

Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.А. ЗАЙЦЕВА

ОБОСНОВАННОСТЬ ТЕРМИНОЛОГИИ: ОПУХОЛИ ФАРИНГО-ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Одес. нац. мед. ун-т (ректор – акад. В.Н. Запорожан)

Публикация является фрагментом плановой научно-исследовательской работы «Клиника, диагностика и лечение больных с новообразованиями фаринго-парафарингеальной области» и раскрывает термин «опухолы фаринго-парафарингеальной области» на основе данных литературы и собственных наблюдений.

Опухоли головы и шеи выделены по клиническому и анатомическому принципу в отдельную группу. В группу опухолей глотки объединяются новообразования, различные по тканевому происхождению и степени их дифференцировки, которые исходят из анатомических образований парафарингеального пространства или вырастают в него из близлежащих областей.

Анализ специальной литературы показал, что новообразования парафарингеального пространства трактуются как опухоли глотки, поскольку они тесно контактируют со стенкой глотки, нередко деформируя ее просвет. Симптомы со стороны глотки появляются с ростом новообразования в виде жалоб на ощущение «инородного тела» в глотке, боли в горле (в области опухоли), изменение тембра голоса, явления дисфагии и т.п.

Опухоли глотки впервые описаны Бушем в 1857 г. под названием «ретрофарингеальные опухоли», а в 1909 г. Фроли предложил называть их парафарингеальными.

Затруднения при постановке диагноза парафарингеальной опухоли связаны с тем, что их распознаванием и лечением занимаются врачи различных специальностей – отоларингологи, стоматологи, хирурги и онкологи. Оtolарингологи эти опухоли

описывают как глоточные [15, 20], хирурги и онкологи – как опухоли области шеи, ибо они часто имеют проявления со стороны шеи, откуда же осуществляется к ним и оперативный доступ [19, 21].

Анатомо-топографическая характеристика парафарингеальной области и новообразований, локализующихся в ней, представлена в работах ряда авторов, [6, 7, 11, 13, 14], которые использовали термин – парафарингеальные опухоли. Сегодня многие исследователи среди внеорганных опухолей шеи выделяют отдельную группу и называют их фаринго-парафарингеальными [1, 3, 17, 23].

Внеорганные опухоли шеи – это редкая патология, которая составляет 3-5% от всех новообразований данной локализации [1-3, 19], но и это количество случаев является значительным, так как заболевание ведет к нарушению функции глотания, речи и к изменениям внешности больного, т.е. серьезно влияет на качество жизни.

Помимо внеорганного поражения, эти опухоли выявляются в верхней и нижней челюстях, полости носа, слюнных железах, гортани, глотке, языке, щитовидной железе [10]. По данным литературы, за последние 10 лет количество больных с новообразованиями шеи (и глотки) увеличилось [16, 18]. Многообразие морфологических форм этой патологии и сложность топографо-анатомических взаимоотношений таких опухолей с глубокими образованиями лица и шеи создают определенные трудности не только в их диагностики, но и при проведении лечения.

Согласно классификации Г.В. Фалилеева (1978) и последним классификациям опухолей мягких тканей человека [22], со-

ставленных на основе достижений иммуногистохимических исследований, первичные, то есть не метастатические, внеорганные опухоли шеи условно подразделяются на группы в зависимости от их происхождения.

Так, опухоли мезенхимального происхождения составляют 52,4%, дизэмбрионального генеза (в частности, кисты) – 34,9% и нейроэктодермального происхождения – 12,7% [4]. Также следует выделять вторичные новообразования этой области – поражения лимфатических узлов шеи (метастазы рака ротовой и гортанной частей глотки в регионарные лимфоузлы) и лимфадениты. Как правило, клинически эти новообразования не проявляются. Эту группу заболеваний необходимо рассматривать отдельно.

Среди первичных внеорганных опухолей шеи, расположенных в фарингопарафарингеальной области, по сложности клинических проявлений стоят новообразования невrogenного происхождения, а именно – невриномы, которые составляют 48,8% [12, 13].

Параганглиомы – опухоли, которые возникают из параганглионарных клеток симпатической нервной системы или находятся в стволе блуждающего нерва или в ganglion nodosum блуждающего нерва. Параганглиомы составляют 18% от всех внеорганных опухолей шеи [6-8].

Суммируя клинические проявления новообразований, исходящих из периферических нервов, а также параганглиом, можно выделить три группы симптомов:

1. Симптомы, отражающие характер и рост опухоли: овоидная, шаровидная форма, солитарное расположение, гладкая (бугристая) поверхность, плотная (эластично-плотная) консистенция, ограниченная смещаемость (в горизонтальной плоскости), медленный рост.

