

## СОСУДИСТАЯ ОПУХОЛЬ ТОНЗИЛЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

М.В. Насыров, К.К. Бакиева

Сосудистые опухоли (ангиомы) ротоглотки - редко встречающиеся доброкачественные образования, берущие свое начало из дилатированных кровеносных или лимфатических сосудов. В зависимости от того, из какого сосуда произрастает опухоль, ангиомы глотки подразделяют на гемангиомы и лимфангиомы. На ранних этапах развития ангиомы не причиняют беспокойства, клинически проявляются тогда, когда уже достигают больших размеров с возникновением ряда симптомов, связанных с обструкцией ротоглотки: дисфагии, ощущения инородного тела, боли при глотании, кровотечениях. Мы приводим клинический случай: сосудистая опухоль из тонзиллярной области - лимфангиома правой небной миндалины. Опухоль, образовавшаяся из лимфатических сосудов, окрашена в бледно-желтый цвет, обусловленный заполняющей ее лимфой. Как правило, диагноз устанавливается на основании фарингоскопии и морфологического анализа образца поражённой ткани. Лечебная тактика заключается в удалении опухоли. Выбор метода удаления зависит от размера, особенностей строения и локализации новообразования. Зачастую применяется хирургическое иссечение, склерозирование, пересечение ножки, диатермокоагуляция и др. Лимфангиомы представляют меньшую опасность, чем гемангиомы, так как при их травматизации риск массивного кровотечения намного ниже. В данной статье изложены особенности диагностики и лечения как случай из практики.

*Ключевые слова:* сосудистая опухоль; лимфангиома; глотка; небные миндалины; лимфатические сосуды.

## VASCULAR TUMOR OF THE TONSILLAR REGION

M.V. Nasyrov, K. K. Bakieva

Vascular tumors (angiomas) of the oropharynx are rare benign formations originating from dilated blood vessels or lymphatic vessels. Depending on from what vessel a tumor grows, angiomas of the pharynx are divided into hemangiomas and lymphangioma. In the early stages angioma does not cause concern, clinically manifested when it already reaches large sizes with the emergence of a number of symptoms associated with obstruction of the oropharynx: dysphagia, sensations of the foreign body, pain during swallowing, bleeding. We present a clinical case: vascular tumor from the tonsillary region - lymphangioma of the right palatine tonsil. The tumor formed of lymphatic vessels, painted in a pale yellow color due to it filled by lymph. As a rule, the diagnosis is made on the basis of pharyngoscopy and morphological analysis of the sample of the affected tissue. Treatment involves the removal of the tumor. The choice of the removal method depends on the size, structure and localization of the tumor. Often used surgical excision, sclerosis, crossing the legs, diathermocoagulation, etc. Lymphangioma pose less of a danger than hemangiomas, because the risk of major bleeding caused by their trauma is much lower. This article describes the peculiarities of diagnosis and treatment as a case from practice.

**Keywords:** vascular tumor; lymphangioma; pharynx; palatine tonsils; lymphatic vessels.

По данным И. И. Потапова ангиомы составляют 13% от всех доброкачественных опухолей ротоглотки [5]. Ангиомы тонзиллярной области, образующиеся из лимфатических сосудов, называются лимфангиомами, возникают в результате пролиферации лимфатических сосудов, происходящих внутри небных миндалин (лимфоваскулярная опухоль). Им свойственно развитие в области задней и боковой стенки ротоглотки, на мягком небе и небных миндалинах, исходящие из их верхнего или нижнего полюса, а также в области корня языка. Лимфангиомы небных миндалин встречаются редко, и как доброкачественное образование из тонзиллярной области в мировой литературе отображаются с помощью различной номенклатуры под названиями лимфангиматозный полип, пальмовые миндалины или гамартома. Они представляют собой двусторонние или чаще односторонние тонзиллярные отростки и вызывают широкий спектр симптомов, обусловленных локальным раздражением в виде ощущений инородного тела при глотании, дисфагии, дизартрии, также более умеренного характера [9,5].

Частота этих опухолей в общей популяции в настоящее время неизвестна, но многие современные авторы полагают, что истинная заболеваемость наиболее вероятно выше, чем ожидалось [6]. Это прежде всего считается из-за недостаточного понимания опухоли клиницистом и запутанной гистологической номенклатуры, используемой для описания доброкачественных лимфатических поражений. Например, лимфангиматозные полипоидные поражения также были названы в литературе ангиофибромами, фиброангиомами, гамартомами и ангиомами [7]. Истинную частоту этих поражений трудно точно определить по литературным данным.

