

ISSN 2181-337X

EURASIAN JOURNAL OF OTORHINOLARYNGOLOGY - HEAD AND NECK SURGERY

Volume 4 • Issue 1

2025



ejohns.scinnovations.uz



КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ГОРТАНОГЛОТКИ

Лутфуллаев У.Л.¹, Кобилова Ш.Ш.¹, Мадаминова Н.Э.², Бойназаров С.А.³, Жураев А.С.³

¹Самаркандский государственный медицинский университет

²Андижанский государственный медицинский институт

³Термезский филиал Ташкентской медицинской академии

Аннотация. Улучшение ранней диагностики новообразований гортаноглотки и организация специализированной помощи больным – общая цель онкологов и оториноларингологов, достижение которой позволит эффективно лечить данных больных. На большом клиническом материале проведен анализ данных клинического течения и дана детальная оценка каждого из методов диагностики опухолей гортаноглотки. Сделан вывод о целесообразности использования фиброэндоскопического исследования для выявления доброкачественной опухоли гортаноглотки в ранних стадиях.

Ключевые слова: опухоль гортаноглотки, симптоматика, диагностика.

Для цитирования:

Лутфуллаев У.Л., Кобилова Ш.Ш., Мадаминова Н.Э., Бойназаров С.А., Жураев А.С. Клиника и диагностика доброкачественных опухолей гортаноглотки. *Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи*. 2025;4(1):21–27. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2025.4.1.004>

CLINIC AND DIAGNOSIS OF BENIGN TUMORS OF THE LARYNGOPHARYNX

Lutfullaev U.L.¹, Kobilova Sh.Sh.¹, Madaminova N.E.², Boynazarov S.A.³, Juraev A.S.³

¹Samarkand State Medical University

²Andijan State Medical Institute

³Termez branch of Tashkent Medical Academy

Abstract. Improving early diagnosis of tumors of hypopharynx and organization of specialized care to patients - a common goal of oncologists and otolaryngologists, the achievement of which will effectively treat these patients. In a large clinical material analyzed the data of the clinical course and given a detailed assessment of each of the methods of diagnosing tumors hypopharynx. It was concluded that the feasibility of using fibroendoscopic research to identify a benign tumor in the early stages of the hypopharynx.

Keywords: hypopharynx tumor, symptoms, diagnosis.

For citation:

Lutfullaev U.L., Kobilova Sh.Sh., Madaminova N.E., Boynazarov S.A., Juraev A.S. Clinic and diagnosis of benign tumors of the laryngopharynx. *Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2025;4(1):21–27. <https://doi.org/10.57231/j.ejohns.2025.4.1.004>

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Гортаноглотка, которая является перекрестом дыхательного и пищевого тракта, тесно граничит с гортанью и пищеводом. Указанное обстоятельство обуславливает сложность и многообразие симптоматики при поражениях гортаноглотки, и диагностика их более сложна и менее изучена, чем других локализацией глотки и гортани.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить клинику и методы диагностики до-

брокачественных опухолей гортаноглотки, дать оценку каждому диагностическому методу.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

нами были обследованы 42 больных доброкачественными опухолями гортаноглотки (ДОГГ). Возраст больных ДОГГ колебался от 27 до 56 лет, средний возраст составил 38±3,5 года.

С учетом гистологического строения выявлены следующие виды ДОГГ: фиброма (74%)-31, папиллома (19%)-8 и ангиофиброма (7%)-3.

Безусловно, отправной точкой для прицель-

ного исследования и ориентации в пораженном отделе верхних дыхательных путей служат жалобы больных и выявляемая у них клиническая симптоматика.

Учитывая, что в ряде случаев имело место клинические проявления характерные для поражения нижнего отдела глотки и гортани, мы решили проанализировать клиническую симптоматику, подразделив больных на 2 группы:

I группа - 24 больных, у которых определены симптомы, характерные для поражения только нижнего отдела глотки;

II группа - 18 больных, у которых определены симптомы, характерные для поражения нижнего отдела глотки и гортани.

Анализ клинической симптоматики показывает, что для выделенных в I группу больных с поражением только элементов нижнего отдела глотки были свойственны в основном жалобы именно глоточного характера: чувство инородного тела (100,0%), усиление саливации (90,0%), поперхивание пищей, водой (85,0%), затруднение проглатывания пищи (70,0%), задержка пищи (46,7%), локальная боль в глубине глотки (88,3%) и т.д.