2. Симптомы, зависящие от локализации и размера новообразования: смещение и компрессия соседних органов. Опухоль выявляется в виде «припухлости» на боковой поверхности шеи под углом нижней челюсти. При осмотре зева определяется выпячивание боковой стенки глотки. Слизистая оболочка над опухолью обычно не

изменена, хорошо смещается (в случае отсутствия нарушения целостности слоев стенки глотки). Крупное новообразование может оттеснять нёбную миндалину, выпячивать нёбную занавеску и занимать значительную часть зева.

Опухоли, расположенные в зоне бифуркации, представлены каротидными хемодектомами. Их рост может приводить к деформации и сдавлению ветвей общей сонной артерии. При пальпации иногда можно определять пульсацию сосудистого образования, при этом возможна также кратковременная потеря сознания в связи с раздражением каротидного тельца. Субъективно пациент может отмечать появление ушного шума (шума в голове и ухе) на стороне опухолевого поражения. Оклюзирующее поражение магистральных сосудов шеи может проявляться у таких больных транзиторными атаками нарушения мозгового кровоснабжения.

3. Собственно неврологические симптомы: раздражение или выпадение функции нерва. Эти симптомы зависят от расположения опухоли по отношению к нервному стволу, из которого она исходит. Если опухоль расположена в центре нерва, то сдавление волокон более выражено, а невралгические проявления более яркие; при краевом её расположении сдавление нерва менее значительно и, соответственно, бедней неврологическая симптоматика.

Опухоли с фарингопарафарингеальной локализацией либо же исходят из каудальной группы черепных нервов (IX, X, XI, XII пар) и симпатического нервного ствола, либо же вторично, с ростом опухоли, поражают указанные нервы, интимно соприкасаясь с ними или же прорастая в указанные нервные стволы. Нейропатии указанных нервов могут носить как стойкий, так и преходящий характер. Новообразования невrogenного происхождения клинически проявляются в виде парестезии глотки, ощущения инородного тела в глотке, дисфагии и пареза гортани. При расположении опухоли вдоль сосудисто-нервного пучка (или под краем грудиноключично-сосцевидной мышцы) возникают боли, иррадиирующие в затылок, плечо, шею, а также ушной шум на стороне поражения.

В клинической практике встречаются экстракраниальные менингеомы, которые развиваются из арахноидэндотелиальной ткани передней части яремного отверстия, где проходят IX, X, XI пары черепных нервов.

Вследствие роста опухоли в каудальном направлении они выявляются как опухоли фаринго-парафарингеальной области. С.О. Подвязников описывает экстракраниальную менингеому у 8 пациентов (2007). Высокое расположение новообразования (у основания черепа) сопровождается клинической симптоматикой поражения всей каудальной группы ЧН на стороне опухолевого процесса.

Большая группа новообразований диембрионального генеза – боковые кисты шеи и глотки (БКШ). Частота их возникновения составляет 25% от всех кист мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи [16]. БКШ встречаются реже срединных кист, их соотношение 1:8 [5]. Но по другим данным, боковые кисты встречаются чаще, чем срединные, их соотношении приблизительно – 13:8 [9].

Боковые кисты шеи клинически проявляются следующим образом:

1. Симптомы, отражающие характер и рост опухоли. Кистозные образования овоидной (округлой) формы, с солитарным расположением, гладкой поверхностью, плотно-эластичной консистенцией, могут смещаться в горизонтальной и вертикальной плоскости, характеризуются медленным ростом (ускорение роста образования отмечается после травмы или после перенесенного простудного заболевания).

2. Симптомы, зависящие от локализации и размера опухоли. Типичной локализацией боковых кист шеи является её боковая поверхность, под углом нижней челюсти, по переднему краю кивательной мышцы (в области сонного треугольника шеи). Деформация стенки глотки без нарушения целостности ее структур характерна для боковых кист шеи IV типа, по классификации Бейли.

Таким образом, у этих больных могут появляться симптомы со стороны глотки. А локализация кист в области бифуркации общей сонной артерии (III тип, по классификации Бейли), как правило, не сопровож-

дается местными и общими гемодинамическими нарушениями (*либо же они носят субкомпенсированный характер*). Неврологическая симптоматика с поражением нервных стволов, проходящих в парафарингеальном пространстве, у пациентов с боковыми кистами шеи не отмечается.

В совершенно отдельную группу опухолей следует выделить новообразования околоушной слюнной железы и ее глоточной порции. Эта группа опухолей встречается значительно реже. Несмотря на то, что новообразования слюнных желез относятся к «наружным» локализациям, их распознавание не всегда бывает быстрым и точным. Особенно возникают неудачи в диагностике опухолей глубоких отделов железы, ее глоточного отростка и нижнего полюса (парафарингеального пространства). Учитывая непосредственную близость внутренних отделов околоушной слюнной железы к окологлотковому пространству и перепончато-хрящевому отделу наружного слухового прохода, необходимо исключить патологию глотки и уха.