Лимфангиомы небных миндалин наблюдаются одинаково часто как у мужчин, так и женщин. Этиология и патогенез их до конца не изучены, существуют многочисленные теории. Одни авторы считают, что развитие лимфангиомы вызвано активизацией опухолевого процесса, другие, что она вызвана пороком развития лимфатической системы.

Имеется другая патогенетическая теория, которая свидетельствует о том, что хроническое воспаление миндалины - хронический тонзиллит и связанная с ней обструкция лимфатических каналов, вызывают перегрузку слизистой оболочки, а затем полипоидальное набухание [8]. Однако эта теория маловероятна, поскольку хронический тонзиллит встречается гораздо чаще, чем лимфангиома небных миндалин, а также потому, что у большинства пациентов, подвергнутых заболеванию, нет в анамнезе рецидивирующего тонзиллита.

Лимфангиомы тонзиллярной области не достигают гигантских размеров и исключительно бывают величиной не больше, чем крупная небная миндалина. Нередко последние обладают выраженным инфильтрирующим ростом, как правило, многокамерные, также могут прорасти в окружающие органы [10]. Важно отметить, что лимфангиомы небных миндалин не приводят к появлению специфически характерных симптомов. На ранней стадии формирования протекают без каких-либо проявлений, поэтому, как правило, они становятся случайной находкой при диагностических обследованиях, проводимых по другому поводу. Изредка они доставляют больному заметный дискомфорт при значительно больших размерах. Окончательная диагностика базируется на данных гистологического анализа. Следует помнить, что увеличение одной из миндалин должно вызывать подозрение на глубоко локализованную опухоль. Из этого следует, что при подозрении любого опухолевого образования необходима обязательная гистологическая верификация для онкологической настороженности. 100% подтверждением диагноза является характерная картина тканевого строения новообразования, определяемая при гистологической экспертизе, которая обычно проводится после удаления опухоли. Биопсия ангиомы, как правило, не производится, также поверхностная биопсия может дать ложно-отрицательный результат. В случае гемангиомы она опасна кровотечением, а при лимфангиоме может привести к отеку гортани и асфиксии [5]. В таких случаях необходимо произвести полное удаление новообразования с ножкой или тонзиллэктомияю.

Дифференциальный диагноз ангиомы глотки проводят с другими доброкачественными новообразованиями: фибромой, хондромой, ретенционной кистой, папилломой, диффузным полипозом и раком глотки. Известно, что значительных осложнений лимфангиомы тонзиллярной области не вызывают, но они должны быть своевременно удалены.

К методам лечения сосудистых опухолей глотки относятся хирургическое удаление, лучевая терапия и введение в опухоль склерозирующих веществ.

Мы представим клинический случай лимфангиомы правой небной миндалины размером 1.5x2.0см.

Пациент К. 59 лет (история болезни №1451\125) поступил в ЛОР отделение НГ МЗ КР 15 января 2018 года в плановом порядке с предварительным диагнозом: Новообразование правой небной миндалины. При поступлении жалобы на наличие новообразования в правой небной миндалине, дискомфорт при глотании и периодические умеренные боли, чувство инородного тела в горле.

*Из анамнеза:* со слов пациента вышеуказанные жалобы появились несколько месяцев назад, 3 недели назад пациент случайно увидел в глотке у себя опухолевидное образование. Сразу же обратился к ЛОР врачу по месту жительства, откуда был направлен в ЛОР отделение НГ МЗ КР для дальнейшего обследования и оперативного лечения.

Состояние при поступлении удовлетворительное, по органам и системам без особенностей. Общеклинические анализы в пределах нормы.

*Локально:* при орофарингоскопии рот открывает свободно, язык по средней линии, слизистая ротовой полости розовая, на правой миндалине определяется опухолевидное образование, исходящее из зевной поверхности правой небной миндалины размером 1.5x2.0см. Образование прикреплено к верхнему полюсу миндалины узким удлинненным стеблем, дистальный ее отдел имеет овальную форму с бугристой поверхностью. Образование светло-желтого цвета, безболезненное, подвижное при акте глотания. Слева небная миндалина нормотрофична, не выходит за пределы небной дужки. Остальные ЛОР органы без выраженной патологии.