У больных доброкачественными опухолями гортаноглотки II группа больных выявлены также следующие симптомы:

- локальная боль при глотании, иногда с иррадиацией в ухо;
- функциональные глоточные расстройства различного характера;

Симптомы характерные для поражений гортани (охриплость голоса, стенотическое дыхание), были мало характерны для доброкачественных новообразований нижнего отдела глотки и составляли соответственно 20,0%. Указанные гортанные симптомы, видимо, не следует расценивать как «ранние» признаки поражения нижнего отдела глотки.

С нашей точки зрения, к наиболее общим, частым и ранним симптомам поражения гортаноглотки, видимо, следует отнести «дискомфорт» в виде ощущения инородного тела в глотке, боли при глотании и «локальную» боль.

Важную роль в диагностике опухолей нижнего отдела глотки играет прицельное выявление у больных при первичном обращении к врачам симптомов нарушения функции гортаноглотки при глотании контрастной массы. При этом мы

выявили, что у больных с опухолевыми поражениями гортаноглотки клинически четко выявляются следующие признаки:

- «подглатывание» т.е. повторные глотательные движения при отсутствии достаточного количества контрастной массы в полости рта и глотке;
- глотание дробными порциями, когда больной 1 столовую ложку контрастной массы глотает несколькими глотательными движениями;
- «поперхивание» при глотании контрастной массы;
- непроходимость.

В зависимости от выраженности тех или иных симптомов больные в 22 случаях (52,38%) обратились к ЛОР врачам, в 12 (28,57%) - к хирургам, в 4 (9,52%) - к терапевтам и в 4 (9,52%) - к невропатологам.

Соответственно клинической ориентации врачей, к которым обратились больные с доброкачественными новообразованиями гортаноглотки, были первично выставлены самые разнообразные диагнозы и проводился тот или иной вид лечения. Эти сведения удалось проанализировать у 42 больных (таблица 1).

Обращает на себя внимание в этом довольно разнообразном перечне первично поставленных диагнозов отсутствие какого-либо «намёка» на поражение нижнего отдела глотки. Наиболее часто (51,79%) ставились такие относительно безобидные диагнозы, как фарингит, тонзиллит, ларингит.

Сроки обращения больных за медицинской помощью и постановки диагноза от момента появления первых беспокоящих их симптомов представлены в таблице 2.

Распределение больных с учетом стадии опухоли представлено в таблице 3. У большинства больных опухоль выявлена во второй, далее третьей стадии ДОГГ. Несмотря на относительно хороший обзор гортаноглотки, 76,2% больных обратились во второй стадии распространения заболевания.

Основная часть больных с новообразованиями гортаноглотки попадает на прием к оториноларингологу или ВОП, и задачи первичной диагностики должны решать именно они. В связи с указанным, считаем целесообразным проанализировать возможности диагностических методов

исследования ЛОР-органов, применяемых в поликлинике.

Для оториноларинголога или ВОП решающим методом является зеркальная гипофарингоскопия. Однако нужно обладать немалым опытом и умением, чтобы в деталях оценить состояние гортаноглотки.

Этот анатомический отдел глотки, располагаясь на перекресте дыхательного и пищевого трактов, имеет сложную конфигурацию, а за тот короткий миг, когда больной сдерживает кашлевой и глотательный рефлекс, обусловленные введением в глотку «инородного тела» (гортанное зеркало), нужно осмотреть и оценить все ее элементы.

Представляется интересным в этом плане вопрос - насколько обозримы различные элементы гортаноглотки при непрямой (зеркальной) гипофарингоскопии.

Исходя из этого положения, мы проанализировали 42 клинических случаев доброкачественных новообразований гортаноглотки с оценкой их расположения, обозримости различных ее отделов и анатомических элементов (таблица 4).

Практически всегда выявлялись такие косвенные признаки доброкачественной опухоли гортаноглотки, как отек черпало-надгортанной складки, ограничение подвижности половины гортани, «озерцо» слюны в грушевидной ямке (симптом Джексона).

Таким образом, врач оториноларинголог при определенном старании может оценить ларингоскопически состояние проксимального отдела гортаноглотки и в зависимости от клинической симптоматики и объективных данных высказать предположение или поставить диагноз доброкачественной опухоли. Дистальный же (хрящевой) отдел остается недоступным для визуальной оценки, что указывает на необходимость применения дополнительных диагностических мероприятий.

