осмотре дифференцировать рак с туберкулезом и сифилисом. Правильной диагностике помогут тщательно собранный анамнез и соответствующие лабораторные исследования, включая биопсию. Лечение. Основными методами лечения рака гортани являются хирургический, лучевой и химиотерапевтический. Первые два метода могут применяться самостоятельно, химиотерапия - лишь в качестве вспомогательного. В последнее время разработан и внедряется в практику метод фотодинамической терапии (ФДТ), при котором специальный краситель через кровь или местно подается в опухоль. Клетки опухоли, в отличие от здоровой ткани, пропускают этот краситель через свои оболочки внутрь. Затем опухоль подвергается воздействию лучей определенной частоты. Эти лучи воспринимаются красителем, находящимся в раковых клетках, и под их воздействием происходит реакция, при которой краситель выделяет синглетный (одновалентный кислород), разрушающий раковую клетку. Этот метод пока еще осваивается практикой и находит ограниченное применение. Выбор традиционного метода зависит от стадии заболевания, гистологического строения раковой опухоли и в определенной степени от ее локализации.

В I стадии многие предпочитают лучевой метод, в то же время эндоларингеальное удаление, а затем лучевое воздействие являются более эффективными.

Во II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов, хотя тот и другой могут быть применены отдельно. Опухоль удаляется в пределах здоровых тканей и затем осуществляют лучевое воздействие на пути лимфооттока.

В III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводится хирургическое лечение, а затем лучевое. При лучевом воздействии поражаются отдельные раковые клетки и их небольшие скопления, в то время как крупные раковые образования под влиянием актинотерапии обычно не подвергаются полной резорбции. В некоторых случаях предпочитают начинать с лучевого лечения, после которого производят операцию, хотя заживление после лучевого лечения ухудшается.

При хирургическом лечении больных раком гортани применяются три основных вида операций:

полное удаление гортани (ларингэктомия);

различные варианты резекции (удаление части гортани);

реконструктивные вмешательства.

Тактика хирургического лечения вырабатывается в зависимости от стадии рака гортани, локализации опухоли, ее гистологического строения, общего состояния больного. Основные принципы, которыми руководствуется хирург, - обязательная абластичность удаления опухоли и максимальное сохранение органа. Во II-III стадиях заболевания врач, ориентируясь по ларингоскопической картине, оценивает возможность абластичного удаления не всей гортани, а ее части (резекция), чтобы сохранить дыхательную и голосовую функции органа.

Хордэктомия - удаление одной голосовой складки - одна из эффективных и небольших по объему операций. Показанием к хордэктомии является опухолевое поражение одной голосовой складки без перехода процесса на комиссуру и голосовой отросток черпаловидного хряща. При опухолях средней трети голосовой складки без нарушения ее подвижности хордэктомию можно произвести эндоларингеально.

Гемиларингэктомия - половинная резекция гортани - показана при поражении опухолью одной половины гортани. Если при этом имеется небольшой

переход опухоли через переднюю комиссуру, эта часть может быть удалена одним блоком с пораженной половиной гортани. Оставшаяся часть составит примерно две трети одной половины гортани. Эта операция называется переднебоковой (или диагональной) резекцией гортани.

Передняя (фронтальная) резекция гортани заключается в удалении передней комиссуры и прилежащих к ней участков обеих голосовых складок в тех случаях, когда эти отделы оказываются пораженными опухолевым процессом.

При локализации опухоли в преддверии, когда пораженная часть органа резецируется, а голосовые складки могут быть сохранены, операция обозначается как горизонтальная резекция гортани.

При вовлечении в процесс регионарных лимфатических узлов производится полное удаление гортани единым блоком с шейной клетчаткой, глубокими яремными узлами соответствующей половины шеи или выполняется операция типа Крайля, когда вместе с узлами и клетчаткой удаляется и яремная вена. После заживления раны проводится лучевая терапия. Если не представляется возможным абластично произвести резекцию гортани (у больных с первичной опухолью III стадии), показана ларингэктомия вместе с подъязычной костью и корнем языка. Первым этапом производится абластичное формирование постоянной трахеостомы - полное рассечение трахеи на уровне 1-2 колец и вшивание ее в кожу. Затем гортань выделяется кверху и отсекается в пределах здоровых тканей. После введения назопищеводного зонда рану послойно зашивают кетгутом и шелком. Операции на гортани производятся, как правило, под интубационным наркозом. В послеоперационном периоде назначается активная антибактериальная терапия, местное и общее лечение.

Реконструктивные операции на гортани представляют собой довольно сложные, часто многоэтапные различного типа пластические операции, выполняемые после объемных резекций, а в ряде случаев и после экстирпации гортани. Преследуется цель восстановления естественного дыхания, голосообразовательной функции и глотания.