Дополнительные инструментальные способы, в частности, лучевые методы диагностики КТ, МРТ и сонография не проведены в связи с отсутствием необходимости из-за ограниченного медленного роста ангиом.

После проведенного осмотра решено провести удаление образования одним блоком с правой тонзиллярной миндалиной.



*Рис.1 Фарингоскопическая картина: плотная полипоидальная масса размером 1.5 × 2 см от правой миндалины*

Макроскопически сосудистые опухоли имеют вид полипов светло-желтой окраски. Гистопатологически лимфангиома отличается от других опухолей наличием лимфатических сосудов с выраженной дилатацией, которые могут инфильтрировать в смежные мягкие ткани, формируя, тем самым, своеобразный лимфоидный агрегат: стенка

сосудов утончается, а пространство между ними заполняется протеиновой жидкостью и лимфоцитами. Иногда в подобных формированиях могут возникать вторичные кровоизлияния. В пространстве лимфатических сосудов, в свою очередь, выявляются эритроциты, макрофаги, лимфоциты, нейтрофилы, а также лимфатическая жидкость[4].

Гистопатологически лимфангиомы классифицируются следующим образом:

- 1) Простая лимфангиома состоит из мелких тонкостенных лимфатических сосудов
- 2) Кавернозная лимфангиома состоит из расширенных лимфатических сосудов с окружающей их адвентицией
- 3) Кистозная лимфангиома состоит из огромных, макроскопических лимфатических пространств, окруженных фиброваскулярной тканью и гладкой мускулатурой [2]

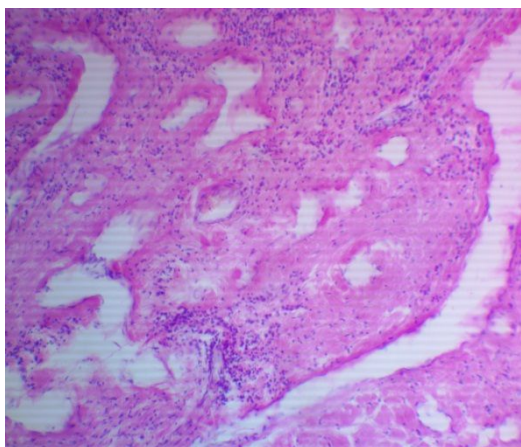


Рис.2 Гистологическая картина лимфангиомы

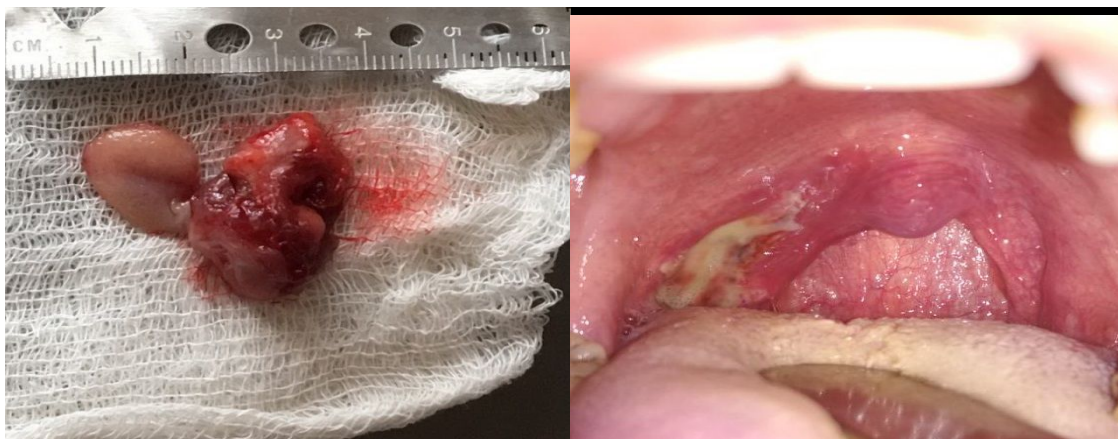
Лечение: Использование склерозирующих агентов является недостаточно эффективным, что, вероятно, вызвано прерывистой структурой базальной мембраны лимфатических сосудов. Клиницисты рекомендуют, чтобы тонзиллэктомия была целебной процедурой ятрогенного вмешательства в тех случаях, когда сосудистая опухоль возникает из миндалины[1,2,3]. Однако наблюдается распространение ангиомы в окружающие мягкие ткани. Следовательно, при таких условиях возможностей для ее полного хирургического иссечения становится все меньше. В подобных ситуациях вместе с пораженными иссекается часть здоровых тканей. При выборе аблятивных методов иссечения опухоли всегда нужно руководствоваться принципами сохранения анатомической целостности, не забывая при этом о риске инфильтрации и распространении поражения. Наиболее распространенными участками рецидивирования являются язык, области гортаноглотки и гортани. Учитывая вышеперечисленные факты, односторонняя тонзиллэктомия была нашим основным хирургическим вариантом для

