



Диагностические и клинические особенности новообразований наружного уха

А.И. Чернолев, В.И. Попадюк, И.А. Коршунова, А.В. Бицаева

Адрес для переписки: Валентин Иванович Попадюк, lorval04@mail.ru

В статье рассмотрены основные проблемы, с которыми сталкивается врач-оториноларинголог при диагностике и анализе клинической картины новообразований наружного уха. Представлены этиология, симптоматика, диагностика опухолей наружного уха.

Ключевые слова: опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные новообразования наружного уха

Среди новообразований ЛОР-органов поражения уха занимают одно из последних мест. Из всех отделов уха в процесс чаще вовлекаются ушная раковина и наружный слуховой проход. За последние 10–20 лет отмечается заметный рост подобных новообразований [1, 2]. Их подразделяют на опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли наружного уха.

Материал и методы

Исследование основано на результатах анализа особенностей заболевания и методов диагностики у 152 пациентов с опухолеподобными образованиями, доброкачественными и злокачественными опухолями наружного уха. Лица женского пола преобладали над лицами мужского пола – 82 (54%) и 70 (46%) соответственно.

Опухлеподобные образования зафиксированы у 58 (38%) больных, доброкачественные опухоли – у 48 (32%), злокачественные – у 46 (30%).

Среди опухолеподобных образований невусы встречались в 22 (14,4%) случаях. Атеромы имели место у 16 (10,5%) пациентов, старчес-

кий кератоз – у 8 (5,1%), келоиды – у 7 (4,6%), кожный рог – у 3 (2%), кисты – у 2 (1,4%).

Из доброкачественных опухолей доминировала плоскоклеточная папиллома – 14 (9,2%) случаев. Второе место занимали гемангиома – 11 (7,2%) и остеома – 11 (7,2%) случаев, третье – церуминома – 7 (5%), четвертое – дерматофиброма – 3 (2%) и последнее место – гемангиооперицитома и лейомиома – по одному наблюдению (1,4%).

Из 46 (30%) пациентов со злокачественными опухолями у 26 (17%) отмечался базально-клеточный рак, у 20 (13,%) – плоскоклеточный.

В 84 (55,3%) случаях первичной локализацией новообразования стала ушная раковина, в 68 (44,7%) – наружный слуховой проход. Поскольку ушная раковина доступна для осмотра самому больному и врачу, новообразования подобной локализации выявляются быстрее, чем опухоли наружного слухового прохода [3].

Завиток и противозавиток стали исходной локализацией опухоли у 31 (20,3%) больного, полость ушной раковины – у 24 (16%), мочка уха – у 15 (9,8%), задняя поверхность раковины – у 14 (9,2%) пациентов.

Новообразования наружного слухового прохода недоступны для осмотра, и определенное время заболевание развивается незаметно. Об этом свидетельствует тот факт, что в ряде наблюдений доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования выявлены случайно [4].

В хрящевом отделе наружного слухового прохода начали рост новообразования у 51 (33,5%) пациента, в костном отделе – у 9 (6%), в области *istmus* – у 8 (5,2%).

В 27 (17,7%) случаях новообразования наружного слухового прохода обнаружены случайно (при профосмотре или посещении ЛОР-врача по поводу других заболеваний). При этом свыше половины пациентов оперированы поздно, спустя год и более после выявления опухоли. Очевидно, что, как и для опухолей ушной раковины, для новообразований наружного слухового прохода характерна неравномерность роста. Определить ускорение роста опухоли наружного слухового прохода трудно, практически невозможно.

В большинстве случаев причиной обращения пациентов к специалисту стало либо снижение слуха, либо появление зуда и боли в ухе. Невусы, папилломы, остеомы, церуминомы, хондромы и другие опухолеподобные образования нарушают эвакуацию серы из наружного слухового прохода, способствуя формированию серной пробки. Серная пробка закрывает полностью слуховой проход, вследствие чего резко снижается слух на это ухо и больной вынужден обратиться за медицинской помощью. После удаления серной пробки опухоль выявлена



у 29 больных. В 7 случаях диагностирована церуминома после длительного лечения по поводу наружного диффузного отита. 30 из 65 больных первым признаком заболевания при опухоли наружного слухового прохода назвали снижение слуха, что послужило основной причиной обращения в поликлинику. Боль в ухе в качестве первопричины заболевания назвали 28 больных, а 6 больных сочли, что заболевание у них началось с зуда в наружном слуховом проходе.

Боль нехарактерна для доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований, за исключением невриномы и церуминомы. Боль может появиться только при сопутствующем опухолевому процессу воспалении. Пациенты обращались к врачу, только убедившись в росте опухоли и нарастании симптоматики [2]. Проанализировав сроки обращения больных за медицинской помощью, мы установили, что доброкачественные опухоли увеличиваются в размерах неравномерно.