Один из вариантов реконструктивной операции, выполняемой с целью восстановления боковой стенки гортани, предусматривает выкраивание кожного лоскута на боковой поверхности шеи, отступая 3-4 см. латерально от края срединного разреза. Форма лоскута прямоугольная, по размеру дефекта гортани. После выкраивания кожный лоскут не отсепаровывают от подлежащей ткани, а вместе с ней проводят в просвет гортани по специально сформированному туннелю через ткани шеи к боковому краю задней стенки гортани. Затем лоскут перемещают таким образом, чтобы он полностью

выполнял дефект боковой стенки гортани; края его подшивают кетгутом по всему периметру дефекта. Тканевая питающая ножка клетчатки под кожным лоскутом выполняет не только трофическую функцию, но и удерживает лоскут в крайнем боковом положении, что формирует боковую стенку гортани, защищая удаленный фрагмент гортани.

Следует отметить, что существует метод предоперационной лучевой терапии, который в ряде случаев позволяет в той или иной мере уменьшить опухоль. Однако при этом нужно иметь в виду, что послелучевые реакции облученных тканей могут значительно осложнять послеоперационный период, особенно после частичного удаления органа.

Прогноз жизненный и функциональный (выживаемость более 5 лет) при ранней диагностике (I и II стадии) и своевременно проведенном лечении рака гортани у подавляющего большинства больных благоприятный. В III стадии заболевания прогноз благополучен более чем у половины больных, в IV стадии у многих больных возможно продление жизни.

НЕВРИНОМА ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА

Заболевание составляет до 13% всех опухолей головного мозга, чаще бывает у женщин среднего возраста. По гистологическому строению это опухоль доброкачественная, исходящая из шванновской оболочки вестибулярной порции VIII нерва, обычно она имеет капсулу и потому сдавливает, но не инфильтрирует окружающие ткани. На поздних стадиях невринома достигает больших размеров и вызывает тяжелые церебральные осложнения. Ранним проявлением невриномы является одностороннее постепенное снижение слуха вплоть до глухоты. Тугоухость иногда развивается незаметно для больного и ее обнаруживают случайно, когда слух уже отсутствует. Нередко у больного диагностируется односторонняя сенсоневральная тугоухость, и в течение 5-6 лет он продолжает сохранять трудоспособность. Во всех подозрительных на невриному случаях необходимо делать КТ и МРТ. Выраженность симптомов при невринOME зависит от размеров опухоли. Соответственно различают три стадии заболевания.

В I стадии (начальной) заболевания, которую называют отоларингологической, размер опухоли не превышает в диаметре 1,5 см. Выявляется сенсоневральная тугоухость или глухота на одно ухо, сопровождающаяся отсутствием феномена ускоренного нарастания громкости. Характерным признаком невриномы является четкая латерализация ультразвука в здоровую сторону. Обращает на себя внимание тонально-речевая диссоциация: полностью или почти полностью утрачивается

разборчивость речи, в то время как чистые тоны, в том числе на речевых частотах, еще воспринимаются. Одновременно наблюдается нарушение или выпадение вестибулярной возбудимости и вкусового восприятия на передних 2/3 языка; отмечается снижение чувствительности роговицы (в 90% случаев), слизистой оболочки носа, полости рта и глотки на стороне поражения.

Во II стадии (отоневрологической) размер невриномы составляет 1,5-4 см. В связи с давлением на ствол мозга выявляется множественный спонтанный нистагм, ослабевает оптокинетический нистагм во всех направлениях, нарушается статика. Появляются признаки сдавления ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе. Внутрочерепная гипертензия в этой стадии выражена нерезко, так как ликворные пути расположены латеральнее, но отек зрительного нерва уже может быть. В этой стадии больной еще операбелен.

В III стадии (неврологической) невринома уже больше 4 см. в диаметре. Симптоматика обусловлена резким сдавлением мозга, окклюзией сильвиева водопровода. Выявляется грубый тонический множественный спонтанный нистагм, который возникает из-за давления невриномы на ствол мозга; гидроцефалия вызывает нарушение психики, может наступить слепота в связи со сдавлением зрительных нервов. Больные в этой стадии обычно инкурабельны.

Проявления невриномы зависят и от направления роста опухоли. Так, при преимущественно каудальном росте возникает одностороннее поражение ядра п. vagi, которое проявляется, в частности, парезом голосовой складки, соответствующей половины мягкого нёба, нарушением глотания.

Лечение в I и II стадиях хирургическое. Удаление опухоли, как правило, приводит к выздоровлению или значительному улучшению с восстановлением трудоспособности. В III стадии возможно лишь паллиативное воздействие, направленное на снижение гипертензионного синдрома.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УХА

Среди злокачественных опухолей наружного уха чаще встречаются плоскоклеточный или базальноклеточный рак. В том и другом случае новообразование вначале имеет вид «пятнышка» или «прыщика» и постепенно увеличивается, в течение нескольких месяцев не причиняя больному каких-либо беспокойств. Затем опухоль изъязвляется, образуется неглубокая язвочка, прикрытая сухой корочкой, после удаления которой появляется капелька крови. Опухолевому процессу сопутствует воспаление, поражение надхрящницы и хряща, что сопровождается

хондроперихондритом, появляются боли, интенсивность которых постепенно усиливается. Надхрящница и хрящ препятствуют проникновению опухоли вглубь, поэтому она распространяется в основном по поверхности. Плоскоклеточный рак растет быстрее, чем базальноклеточный, и проявляет склонность к метастазированию.