Особое клиническое значение имеют нарушения иннервации и кровоснабжения этой области, так как вовлечение сосудисто-нервных образований (в первую очередь, лицевого нерва) в опухолевый или воспалительный процесс формирует клиническую симптоматику заболевания околоушной железы. Эти знания важны для учета и понимания технических трудностей, которые встречаются при проведении диагностической пункционной биопсии опухоли, а также позволяют хирургу-отоларингологу провести хирургическое иссечение опухоли без осложнений.

Наши клинические наблюдения в течение 15 лет показали, что диагностика на дооперационном этапе у пациентов с внеорганными новообразованиями глотки (и шеи) остается проблематичной.

В настоящее время, несмотря на длительный период изучения опухолей фаринго-парафарингеальной области, не существует четких рекомендаций по использованию различных методов их диагностики, не определена предоперационная подготовка больных и не отработана тактика хирургического вмешательства при внеорганных опухолях глотки.

Таким образом, подобность гистогенеза и клиники внеорганных объемных опухолей глотки позволяет рассматривать их как отдельную группу – новообразования фаринго-парафарингеальной области шеи.

Клинические проявления опухолей фаринго-парафарингеального пространства зависят от вовлечения в процесс сосудисто-нервных образований, от размеров и направления роста и распространения опухолевого процесса.

1. Абизов Р.А. Онколарингологія. Лекції. – К: Книга плюс, 2001. – 276 с.
2. Абызов Р.А. Лорнокологія. – СПб: Диалог, 2004. – 255 с.
3. Абизов Р.А., Скорик А.А., Шило Т.В. Поєднання раку гортані з боковою кістою шиї, яка симулювана метастатичний вузол // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №2 – С. 85-86.
4. Вуйцик Н.Б. Современное состояние диагностики воспалительных заболеваний, солидных опухолей и кистозных образований головы и шеи // Вестн. РНЦРР МЗ РФ. – 2008. – №8.
5. Демина Е.Ю. Клинико-морфологическая характеристика боковых кист шеи лимфоэпителиального генеза // Світ медицина та біології (Полтава). – 2005. – №1. – С. 80-86.
6. Дудицкая Т.К. Параганглиомы шеи: клиника, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2000.
7. Дудицкая Т.К. Парафарингеальные опухоли (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 190 с.
8. Дудицкая Т.К., Матякин Е.Г. Диагностика и хирургическое лечение параганглиом шеи // Современная онкология. – 2003. – Т. 5, № 1. – http://www.consilium-medicum.com/media/onkology/03_01/22.shtml.
9. Євчев Ф.Д., Телічко А.О., Варешкіна М.О. Наш досвід діагностики та лікування хворих з бічними кістами шиї // Одеський мед. журн. – 2008. – № 2 (106). – С. 37-41.
10. Насыров В.А., Джунушалиев К.К., Кадыров М.М. Гигантская фиброма гортанной части глотки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1990. – №1. – С. 59-60.
11. Оловянный И.А. Парафарингеальные опухоли: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1970.
12. Пилипюк Н.В. Параганглиома каротидных тел // Ринологія. – 2008. – № 3. – С. 13-20.
13. Подвязников С.О. Современная диагностика, лечение и прогноз неэпителиальных опухолей головы и шеи: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Москва, 1997. – 287 с.
14. Подвязников С.О. Неэпителиальные опухоли головы и шеи. Проблемы вчера сегодня, завтра // Современная онкология. – 1999. – Т. 1, №2.
15. Потапов И.И. Доброкачественные опухоли глотки. – М., 1960.
16. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. – 2003. – Т. III. – С. 38-47.
17. Тишко Ф.О., Гичка С.Г., Рыбка В.М., Воробйов О.Л. Структурні особливості і клінічне значення пухлин малих слинних залоз ЛОР-органів // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2004. – №5-с. – С. 198.
18. Троян В.И., Мягков А.П. МР-томография при раке гортанной части глотки // Журн. вушних, носовых і горлових хвороб. – 1997. – №2. – С. 53-56.
19. Ундріц В.Ф., Хілов К.Л., Лозанов Н.Н., Супрунов В.К. Болезни уха, горла и носа. – Л.: Медицина, 1969. – С. 336-340, 406, 418-419.
20. Фалилеев В.Г. Опухоли шеи. – М., 1978.
21. Guerrier Y., Guerrier B. Les tumeurs nerveuses du cou // Rev. med. – 1974. – 15, N6. – P. 265-278.
22. Weiss S.W. Histological types of the tumors of the soft tissue. – USA, Michigan hospital, 1994.
23. Wenig B.M. Atlas of head & neck pathology. – Saunder company, 1993. – 412 p.

Поступила в редакцію 19.04.13.

© Ф.Д. Евчев, М.А. Зайцева, 2013