данной нозологии и решено провести удаление сосудистой опухоли вместе с небной миндалиной.

Оперативное вмешательство (16.02.18) проводилось под местной анестезией. Произведен разрез по передне-верхнему краю дужки правой небной миндалины. Перед этим миндалина вместе с лимфангиомой захвачены на цапку и через разрез тупыми разводящими движениями обнажен верхний полюс миндалины. Далее передняя дужка под контролем задней границы, представленной дужкой, рассечена до капсулы. Затем миндалина отделена от дужек вместе с лимфангиомой с помощью распатора, ножницами и отсечена петлей. После этого марлевым шариком, надетым на кровоостанавливающий зажим, операционная ниша тампонируется. Тем самым, проведен тщательный гемостаз операционной зоны. Продолжительность операции составила 30 минут.

Наше клиническое наблюдение было подтверждено гистологической экспертизой после операции - лимфангиома.

**Рис.3 (А)** лимфангиома вместе с миндалиной **(Б)** фарингоскопическая картина через 5 дней



Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия. На 6-ой день больной выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР врача по месту жительства.

На контрольном осмотре больного через месяц отмечалось отсутствие спектра всех предыдущих симптомов до операции и в раннем послеоперационном периоде.

На сегодняшний день в мировой литературе работ, посвященных изучению генеза, клиники и диагностики этих новообразований очень мало. Как правило, и нет известных

способов, чтобы предотвратить развитие сосудистых опухолей тонзиллярной области. Ангиомы являются доброкачественными новообразованиями, не склонными к малигнизации, быстрому росту, разрушению окружающих их тканей и рецидивированию. В связи с этим они имеют благоприятный прогноз как для жизни пациента, так и для выздоровления, но тем не менее подлежат своевременному удалению. Широкое хирургическое удаление опухоли является рациональным тактико-техническим решением данной патологии.

### *Литература*

1. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Б73 Детская оториноларингология. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. —432 с.
2. Винников А. К., Гунчиков М. В., Лейзерман М. Г. Распространенная сосудистая опухоль ротоглотки // Вестник оториноларингологии 2002. - №3. -С. 55-56.
3. Дорvlo Теодор, Хирургическое лечение лимфангиом у детей: Автореф. дисс.канд.на мед. наук. 2009. С. 4-8
4. Копарзова О.А.,Комплексное лечение вторичных деформаций мягких тканей и костей лицевого скелета у детей с различной локализацией лимфангиомы: автореф.дис.канд.мед.наук. 2005. С. 4-31
5. Лихачев А.Г., Руководство по оториноларингологии , 1963. – С. 407-408
6. Mardekian S., Karp J. K. Lymphangioma of the palatine tonsil. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 2013;137(12):1837–1842. doi: 10.5858/arpa.2012-0678-RS.
7. Pallestrini E. A., Ameli M. Polypoid lymphangioma of the palatine tonsil. Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia. 1966;77(3):343–348.[PubMed]
8. Cengiz B. P., Acar M., Giritli E. A pedunculated lymphangiomatous polyp of the palatine tonsil. A case report. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. 2013;79(3, article 402) doi: 10.5935/1808-8694.20130069
9. Chen H. H., Lovell M. A., Chan K. H. Bilateral lymphangiomatous polyps of the palatine tonsils. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2010;74(1):87–88. doi: 10.1016/j.ijporl.2009.08.017.
10. Терзинова.В.С. Редкое наблюдение опухоли глотки у ребёнка стр 118-119  
Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины: Материалы 73-й открытой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ВолгГМУ с международным участием, посвященной 80-летию ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2015. – 776 с.