Злокачественную опухоль в наружном слуховом проходе диагностировать труднее. Иногда первым ее признаком является снижение слуха вследствие обтурации наружного слухового прохода, позже появляются гнойные выделения, нередко с примесью крови. Новообразования нижней стенки слухового прохода могут через санториниевы щели распространяться на околоушную слюнную железу, а опухоли костного отдела быстро прорастают в барабанную полость. Определить первичную локализацию процесса иногда очень трудно или просто невозможно. Диагноз устанавливается на основании результатов гистологического исследования.

Злокачественные опухоли среднего уха чаще развиваются у больных, длительно страдающих хроническим гнойным средним отитом с явлениями пролиферации. Наиболее распространенным видом опухоли височной кости у взрослых является рак, у детей - саркома. Ранняя диагностика таких опухолей чрезвычайно сложна. Симптоматика сходна с тем, что наблюдается при обострении хронического отита: больной отмечает усиление гноетечения из уха, постепенно нарастают болевые ощущения, в гнойных выделениях появляется примесь крови. Затем может развиваться парез лицевого нерва, возможно головокружение и приступообразная головная боль. С распространением опухоли на основание черепа в процесс вовлекаются IX, X и XI черепные нервы. Все эти симптомы развиваются в течение нескольких месяцев.

При отоскопии у большинства больных злокачественную опухоль первоначально принимают за грануляции или полипы. При постановке диагноза учитывается форма хронического гнойного среднего отита, неуклонное нарастание симптоматики независимо от проводимого лечения. Рентгенография и КТ височных костей позволяют определить границы процесса в пределах костных структур черепа; подспорьем в диагностике является радионуклидное исследование и ангиография. Окончательный диагноз устанавливается на основании результатов гистологического исследования, нередко опухолевые клетки удается выявить лишь после повторных биопсий.

Сложность диагностики является причиной того, что злокачественные опухоли среднего уха выявляют в поликлинике в раннем периоде менее чем у 10% больных, и большинство поступают в стационар с распространенным (III-IV стадии) опухолевым процессом.

Лечение больных со злокачественными опухолями наружного уха хирургическое и лучевое, а также их комбинация. Лучевой метод успешно применяется при поражении ушной раковины; опухоли наружного слухового прохода плохо поддаются лучевому воздействию - в этом случае высокой эффективностью отличается хирургический метод. Даже при опухолях I-II стадии с поражением хрящевого отдела слухового прохода этот отдел желательно удалить полностью, а при локализации процесса на нижней и передней стенках показана резекция прилежащей части околоушной слюнной железы. Если опухоль переходит на кожу костного отдела слухового прохода, следует произвести общеполостную операцию.

У больных со злокачественными опухолями среднего уха выполняется радикальное вмешательство, при котором удаляется большая часть височной кости (за исключением внутренней части пирамиды) и прилегающей к ней чешуи затылочной кости, околоушная слюнная железа, височно-нижнечелюстной сустав и клетчатка бокового отдела шеи с глубокими шейными лимфатическими узлами. Через 2 недели после операции проводят облучение. Излечение или продление жизни возможно у части больных.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УХА

Среди доброкачественных новообразований наружного уха 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 могут локализоваться 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 кровотечением. Лечение хирургическое.

Из доброкачественных опухолей среднего уха заслуживает внимания хемодектома, развивающаяся из гломусных телец, содержащихся в слизистой оболочке барабанной полости и располагающаяся по ходу нервных волокон и сосудов. Гломусные скопления локализуются в адвентиции верхней луковичи 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 хемодектомы постепенно заполняет среднее ухо и просвечивает через барабанную перепонку, затем может разрушить ее и в виде ярко-красного «полипа» появляется в наружном слуховом проходе. 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 отмечает появление или усиление пульсирующего шума в ухе. При сдавлении сосудов на шее пульсирующий шум уменьшается или прекращается, при этом гемангиома иногда бледнеет, уменьшается в размерах. Дополнительным методом диагностики указанных опухолей является селективная ангиография. Она позволяет уточнить границы опухоли, состояние яремной вены, выявить сосуды, снабжающие кровью опухоль. Надежным методом диагностики является КТ и МРТ. Лечение больных с доброкачественными опухолями среднего уха в основном хирургическое. Своевременное удаление этих новообразований следует 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 аттико-антротомией. Если новообразование выходит в наружный слуховой проход, выполняется трепанация сосцевидного отростка. Опухолоподобные образования уха

Чаще всего встречаются невусы. Их происхождение связывают с пороками развития меланобластов дермы или шванновской оболочки нервов, расположенных в дерме. Клинические проявления и гистологическое строение невусов отличаются большим разнообразием. В клинике их различают на врожденные и приобретенные. Врожденные невусы малигнизируются редко, но прогноз при их озлокачествлении тяжелый. Приобретенные невусы перерождаются значительно чаще, чем врожденные. Предпочтительно не применять хирургического воздействия, поскольку возможно озлокачествление.