Фиброэндоскопическое исследование было проведено у 42 больных:

- в целях поиска места роста опухоли;
- в целях уточнения границ распространения опухоли и точной ее локализации.

Из 42 больных у 35 (83,3±5,8%) установлено, что опухоль имеет значительно более широкие

границы распространения по сравнению с теми, что установлены клинически, основываясь на данных непрямой гипофарингоскопии. Полученные данные позволили планировать объем хирургического вмешательства.

Как свидетельствуют проведенные наблюдения, фиброэндоскопическое исследование нижнего отдела глотки позволяет исключить опухолевый рост или выявить опухоли этой локализации в недоступных для визуальной оценки отделах, определить границы распространения и форму роста, дифференцировать поражение дистального отдела гортаноглотки от шейного отдела пищевода.

Таким образом, фиброэндоскопический метод исследования открывает широкие возможности без риска осложнений получить объективные данные о наличии или отсутствии опухолевого процесса в нижнем отделе глотки.

Рентгенологический метод при исследованиях гортаноглотки дополняет данные зеркальной гипофарингоскопии, но в случаях поражения его дистального отдела (хрящевого) является единственным. В силу анатомо-физиологических особенностей гортаноглотки рентгенодиагностика заболеваний этой локализации представляет большие трудности, поскольку бариевая взвесь в течение 0,1 сек продвигается в пищевод.

Результаты рентгенологического исследования нам удалось проанализировать у 25 больных первичным опухолевым поражением гортаноглотки. Всем этим больным проведены боковая рентгенография.

При боковой рентгенографии у 3 больных (6,67±3,7%) были получены данные, подтверждающие поражение опухолевым процессом надгортанника, и у 2 (4,44±3,1%) - язычно-гортанной валлекулы (расширение преднадгортанникового пространства), не выявлявшиеся визуальными методами исследования (непрямой гипофарингоскопией и ФЭС) при наличии определенных субъективных ощущений у больных, свидетельствующих о дискомфорте при глотании. У 2 больных (4,44±3,1%) выявлена «размытость» тени черпаловидных хрящей, что клинически проявлялось отеком и ограничением подвижности черпаловидных хрящей.

У 42 больных было проведено контрастиро-

ванное исследование бариевой взвесью с проведением функциональных проб; у 7 выявлена асимметрия в заполняемости грушевидных синусов, у 5 отмечено поперхивание и у 3 -задержка контраста в обоих грушевидных синусах.

Поперхивание имело место у больных с опухолевым поражением надгортанника (его язычной поверхности), что было обусловлено его фиксацией и неспособностью выполнять свою физиологическую функцию -прикрывать и защищать вход в гортань от попадания инородной массы (в частности пищевой контрастной массы).

К сожалению, среди наблюдавшихся нами больных в основном имели место распространенные процессы, при которых клиническая симптоматика и данные не прямой гипотарингоскопии не позволяли усомниться в наличии патологического процесса. А в двух случаях при отсутствии объективной и субъективной симптоматики (непрямая гипотарингоскопия и отрицательные данные рентгенологического исследования) лишь фиброэндоскопически удалось обнаружить опухоль дна грушевидной ямки (0,3х0,5 см).

КТ и МРТ-томография гортаноглотки, которые проведены у 38 и 31 соответственно, констатируют деформацию ее просвета, дополнительное мягкотканное образование, которые не были обнаружены при рентгенографии.

При распространении процесса в параларингеальное и паратарингеальное пространства на компьютерных томограммах соответствующей области четко определяются асимметрия мягких тканей, объем пораженных тканей, плотность, четкость границ и наличие капсулы. На основании анализа указанных параметров образования удается высказаться в пользу доброкачественности или злокачественности процесса. Кроме того, при решении вопроса о хирургическом вмешательстве при поражении паратарингеального пространства бывает важно знать взаимоотношения опухоли и магистральных сосудов шеи. Именно КТ или МРТ-томография позволяет решить вопрос о возможных сложностях, которые могут возникнуть по ходу оперативного вмешательства, и предотвратить серьезные кровотечения. В плане ранней диагностики доброкачественных новообразований гортаноглотки

КТ мало информативна. В этом плане МРТ-томография превосходит КТ, т.к. с ее помощью можно более детально оценить параметры мягких тканей (плотность, взаимосвязь с окружающими тканями).