Келоид выявлен у 7 (4,7%) больных. Локализация данного опухолеподобного образования была связана исключительно с ушной раковиной, преимущественно мочкой уха. Во всех наблюдениях келоида в обеих группах больных его появлению предшествовала травма ушной раковины. Это подтверждает теорию возникновения такого образования. В течение нескольких лет келоид способен занять почти всю раковину, причем не только деформировать ее, но и обезобразить внешность больного. Операционный микроскоп позволяет изучить сосудистый рисунок келоида. Сосуды на поверхности рубца хорошо видны, они просвечивают сквозь тонкую эпителиальную оболочку образования.

Двое больных с дерматофибромой отмечали появление образования после травмы.

Киста обнаружена в ушной раковине и преддверии наружного слухового прохода – по одному случаю (1,2%). Атерома, как правило, исходила из мочки уха и вблизи нее (в заушной области) – 16 (11%) случаев. Такие новообразования имеют гладкую поверхность, шарообразную

форму. Кожа над новообразованием обычно не изменена, лишь слегка натянута. Через натянутую кожу просвечивает содержимое атеромы. Атерома чаще желтоватого цвета. Боль может появиться только при воспалении с последующим нагноением. Окончательный диагноз ставится на основании гистологического исследования.

Для невуса, церуминомы и плоскоклеточной папилломы характерно то, что они исходят из хрящевой части уха (ушная раковина, хрящевой отдел наружного слухового прохода). Невус достаточно часто встречается в ушной раковине, наружном слуховом проходе и околоушной области. Клинически целесообразно подразделять эти образования на врожденные и приобретенные, поскольку они ведут себя по-разному. Прогноз и результаты лечения тоже разные. В наших наблюдениях первым признаком приобретенного невуса было его появление в 10 случаях. Поверхность новообразования шероховатая, плотной консистенции, цвет зависит от содержащегося в нем пигмента и варьируется от светлого с сероватым оттенком (беспигментные невусы) до темно-коричневого, иногда с лиловым оттенком (пигментный невус). Чаще это плоское пятно, выступающее над поверхностью кожи, реже – бугристое образование на широком основании с четкими неровными краями (границей). Под микроскопом поверхность невуса ворсинчатая или покрыта сосочкоподобными выростами. Эпидермис вокруг невуса слегка приподнят. Невус уха редко достигает больших размеров [5].

Папиллома, как и ряд других новообразований, в том числе опухолеподобных, локализуется в основном в ушной раковине и хрящевой части наружного слухового прохода. Локализация опухоли в ушной раковине отмечалась у 6 больных, в наружном слуховом проходе – у 8 пациентов.

Остеома также исходит из наружного слухового прохода, но исключительно из костной его части, чаще из задней или нижней стенки. Остеома растет эндофитно в толщу сосцевидного отростка. Рост этой

опухоль начинается обычно из задней стенки костной части наружного слухового прохода, причем не в просвет наружного слухового прохода, а в толщу сосцевидного отростка. Опухоль растет медленно. Первым ее признаком может быть деформация сосцевидного отростка, образование серных пробок, снижение слуха на пораженное ухо. На рентгенограммах все эндофитно растущие остеомы связаны с задней стенкой костной части наружного слухового прохода [6].

Сосудистыми опухолями являются гемангиомы, отличающиеся деструктирующим ростом. Они локализуются в любой части уха и способны разрушать кожу, хрящ и кость, склонны к изъязвлению и кровотечению [2]. 11 больных гемангиомой наружного уха отмечали наличие опухоли и связывали ее появление с травмой (2 случая) и беременностью (4 случая). 4 пациента знали о существовании опухоли с детства, двое ни с чем не связывали ее появление. В большинстве наблюдений гемангиома имела неровную, бугристую поверхность. Пальпаторно можно было определить пульсацию опухоли. Пульсация в большей степени характерна для ветвистой гемангиомы артериального типа, в меньшей – для ветвистой опухоли смешанного типа. При сдавлении опухоль спадается, уменьшается в размере, затем очень быстро наливается кровью и достигает прежних размеров.

Микроскопия может дать ценную дополнительную информацию о характере опухоли, ее локализации и границах.

Ангиографическое исследование было произведено у 3 больных. При диагностике гемангиомы ангиография является важным методом исследования наряду с наружным осмотром, пальпацией, микроскопией. У 9 (22,5%) больных плоскоклеточный рак локализовался в ушной раковине, у 11 (27,5%) – в наружном слуховом проходе. В 5 случаях плоскоклеточный рак наблюдался в хрящевом отделе и в 6 случаях исходил из костного отдела наружного слухового прохода.