Келоид - соединительнотканное опухолоподобное образование, относящееся к фиброматозам, развивается после механической травмы или ожога. Келоид представляет собой избыточное разрастание рубцовой ткани в дерме и глубже лежащих тканях с гиалинозом пучков коллагеновых волокон. Причины развития келоидов не выяснены. По-видимому, кроме травмы и воспаления, имеет значение индивидуальная склонность тканей к гиперплазии. Хирургическое лечение применяется с осторожностью - возможно повторное разрастание келоида.

Кожный рог - образование эпидермального происхождения, состоящее из массы ороговевших клеток (очаговый гиперкератоз). Кожный рог обычно рассматривают как облигатный предрак.

Атеромы чаще бывают на мочке уха или на задней поверхности ушной раковины. Они возникают в результате закупорки сальных желез и представляют собой круглые, мягкие, четко отграниченные образования. Кожа над атеромой обычно спаяна с ее капсулой и не смещается.

Врожденные околоушные кисты и свищи чаще локализуются кпереди и выше козелка на уровне ножки завитка ушной раковины и развиваются из остатков незаращенной первой жаберной щели. Лечение хирургическое. 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 отграниченных 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 лишь 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,ходящая до афонии, и постепенное затруднение дыхания, которое может перейти в удушье в результате обтурации просвета гортани опухолью.

Диагностика. Основывается на характерной эндоскопической картине и результатах гистологического 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 микроларингоскопия.

Лечение. Папилломы могут быть удалены у взрослых под местной анестезией эндоларингеально при непрямой ларингоскопии, у детей - обязательно под наркозом с использованием прямой эндомикро- ларингоскопии 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 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: проспидин внутримышечно, внутривенно и местно в виде мази; препараты интерферона (реаферон, виферон, интрон-А); лейкомакс, зовиракс (ацикловир), дискретный плазмаферез и др.

Ангиома - доброкачественная сосудистая опухоль гортани, формирующаяся из расширенных кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов, локализуемая на поверхности голосовых, вестибулярных или черпало-надгортанных 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 эндоларингеальным доступом. Следует учитывать возможность возникновения интраоперационного кровотечения. Распространенные гемангиомы удаляют при наружном доступе с предварительной трахеостомией. Опухолеподобные образования гортани

Встречаются полипы голосовых складок и диффузные полипозные образования, отличающиеся значительным разнообразием по форме, размерам, локализации. Чаще они располагаются на голосовых складках и бывают двусторонними. Происхождение таких полипов объясняется особой формой воспаления субэпителиального пространства голосовых складок. Это пространство, впервые описанное Reinke в 1895 г., находится между эпителием и краем эластического конуса голосовой складки и выполнено рыхлой соединительной тканью. При отеке этой ткани эпителий не в состоянии ограничить его; отек края голосовой складки постепенно увеличивается, развивается полип. Заболевание представляет собой своеобразный полипозный ларингит; было описано Гаеком. Полипы, как правило, двусторонние, располагаются по свободному краю голосовых складок от передней комиссуры до голосового отростка черпаловидного хряща, обычно на него не распространяясь. Чаще встречаются у женщин-курильщиц среднего возраста. Нередко полипы достигают больших размеров, вызывая разной степени стеноз гортани.

Диагностика диффузных полипозных образований обычно не представляет трудностей.

Лечение - хирургическое, наиболее эффективно эндоларингеальное удаление полипов под контролем микроскопа. Иногда перед удалением полипов при стенозе гортани необходима трахеостомия.

Певческие или фиброзные узелки гортани бывают чаще у лиц голосовых профессий и представляют собой эпителиальные фиброзные образования типа ограниченной мозоли, локализующееся на границе между передней и средней третями голосовых складок.

Образование часто двустороннее; основная и нередко единственная жалоба при этом заболевании - охриплость, которая постепенно прогрессирует. Лечение преимущественно хирургическое - эндоларингеальное удаление при не прямой или прямой ларингоскопии, лучше под контролем микроскопа. Поочередно с интервалом в 2-3 нед узелки удаляются гортанным

выкусывателем или с помощью лазера. Удаленная ткань, как правило, направляется на гистологическое исследование

Кисты гортани встречаются не часто; обычно они локализуются на гортанной поверхности надгортанника по его краю, в области валекул, а также вестибулярных и голосовых складок. По происхождению кисты гортани преимущественно ретенционные. Клинические проявления их зависят от локализации. Так, киста надгортанника некоторое время не причиняет больному неприятностей, часто ее выявляют случайно во время диспансерного осмотра. Лишь по достижении определенного размера она вызывает ощущение инородного тела в глотке. Первым признаком кисты голосовой складки является нарушение голоса. При осмотре киста имеет вид образования шаровидной формы, с гладкой поверхностью, чаще розового цвета с желтоватым оттенком.