Поскольку основным клиническим симптомом поражения гортаноглотки является нарушение акта глотания, исследование с бариевой взвесью его функциональных особенностей может явиться положительным моментом в плане диагностики.

Таким образом, рентгенологический метод является одним из основных в клиническом исследовании состояния гортаноглотки, а при локализации процесса в дистальном (хрящевом отделе) - ведущим. Однако лучевая диагностика не может считаться методом раннего выявления доброкачественных новообразований гортаноглотки, пока процесс не достиг определенного объема.

Морфологическая верификация характера патологического процесса является важным моментом в решении вопроса о выборе рациональной тактики лечения. Этот вопрос не является дискуссионным в силу своей значимости.

Как указывалось выше, больные с опухолями нижнего отдела глотки поступают в основном при II и III стадиях, однако, несмотря на наличие довольно распространенного процесса, взять материал для гистологической верификации опухоли не всегда представляется возможным из-за того, что в большинстве случаев имелся эндофитный рост опухоли. Кроме того, примерно в 20% случаев имеет место рост новообразования в дистальном (хрящевом) отделе гортаноглотки, который трудно доступен как для визуального осмотра, так и для инструментального взятия материала на морфологическое исследование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ клинических историй болезни больных доброкачественными новообразованиями гортаноглотки, а также различных диагностических методик, применяемых для подтверждения характера процесса, показал следующее:

1. 92,9% больных с ДОГГ поступают во второй и третьей стадиях распространения процесса.
2. К наиболее ранним симптомам, которые

Таблица 1

Диагнозы, поставленные врачами при первичном обращении больных с доброкачественными новообразованиями гортаноглотки

Первичный диагноз	абсолютное число	(%)
Фарингит	8	19,0
Хронический тонзиллит	17	40,5
Лимфаденит	3	7,1
Эзофагит	5	11,9
Ларингит	7	16,7
Остеохондроз шейного отдела позвоночника	2	4,8
Всего	42	100,0

Таблица 2

Сроки обращения больных за врачебной помощью и постановки диагноза от момента появления первых беспокоящих их симптомов

Месяцы	Обращение к врачу		Постановка диагноза	
	абс. число	(%)	абс. число	(%)
до 3	11	26,19	6	14,28
3-6	22	52,38	14	33,34
6-9	5	11,90	9	21,43
9-12	3	7,14	8	19,05
более 12	1	2,39	5	11,90
Всего	42	100,0	42	100,0
Средние сроки	4,8+1,5 мес		7,4+1,5 мес	

Таблица 3

Распределение больных с учетом стадии ДОГГ

Стадия	Всего	Вид опухоли		
		Папиллома	Ангиофиброма	Фиброма
I стадия	3 – 7,1%	2	-	1
II стадия	32 – 76,2%	4	3	25
III стадия	7 – 16,7%	5	-	2
ИТОГО	42 – 100%	8	3	31

Таблица 4

Обозримость при зеркальной гипофарингоскопии различных элементов гортаноглотки (N=42)

Анатомические элементы	Доступность для визуальной оценки	Методика, улучшающая обозримость, или косвенные признаки
Язычная поверхность надгортанника и язычно-гортанная vallecula	Хорошо обозримы при свернутом типе строения надгортанника. Плохо обозримы при развернутом типе надгортанника.	Анемизация надгортанника и корня языка, отодвигание специальным инструментом надгортанника в сторону гортани

Грушевидная ямка -внутренняя стенка (прилежащая к гортани)	Хорошо обозримы верхние отделы (перепончатая часть). Практически не обозрим нижний отдел (хрящевая часть)	Выявляются вторичные симптомы: «озерцо» слюны в грушевидной ямке
Заперстневидное пространство	Не обозримо	Застойные явления в области черпал, нарушение подвижности черпал

должны настораживать врачей поликлиник, в плане возможного «неблагополучия» в гортаноглотке, могут служить такие дискомфортные явления, как «чувство инородного тела» в глотке, локальная боль, усиление саливации. Больные с этими жалобами должны быть взяты на диспансерный учет. В случаях неэффективности проводимых консервативных мероприятий в течение 10 дней и при отсутствии местных проявлений банальных заболеваний рекомендуется проведение дополнительных исследований.

3. Непрямая зеркальная гипотарингоскопия оказывается успешной при расположении опухоли в проксимальном отделе гортаноглотки.

