

Е. Л. Малец, В. Р. Рыбак, М. В. Песоцкая

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ АДЕНОМА СРЕДНЕГО УХА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Республиканский научно-практический центр оториноларингологии,
г. Минск, Беларусь*

Ключевые слова: нейроэндокринная аденома, новообразование среднего уха, височная кость, редкие новообразования.

A. L. Malets, V. R. Rybak, M. V. Pesotskaya

NEUROENDOCRINE ADENOMA OF THE MIDDLE EAR (CLINICAL OBSERVATION)

Republican Scientific and Practical Center of Otorhinolaryngology, Minsk, Belarus
Key words: neuroendocrine adenoma, middle ear tumor, temporal bone, rare tumors.

Актуальность. Нейроэндокринная аденома (НЭА) среднего уха является редкой патологией и составляет менее 2 % всех опухолей среднего уха. Новообразование клинически может проявляться неспецифическими симптомами, что значительно затрудняет современную диагностику. Аденома среднего уха впервые описана V. Huams и соавт. в 1976 г., а позже E. Derlacki и соавт. как редкое новообразование, требующее дифференциальной диагностики с другими заболеваниями среднего уха [1, 2].

НЭА чаще встречается у людей 20–30 лет, однако диапазон может варьировать в пределах 16–80 лет, по данным зарубежных коллег, с преимущественным выявлением у лиц мужского пола. За последние 10 лет в англоязычной литературе описаны 160 случаев, в России — 6 случаев за 5 лет. Пациенты отмечают незначительное снижение слуха на протяжении нескольких лет, заложенность и звон с одной стороны. В редких случаях наблюдается головокружение.

НЭА барабанной полости зачастую описывается как доброкачественная опухоль, однако есть данные о злокачественном потенциале, с частотой рецидивов до 30 % и возможным метастазированием. Гистология образова-

ния неоднозначна и является крайне сложной для верификации заболевания. НЭА описывается как железистая опухоль с нейроэндокринными характеристиками.

Картина отомикроскопии зачастую — это интактная барабанная перепонка с прилежанием к ней непульсирующего новообразования розового или бледно-розового цвета. Возможно незначительное утолщение барабанной перепонки. Тимпанометрия у таких пациентов во всех случаях тип В. Снижение слуха по данным тонально пороговой аудиометрии (ТПА) кондуктивного характера либо смешанного с преобладанием кондуктивного компонента.

В 2018 г. J. Marinelli с соавт. разработал классификацию НЭА, которая учитывает объем опухоли, вовлеченность важных сосудистых и нервных структур, наличие метастазов и секреторную активность образования (табл. 1). Классификация позволяет определить дальнейшую тактику лечения и спрогнозировать возможный рецидив заболевания [2].

Таблица 1

Классификация НЭА (J. Marinelli и соавт.)

T1	Опухоль, ограниченная барабанной полостью, которая не вовлекает слуховые косточки
T2a	Опухоль, ограниченная барабанной полостью, вовлекающая слуховые косточки с их эрозией или без
T2в	T2a с распространением в область сосцевидного отростка
T2с	T2a или T2b с распространением в наружный слуховой проход
T3	Опухоль прилежит к важным сосудисто-нервным структурам (внутренняя сонная артерия, лицевой нерв, сигмовидный синус, твердая мозговая оболочка)
T4	Интрадуральное распространение опухоли
N0	Нет метастазов в регионарные лимфоузлы
N1	Имеются метастазы в регионарные лимфоузлы (обычно околоушные и шейные)
M0	Нет отдаленных метастазов
M1	Имеются отдаленные метастазы (обычно в кости, печень, легкие)
S0	Несекретирующая опухоль
S1	Гормонсекретирующая опухоль (например, серотонин)

Лечение НЭА хирургическое. Четко отработанного алгоритма на сегодняшний день в отношении объемов хирургического лечения, возможных доступов нет, поэтому выбор производится с учетом индивидуальных особенностей пациента, анатомии уха, а также анатомии распространения образования [1, 2].

Цель: описать клинический случай ведения пациента с редким новообразованием среднего уха на амбулаторном и стационарном этапах оказания медицинской помощи.

Материалы и методы. Нами представлены результаты наблюдения пациентки Д., 45 лет. По данным анамнеза известно, что пациентка считает себя больной около 5 лет, когда впервые появился звон в левом ухе и незначительное снижение слуха слева. С 2022 г. систематически наблюдается

у сурдолога в поликлинике РНПЦ оториноларингологии. По совокупности жалоб и анамнеза выполнена компьютерная томография (КТ) височных костей (2022). Заключение: КТ-признаки образования барабанной полости левой височной кости (тимпанальный гломус?). Рекомендовано стационарное лечение для ревизии барабанной полости. В 2023 г. в условиях взрослого оториноларингологического отделения взята биопсия новообразования среднего уха. Гистологический ответ — образование доброкачественного характера (?).

Жалобы на звон в ухе у пациентки усилились, но слух на левое ухо был близкий к норме. Отоскопически отмечался быстрый рост опухоли, бледно-розовое образование выбухало в слуховой проход, выпячивая барабанную перепонку, признаков пульсации не было. Менингеальных симптомов, вестибулярных нарушений и явлений пареза лицевого нерва не выявлено. Повторно выполнено КТ и МРТ-исследование височных костей (рис. 1, 2, 3).