Ларингоцеле - воздушная киста гортани, развивается в слепом отростке гортанного желудочка при наличии клапанного механизма у входа в этот отросток. Воздух при кашле, чихании или натуживании поступает в просвет гортанного желудочка, а вследствие сужения входа в него при воспалительных процессах или опухолях нарушается отток воздуха и происходит постепенное растяжение желудочка. Таким образом формируется ларингоцеле. Различают внутренние, наружные и комбинированные воздушные кисты гортани. Внутренняя киста локализуется в толще преддверной складки и видна в просвете гортани.

Увеличиваясь в размерах, киста достигает щитоподъязычной мембраны, расслаивает ее и появляется на боковой поверхности шеи - это наружная воздушная киста гортани. При смешанной форме ларингоцеле определяется и в просвете гортани, и на поверхности шеи.

Клинические проявления ларингоцеле зависят от их локализации. При внутренней кисте больной отмечает слабость голоса, охриплость, а при увеличении кисты может возникнуть затруднение дыхания, опасное для жизни. При наружной локализации кисты больной отмечает припухлость на боковой поверхности шеи, которая увеличивается при натуживании, а при надавливании, как правило, исчезает. Возможно полное нарушение связи воздушной кисты с гортанным желудочком, полость кисты заполняется жидкостью, может нагнаиваться.

Диагностика ларингоцеле обычно не представляет сложностей. При непрямой ларингоскопии в области преддверной складки определяется шарообразное выпячивание на широком основании с гладкой поверхностью, покрытое

неизменной слизистой оболочкой. При наружной ларингоцеле никаких изменений в гортани не выявляют. На рентгенограммах в прямой и боковой проекциях воздушная киста имеет вид четко очерченного просветления в проекции вестибулярной складки или на боковой поверхности шеи.

Лечение кист гортани хирургическое. Тактика хирурга зависит от величины, характера и локализации кисты. Мелкие кисты на свободном крае голосовой или вестибулярной складках удаляют эндоларингеально с помощью гортанного выкусывателя. Кисты валлекул или язычной поверхности надгортанника удаляют при непрямой ларингоскопии под местным обезболиванием. Кисту захватывают длинным изогнутым зажимом и срезают ножницами у основания.

Крупные кисты гортани, особенно воздушные, удаляют под наркозом с использованием как эндоларингеального, так и наружного хирургического подхода через ларингофиссуру или выполняют боковую, иногда поперечную фаринготомию.

Злокачественные опухоли глотки

В глотке чаще встречаются карциномы и саркомы, реже наблюдаются лимфоэпителиомы, цитобластомы, ретикулоцитомы, смешанные опухоли. Мужчины болеют чаще, чем женщины, обычно в среднем возрасте.

Ранняя симптоматика злокачественных опухолей глотки скудна и малохарактерна. Появляется легкое ощущение неловкости или инородного тела в горле, першение, иногда распирание. В более поздних стадиях отмечается нарушение носового дыхания и заложенность уха, если опухоль в носоглотке; ощущение инородного тела и затруднение проглатывания пищи, а затем и слюны при наличии опухоли в ротоглотке; нарушение проходимости вначале для густой, потом и для жидкой пищи, а также нарушение дыхания, если опухоль в гортаноглотке. Эти явления вначале расцениваются больным как малозначащие, а врач нередко относит к проявлениям хронического фарингита или невроза.

Среди ранних симптомов опухоли носоглотки часто отмечается гиперсекреция слизи с сукровичной примесью; выделения возможны через ротоглотку или нос. Из носоглотки опухоль часто дает регионарные метастазы, прорастает в полость черепа, что сопровождается возникновением болей в челюсти, зубах и ухе одноименной стороны, появлением двоения в глазах и косоглазия. При распаде опухоли отмечаются сильные носовые кровотечения. Диагноз опухоли носоглотки устанавливается на основании

отмеченных признаков, гистологическое исследование биоптата и данных эндоскопического, пальпаторного и рентгенологического исследований. Хирургическое лечение при злокачественных опухолях носоглотки эффективно только в ранних стадиях, быстрый рост опухоли ограничивает возможности операции; эффективность лучевого и химиотерапевтического воздействия зависит от чувствительности к ним опухоли. При локализации опухоли в среднем отделе глотки (чаще рак или саркома) выраженность симптомов зависит от величины опухоли, ее расположения и наличия или отсутствия распада.

Появление болевых ощущений, дисфагии, поперхивания пищей, гнилостный запах изо рта являются признаком поздней стадии опухоли. Метастазирование такого новообразования наступает рано, нередко бывает сразу двусторонним.

Дифференцировать злокачественную опухоль среднего отдела глотки нужно с доброкачественными новообразованиями, паратонзиллитом, ангиной при заболеваниях крови, ангиной Симановского-Венсана. Лечение в раннем периоде комбинированное - хирургическое (диатермокоагуляция) и лучевое, в

поздних стадиях - только лучевое и химиотерапия.