4. Применение фиброэндоскопического исследования открывает широкие возможности для выявления доброкачественной опухоли гортаноглотки в ранних стадиях, при наличии каких-либо дисфагических явлений, особенно при поражении дистального ее отдела и дна грушевидных синусов.

5. Рентгенологические методы и КТ, МРТ исследования дают информацию о степени распространенности опухоли, выраженности глоточных нарушений лишь при достижении опухолью гортаноглотки определенного объема, но не могут служить методическим основанием для ранней диагностики новообразований этой локализации.

6. Морфологическая верификация опухоли гортаноглотки должна явиться обязательным этапом исследования, поскольку в этой анатомической зоне может локализоваться ряд других заболеваний.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов.

ИСТОЧНИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ И МАТЕРИАЛОВ

Все данные, полученные или проанализированные в ходе этого исследования, включены в настоящую опубликованную статью.

ВКЛАД ОТДЕЛЬНЫХ АВТОРОВ

Все авторы внесли свой вклад в подготовку исследования и толкование его результатов, а также в подготовку последующих редакций. Все авторы прочитали и одобрили итоговый вариант рукописи.

ЭТИЧЕСКОЕ ОДОБРЕНИЕ И СОГЛАСИЕ НА УЧАСТИЕ

Были соблюдены все применимые международные, национальные и/или институциональные руководящие принципы по уходу за животными и их использованию.

СОГЛАСИЕ НА ПУБЛИКАЦИЮ

Не применимо.

ПРИМЕЧАНИЕ ИЗДАТЕЛЯ

Журнал "Евразийский журнал оториноларингологии - хирургии головы и шеи" сохраняет нейтралитет в отношении юрисдикционных претензий по опубликованным картам и указаниям институциональной принадлежности.

Статья получена 19.03.2025 г.

Принята к публикации 23.03.2025 г.

CONFLICT OF INTERESTS

The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

SOURCES OF FUNDING

The authors state that there is no external funding for the study.

AVAILABILITY OF DATA AND MATERIALS

All data generated or analysed during this study

are included in this published article.

AUTHORS' CONTRIBUTIONS

All authors contributed to the design and interpretation of the study and to further drafts. All authors read and approved the final manuscript.

ETHICS APPROVAL AND CONSENT TO PARTICIPATE

All applicable international, national, and/or institutional guidelines for the care and use of animals were followed.

CONSENT FOR PUBLICATION

Not applicable.

PUBLISHER'S NOTE

Journal of *"Eurasian Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery"* remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Article received on 19.03.2025

Accepted for publication on 23.03.2025

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Mehmet A, Orhan S, Suphi M. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: Radiological evaluation and pre-operative embolization. KBB Forum. 2006;5:58–61.
2. McDaniel RK, Houston GD. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma with lateral extension into the cheek: Report of case. J Oral Maxillofac Surg. 1995;53:473–6.
3. Martins MB, Lima FV, Mendoca CA, Jesus EP. Nasopharyngeal Angiofibroma: Our experience and literature review. Int Arch Otorhinolaryngol. 2013;17:14–9.
4. Dillard DG, Cohen C, Muller S, Del Gaudio J, Reichman O, Parrish B, et al. Immunolocalization of activated transforming growth factor beta1 in juvenile nasopharyngeal angiofibroma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2000;126:723–5.
5. Shaheen OH. Angiofibroma. In: John NG, editor. Scott and Brown Otolaryngology. 5th ed. London: Butterworth-Heinemann; 1987. pp. 291–4.
6. Kabot TE, Goldman ME, Bergman S, Schwartz RD. Juvenile nasopharyngeal angiofibroma: An unusual presentation in the oral cavity. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1985;59:453–7.
7. Harrison DF. The natural history, pathogenesis, and treatment of juvenile angiofibroma. Personal experience with 44 patients. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1987;113:936–42.
8. Lloyd G, Howard D, Phelps P, Cheesman A. Juvenile angiofibroma: The lessons of 20 years of modern imaging. J Laryngol Otol. 1999;113:127–34.
9. Coutinho-Camillo CM, Brentani MM, Nagai MA. Genetic alterations in juvenile nasopharyngeal angiofibromas. Head Neck. 2008;30:390–400.
10. Biswas D, Saha S, Bera SP. Relative distribution of the tumours of ear, nose and throat in the paediatric patients. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2007;71:801–5.