

СЛУЧАЙ ХОНДРОМЫ ПРАВОЙ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Е. А. Кудряшова; Д. И. Голиков

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Хондрома – это доброкачественная опухоль, характеризующаяся образованием зрелого хряща. По морфологическому строению хондрома является истинной опухолью, развивающейся из хрящевой ткани, и представляет собой гиалиновый хрящ с небольшим количеством эластических волокон без коллагеновых образований. Клетки имеют большие размеры и, в отличие от нормального хряща, расположены беспорядочно. Иногда встречаются миксоматозные изменения, очаги окостенения (с образованием костного мозга) [1]. Опухоли больших размеров могут озлокачиваться. По разным данным, удельный вес хондромы среди доброкачественных новообразований кости колеблется от 4,2 до 36,4 %. Вместе с тем, оценить реальную частоту доброкачественных опухолей хряща, в частности хондромы, довольно трудно, так как они отличаются медленным, как правило, бессимптомным течением и часто диагностируются как случайные находки. Значительно реже встречаются другие локализации опухоли (например, интракраниальные хондромы). В литературе встречаются единичные случаи описания хондромы гортани. Хондрома встречается у 2 % больных с первичными доброкачественными опухолями и опухолеподобными образованиями челюстей. Обнаруживается как на верхней, так и на нижней челюсти. Достаточно редкой локализацией хондромы являются полость носа и околоносовые пазухи. Также одной из редких локализаций хондромы является носовая перегородка и ушная раковина. Причины возникновения хондром остаются малоизученными. В большинстве случаев эти опухоли развиваются из хрящевой ткани.

Клиническая картина хондромы характеризуется наличием круглой или овальной плотной, а иногда – плотно-эластичной опухоли. Поверхность ее может быть гладкой или дольчатой и бугристой. Опухоль имеет широкое основание. Опухоль безболезненна, спаяна с подлежащими тканями, возможно прорастание ее в носовую полость, верхнечелюстную пазуху и орбиту, в связи с чем отмечается иногда невралгическая боль и парестезии.

Растет опухоль обычно медленно (до 20-40 лет), ничем не проявляя себя. Первыми признаками бывают: боль, подвижность и смещение зубов в зоне опухоли (в случае локализации в области челюстей), одышка и дисфония, иногда

расстройство глотания (в случае локализации в области гортани). Затем появляется выпячивание – плотное, неподвижное, спаянное с подлежащими тканями (с костью), часто болезненное при пальпации, иногда с симптомом пергаментного хруста.

Мы наблюдали случай хондромы правой ушной раковины у пациента 38 лет. Из анамнеза известно, что новообразование появилось 12 лет назад, медленно росло, больного не беспокоило. В связи с эстетическим недостатком в феврале 2016 обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии. При внешнем осмотре обнаружено изменение конфигурации правой ушной раковины за счет наличия новообразования в верхнем ее полюсе. Новообразование плотно-эластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, 2,5×1,5×1,0 см, на широком основании. Регионарные лимфоузлы в размере не увеличены, открывание рта в полном объеме. Патологии зубочелюстной системы не выявлено. Цитологическое заключение: хондрома.

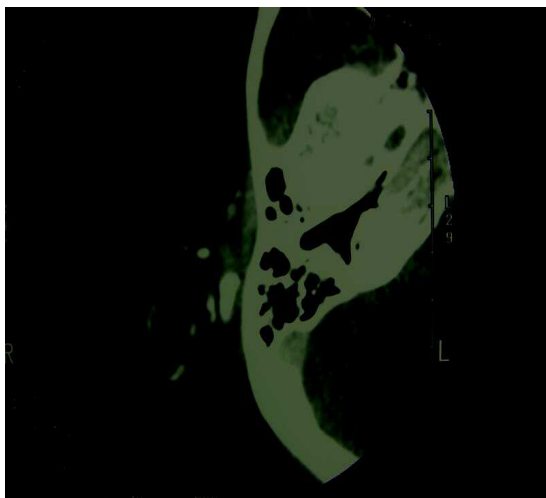


Рисунок 1 – Внешний вид больного
больного

Рисунок 2 – МРТ

Пациент подготовлен к операции. Под местной анестезией была проведена клиновидная резекция правой ушной раковины, новообразование было полностью удалено в пределах здоровых тканей. Рана ушита послойно. Операция без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. Исход лечения – выздоровление.

Макроскопически имеет вид дольчатого хрящевого образования плотной консистенции, серо-белого цвета. Морфологическое заключение: хаотично расположенные хондроциты с небольшим количеством волокнистой ткани.



Рисунок 3 – Макропрепарат

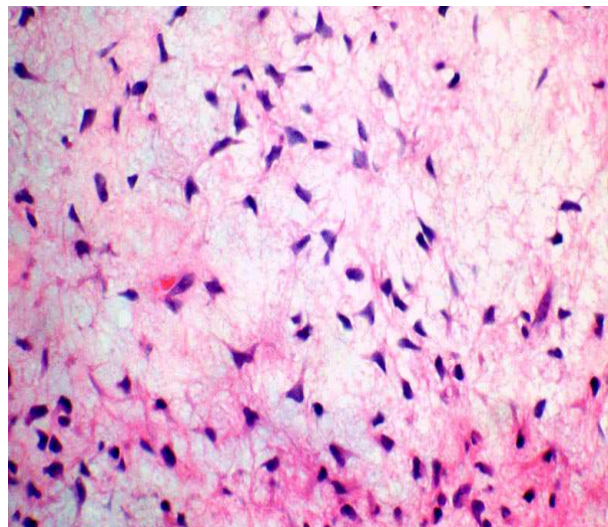


Рисунок 4 – Микропрепарат

Методом выбора при лечении хондром является радикальное хирургическое лечение. В случае локализации в области челюстей – удаление методом экономной частичной резекции, но в пределах здоровых тканей. После нерадикального удаления возможны рецидивы с малигнизацией. Только радикальное удаление опухоли гарантирует хороший исход лечения.

Заключение: несмотря на достаточно хорошее медицинское, в том числе и стоматологическое обеспечение нашего населения, еще встречаются длительно существующие, остающиеся без врачебного вмешательства опухоли челюстно-лицевой области значительных размеров. Для диагностики целесообразно использовать цитологический метод, МРТ. В случае выявления хондромы показано ее радикальное удаление с последующим морфологическим исследованием.

Литература

1. Быкова В. П. Опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки // Патолого- анатомическая диагностика опухолей человека / Под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. – М.: Медицина, 1993. – Т. 1. – С. 409–436.
2. Носуля Е. В., Молоков К. В., Винников А. К., Ким И. А., Хондрома полости носа (литература и клинический случай) / Российская ринология. – 2013. – Т.21, №1. – С. 40-43.