Гортаноглотка чаще поражается злокачественными опухолями, чем вышележащие отделы глотки. Здесь обычно бывают эпителиальные новообразования - карциномы, иногда смешанные опухоли. Первыми признаками опухоли гипофаринкса могут быть различные неприятные ощущения в глотке; при осмотре можно отметить застой слюны в том или ином грушевидном синусе. Относительно быстро возникает дисфагия. Если опухоль сдавливает черпаловидные хрящи и закрывает часть входа в гортань, появляются грубые признаки дисфагии, нарушение голоса, а иногда и дыхания. Рак гортаноглотки рано изъязвляется, появление в мокроте примеси крови указывает на распад новообразования.

При лечении опухолей гортаноглотки предпочтение отдается комбинированной терапии, при этом на первое место выступает хирургическое удаление опухоли и в дальнейшем лучевое воздействие на пути лимфооттока. Подходы к опухоли осуществляются посредством боковой или передней фаринготомии. При значительном поражении опухолью передней стенки гортаноглотки иногда приходится удалять и гортань.

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 рецидивировании 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 крылонёбной ямки, по гистологическому строению имеющая доброкачественный характер, однако по клиническому течению (деструктирующий 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 аномально отшнуровавшихся в эмбриональном периоде остатков мезенхимальной ткани в носоглотке. Строма фибромы состоит из разнообразно расположенных соединительнотканых волокон и очень большого количества кровеносных сосудов. Источником роста опухоли может быть тело клиновидной кости, глоточно-основная фасция и задние клетки решетчатой кости - это сфеноэтомойдальный тип фибромы. Отсюда опухоль может прорасти 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 прорасти по направлению к ротоглотке. Когда фиброма начинается из области крыловидного отростка клиновидной кости она относится к птеригомаксиллярному типу опухоли и может прорасти в ретромаксиллярное пространство, крылонёбную ямку, внутрь черепа, орбиту и полость носа. В соответствии с направлением роста фибромы возникает асимметрия лица, 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.

I стадия - опухоль занимает носоглотку и (или) полость носа, костная деструкция отсутствует;

II стадия - опухоль соответствует I стадии, распространяется в крыловидную ямку, околоносовые пазухи, возможна костная деструкция;

III стадия - опухоль распространяется в глазницу, головной мозг;

IV 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 обоняние, 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, гнойным 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 или 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 ангиофибром 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, где 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 - эндооральный, эндоназальный и трансмаксиллярный. Могут использоваться модификации радикальных операций по Муру, Денкеру. Во время 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.

Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух

Рак и саркома носа и околоносовых пазух встречаются сравнительно редко и составляют 1-3% злокачественных опухолей всех локализаций. Первичным злокачественным процессом чаще поражаются верхнечелюстные, затем решетчатые пазухи; на третьем месте по частоте - полость носа, затем лобные и клиновидные пазухи.

Рак - наиболее часто встречающаяся эпителиальная злокачественная опухоль носа и околоносовых пазух. В области наружного носа чаще развивается базально-клеточный рак, в полости носа - плоскоклеточный ороговевающий, реже в этой области встречается аденокарцинома.

Опухоли околоносовых пазух относительно быстро прорастают в соседние органы и ткани: в основание черепа, крылонёбную ямку, глазницу, полость рта. Метастазирование обычно наступает поздно, вначале в затылочные и подчелюстные лимфатические узлы, а затем и в шейные, определяемые пальпаторно.

По распространенности злокачественные опухоли полости носа делят на четыре стадии.

К I стадии относят новообразования, не выходящие за пределы полости носа при отсутствии метастазов.

II стадия - опухоли, прорастающие стенки полости носа или имеющие единичные подвижные регионарные метастазы.

III стадия - опухоли, прорастающие к основанию черепа с метастазами в регионарные узлы.

IV стадия - опухоли, имеющие отдаленные метастазы или прорастающие в полость черепа.

Клиническая картина. Симптоматика при опухоли носа нарастает

постепенно, вначале она носит неопределенный характер. Больных беспокоит постепенно усиливающееся затруднение дыхания через одну половину носа, головная боль различной интенсивности и ощущение тяжести в определенной половине лица. Выделения из носа первоначально слизистые, затем с примесью крови, позже могут быть носовые кровотечения, заложенность уха, оталгия. Опухоль в полости носа бугристая, иногда полиповидная. Удаление таких полипов сопровождается обильной кровоточивостью, что должно насторожить хирурга; гистологическое исследование помогает установить точный диагноз. Прорастание опухоли через решетчатый лабиринт в глазницу вызывает экзофтальм и смещение глазного яблока; распространение к основанию черепа и в лобную пазуху также сопровождается соответствующей симптоматикой. Опухоли, локализующиеся в задних отделах полости носа, быстро проникают в носоглотку, нарушая носовое дыхание, при этом часто отмечаются гнойные выделения с примесью крови, возможны профузные носовые кровотечения, снижается слух на стороне поражения.