Базально-клеточный рак в ушной раковине выявлен у 9 (22,5%) боль-

атерома



ных, в хрящевом отделе наружного слухового прохода – у 11 (27,5%). Первые признаки появления злокачественного новообразования ушной раковины характеризуются наличием пятнышка, бугорка, незначительного инфильтрата в различных ее отделах, чаще в *cavum conchae*, – 18 случаев. У 9 из 40 пациентов болезнь началась с нестерпимого зуда в том месте ушной раковины, где вскоре появилась опухоль. В течение короткого периода эти образования стали изъязвляться, покрываясь корочкой [5]. В силу анатомических особенностей наружного слухового прохода, его иннервации, а также того обстоятельства, что опухоль растет в замкнутых полостях, одним из ведущих симптомов являлась боль (11 пациентов). Вслед за болью и зудом появлялось серозное либо гнойное отделяемое из слухового прохода с примесью крови (11 больных). Увеличиваясь в размерах, опухоль перекрывала слуховой проход. В таких случаях у 16 больных появлялось снижение слуха различной выраженности по типу поражения звукопроводящего аппарата. При пальпации определяли пастозность или уплотнение мягких тканей околоушной области и шеи на стороне поражения.

Для раковых опухолей, исходящих из наружного слухового прохода, характерны три формы роста опухоли: эндофитная, экзофитная и фунгоидная [1]. Эндоскопии наружного слухового прохода (отоскопии) предшествовала процедура его очистки, поскольку осмотру мешают отделяемое из среднего уха, слущенный эпидермис, сера. Слуховой проход может быть сужен за счет отека, инфильтрации кожи в результате хронического воспаления или роста новообразования. Распространенные опухоли наружного уха проявляют себя многообразием симптомов. При прогрессировании опухолевого процесса злокачественная опухоль прорастала в соседние органы и ткани у 12 больных. У шести из них новообразование из хрящевого отдела наружного слухового прохода распространялось на околоушную слюнную железу. 6 больных предъявляли жалобы на боль при жевании, наблюдался тризм жевательной мускулатуры. У этих пациентов рак прорастал в височно-нижнечелюстной сустав через переднюю стенку наружного слухового прохода. Локализуясь на задней стенке костного отдела слухового прохода, новообразование прорастало в сис-

тему клеток сосцевидного отростка. При этом у 13 пациентов отмечался парез или паралич мимической мускулатуры соответствующей половины лица. Парез или паралич возникал в результате нарушения целостности нисходящего колена костного канала лицевого нерва в месте выхода через шилососцевидное отверстие или вследствие поверхностной инфильтрации медиальной стенки барабанной полости. 6 больных жаловались на болезненность при повороте головы, наличие припухлости вдоль грудно-ключично-сосцевидной мышцы и в заушной области. Нарастающая приступообразная головная боль наблюдалась у 4 больных. У них диагностировано прорастание опухоли в полость черепа.

Выводы

Скрупулезно проанализировав данные литературы, а также основываясь на собственном клиническом опыте, мы можем констатировать, что ранняя диагностика новообразований наружного уха является залогом их успешного лечения. Последнее в свою очередь зависит от первичной локализации, гистологической структуры образования и его распространенности. ☺

Литература

1. Антонив В.Ф. Клиника, диагностика и лечение при новообразованиях уха: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1982.
2. Попадюк В.И. Ранняя диагностика и методы лечения при новообразованиях уха: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2003.
3. Чернолев А.И., Гришина А.С., Попадюк В.И. Диагностика и лечение при некоторых новообразованиях наружного уха // Российская оториноларингология. 2012. № 3. С. 172–176.
4. Чернолев А.И., Попадюк В.И. Злокачественные опухоли наружного уха // XI международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». М., 2010.
5. Чернолев А.И. Опухоли и опухолеподобные образования наружного уха. Клиника, диагностика, особенности лечения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012.
6. Антонив В.Ф., Торопова И.А., Чернолев А.И. и др. Диагностика и лечение при остеомах ЛОР-органов // Вестник оториноларингологии. 2008. № 5. С. 138–139.

Clinical and Diagnostic Peculiarities of Tumors of External Ear

A.I. Chernolev, V.I. Popadyuk, I.A. Korshunova, A.V. Bitsayeva

Peoples' Friendship University of Russia

Contact person: Valentin Ivanovich Popadyuk, lorval04@mail.ru

The main problems faced by otolaryngologist are the diagnosis and clinical definition of the external ear tumors. This paper considers the etiology, clinical aspects, and the diagnosis of tumors of the external ear.

Key words: tumor-like formation, benign and malignant neoplasms of the external ear