Первичная локализация опухоли в верхнечелюстной пазухе характеризуется длительным отсутствием клинических симптомов. Первыми признаками нередко являются невралгические боли, вторичный воспалительный процесс в пазухе, экзофтальм, деформация лицевого рельефа. Из верхнечелюстной пазухи опухоль может прорасти через соустье в полость носа и решетчатую кость, а затем и в основание черепа. По степени распространенности опухоли и метастазов выделяют также четыре стадии ее развития.

Первичное поражение опухолью лобных и клиновидных пазух встречается редко, возникающая при этом симптоматика соответствует локализации опухоли. На первый план обычно выступают неврологические признаки. При распространенных распадающихся новообразованиях развиваются общие

признаки воспаления: повышение температуры тела, снижение аппетита, изменение состава крови.

Диагностика. Раннее выявление злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух представляет значительные трудности. Проявляя онкологическую настороженность, следует всякий объемный процесс в области верхних дыхательных путей оценивать с точки зрения возможности развития злокачественного заболевания. Опухоли этой локализации очень часто проявляются симптомами обычных, неопухолевых заболеваний. Лишь тщательное выявление точных и полных причин появления того или иного симптома поможет заподозрить опухоль и не пропустить ранние стадии ее развития. Если опухоль заподозрена, с помощью существующих диагностических методик ее уже нетрудно распознать.

Помимо эндоскопических методов, для диагностики применяются пункция и зондирование околоносовых пазух с аспирацией содержимого и введением в них контрастного вещества, рентгенография в различных проекциях, компьютерная и магнитно-резонансная томография пазух. С целью определения границ злокачественного опухолевого процесса применяют радионуклидную диагностику, ангиографию, термографию в сочетании с ультразвуковой биолокацией. Для окончательного уточнения диагноза производится биопсия и гистологическое исследование подозрительной на опухоль ткани. В отношении верхнечелюстных пазух при нечеткой картине для этой цели удобна микрогайморотомия.

Лечение. При злокачественных опухолях носа и околоносовых пазух используются хирургический, лучевой и химиотерапевтический методы лечения, чаще в комбинации. В последнее время в практику входит новый прогрессивный метод - фотодинамическая терапия (ФДТ) злокачественных опухолей. При ограниченных новообразованиях полости носа используется наиболее щадящий хирургический доступ при операции по Денкеру. При более распространенных опухолях этот доступ не может обеспечить необходимой широты обзора и свободы действий хирурга. В этих случаях производят вмешательства с наружным подходом, через разрезы на лице. Используются разнообразные доступы, в частности челюстно-носовой, нёбный, нёбно-альвеолярный и лицевой. Операция проводится под интубационным наркозом. Косметические дефекты лица устраняют затем с помощью пластических операций и индивидуальных протезов.

Прорастание опухоли в основание черепа, глубоко в крылонёбную ямку делает невозможным радикальное иссечение опухоли. Таким больным проводится лучевое лечение и общая или регионарная химиотерапия.

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 старше 50 лет, однако бывает и в раннем возрасте. Различают грибовидные, инвертированные 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 переходно-клеточная папилломы исходят из слизистой оболочки глубоко расположенных отделов полости носа, чаще располагаются на боковой стенке. Поверхность такой опухоли гладкая, и при осмотре новообразование

может быть принято за обыкновенный полип. Два последних типа папилломы 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 малигнизации доброкачественных опухолей, в том числе папиллом, способствует облучение.

Лечение хирургическое. После эксцизии грибовидной папилломы производится криовоздействие или электрокаустика 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, развиваются на перегородке носа, нижних носовых раковинах, в области свода полости носа. Растут они медленно, периодически кровоточат, постепенно увеличиваются и могут заполнять полость носа, прорасти 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 оснований 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 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. Опухолоподобные образования носа и пазух

Опухолоподобные процессы данной локализации довольно разнообразны, их необходимо разграничивать с опухолями.

Фиброзная дисплазия - своеобразный порок развития, представляющий собой самоотграничивающееся неинкапсулированное образование,

состоящее из фиброзной соединительной ткани, развивающейся взамен нормальной костной. Фиброзная дисплазия встречается редко, поражает чаще костные структуры верхней челюсти. У больного появляется безболезненная плотная припухлость в области щеки, которая медленно увеличивается. Распространение образования на боковую стенку носа проявляется затруднением носового дыхания, возможно развитие хронического гайморита вследствие нарушения оттока из этой пазухи. Рентгенологически наряду со снижением пневматизации верхнечелюстной пазухи нередко выявляются дефекты костной ткани. Окончательный диагноз устанавливается на основании результатов гистологического исследования материала,

полученного при вскрытии пазухи. Лечение хирургическое, совместно со стоматологом.

Ангиогранулема (кровооточающий полип перегородки носа) - медленно растущее образование, локализующееся чаще в хрящевом отделе перегородки носа; имеет широкое основание, неровную бугристую поверхность, легко кровоточит при дотрагивании. Чаще встречается у женщин, особенно в период беременности; проявляется частыми кровотечениями из носа, обычно небольшими порциями. Диагноз подтверждается результатами гистологического исследования удаленного новообразования. Во избежание рецидива новообразование должно быть удалено с подлежащим участком надхрящницы и хряща. Некоторые отоларингологи применяют электрокоагуляцию или крио-, лазеродеструкцию гранулемы.

Вопросы для самоконтроля.

1. Этиология и патогенез доброкачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.
2. Клиническая картина доброкачественных новообразований в зависимости от их локализации.
3. Значение лабораторных и других методов исследований в диагностике доброкачественных новообразований ВДП и уха.
4. Этиология и патогенез злокачественных новообразований верхних дыхательных путей и уха.
5. Клиническая картина злокачественных новообразований в зависимости от их локализации.
6. Значение лабораторных и других методов исследований в диагностике злокачественных новообразований ВДП и уха.

«ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА»

001. ВИД ЦВЕТНОЙ КАПУСТЫ ИМЕЕТ

- 1) фиброма
- 2) папиллома
- 3) гемангиома
- 4) остеома

002. Наиболее типичным признаком доброкачественной опухоли носа является

- 1) гнойные выделения из носа
- 2) одностороннее нарушение дыхания
- 3) гиперемия слизистой оболочки носа
- 4) гипертрофия нижней носовой раковины

003. наиболее точным методом диагностики новообразований является

- 1) осмотр
- 2) пальпация
- 3) рентгенография
- 4) гистологическое исследование

004. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО У БЕРЕМЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ СЛЕДУЮЩЕЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ НОСА

- 1) папиллома
- 2) кровоточащий полип
- 3) фиброма
- 4) остеома

005. Характерным симптомом для опухоли носоглотки является

- 1) нарушение глотания
- 2) нарушение носового дыхания
- 3) периодическая рвота

006. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) вирус герпеса
- 2) стрептококк
- 3) вирус папилломы человека

007. ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ НЕВРИНОМЫ ПРЕДДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) прогрессирующее одностороннее снижение слуха
- 2) боль в ухе

3) тошнота

008. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ является

1) хирургический

2) лучевой

3) химиотерапевтический

4) комбинированный

009. СИМПТОМОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НОСОГЛОТКИ В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ является

1) ощущение инородного тела в глотке

2) нарушение носового дыхания

3) диплопия

4) заложенность уха

010. РАННИМ СИМПТОМОМ РАКА ГОРТАНИ является

1) охриплость

2) кашель

3) похудение

4) стеноз гортани

011. при раке гортани ш стадии предпочтительным является следующий метод лечения

1) хирургический

2) лучевой

3) химиотерапевтический

4) комбинированный

А. Обязательная литература.

1. Пальчун В.Т. оториноларингология + CD. Изд. Испр. И доп. [Электронный ресурс] / В.Т. Пальчун, М.М. Магомедов, Л.А. Лучихин. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2011. - предм. Указ.: с. 949-954 . Режим доступа: [http:// www. studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

2. Богомилский М.Р. Детская оториноларингология: учебник для ВУЗов [Электронный ресурс] / М.Р. Богомилский, В.Р. Чистякова. - 2-е изд., перераб и доп. - М. ГЭОТАР - Медиа, 2007. - 570с. : ил. Режим доступа: [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

3. Оториноларингология : нац. рук.: [учебное пособие для системы ППО врачей] / гл. ред. В.П. Пальчун; ассоц. Мед. Об-в по качеству, Рос. Об-во оториноларингологов. - - М. ГЭОТАР - Медиа, 2008. - 954с. : ил.+ CD - ROM. (Национальное руководство) (национальный проект «Здоровье»). - Предм. Указ.: с. 949-954 .

Б. Дополнительная литература.

1. Бабияк В.И. Нейрооториноларингология : руководство для врачей [Электронный ресурс] / Бабияк В.И., Гофман В.Р. - СПб. : Гиппократ, 2002. - 727с. : Режим доступа: [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .

2. Шадыев Х.Д. Практическая оториноларингология: руководство для врачей / Х.Д. Шадыев, В.Ю. Хлыстов, Ю.А. Хлыстов. - М.: МИА, 2002. - 282с. : ил.

3. Словарь греко-латинских оториноларингологических терминов: учеб. пособие / ФА по здравоохранению РФ, ВолгГМУ; сост. Е.Г. Шахова . Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2006. - 128с.

4. Овчинников Ю.М. Оториноларингология / Ю.М. Овчинников. - М.: Медицина, 1995. - Библиогр.

5. Пальчун В.Т. Оториноларингология : учебник/ В.Т. Пальчун, А.И. Крюков. - Курск; М., 1997.

6. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: учеб. пособие / И.Б. Солдатов. - М.: Медицина. 1990.- 287с.

В. Электронный ресурс.

Режим доступа - ЭБС «Консультант студента» / [http:// www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) .
ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ ПО ТЕМЕ:
«ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ И УХА» 001-2, 002-2, 003-4, 004-2, 005-3, 006-3, 007-4, 008-4, 009-1, 010-4.