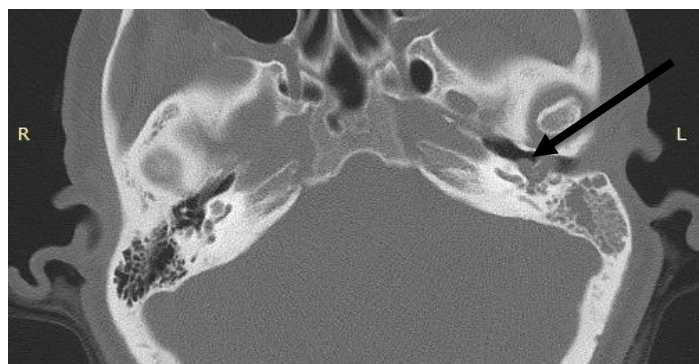


Рис. 1. КТ височных костей (аксиальная проекция), стрелкой указана НЭА



Рис. 2. КТ височных костей (коронарная проекция), стрелкой указана НЭА



Рис. 3. МРТ височных костей (коронарная проекция), стрелкой указана НЭА

МРТ — признаков холестеатомы левой височной кости не выявлено, образование умеренно накапливает контрастное вещество.

В августе 2024 г. пациентка повторно госпитализирована в оториноларингологическое отделение для взрослых РНПЦ оториноларингологии, была выполнена saniрующая операция закрытого типа (аттикоадитотомия) на левом ухе с удалением образования и тимпанопластикой 1 типа: под

эндотрахеальной анестезией выполнена отомикроскопия слева: наружный слуховой проход резко сужен, барабанная перепонка тусклая, розовая, выбухает в задних отделах. Аттик, гипо- и мезотимпанум выполнены мягкотканым новообразованием, плотно спаянным с барабанной перепонкой и слизистой оболочкой барабанной полости, вдающееся в адитус и в тимпанальное устье слуховой трубы, исходящее из гипотимпанума. Адитус блокирован образованием, антрум свободный. Образование блокирует круглое и овальное окна. Цепь слуховых косточек фиксирована в опухолевых массах. Новообразование аккуратно отсепаровано и удалено, слуховые косточки без признаков эрозии, сохранены, подвижны. Описание удаленного образования: округлое мягкотканое новообразование бледно розового цвета.

Пациентка выписана из стационара на 10-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии, слух удалось сохранить на прежнем уровне (рис. 4).

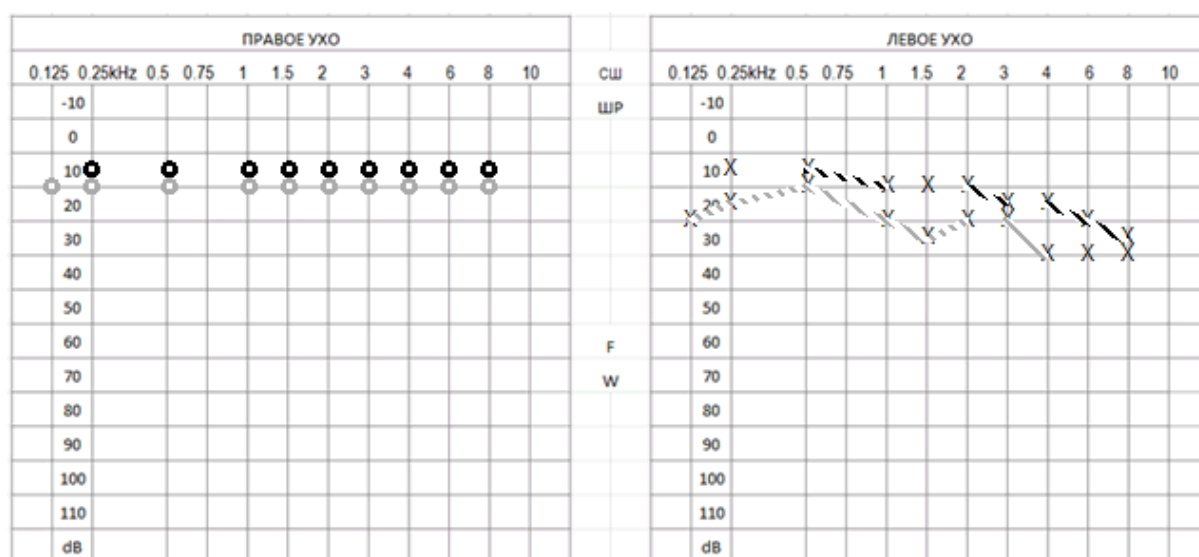


Рис. 4. ТПА пациентки Д.

Результаты гистологического исследования: иммуноморфологическая картина хорошо дифференцированной нейроэндокринной опухоли. G2. (C30.1, по МКБ-10). После дообследования, согласно классификации J. Marinelli, в данном случае НЭА среднего уха может быть классифицирована следующим образом: T2cN0M0, риск рецидива новообразования — 30 %. На данный момент пациентка проходит лечение в условиях РНПЦ онкологии и медицинской радиологии им. Н. Н. Александрова. В течение первого года наблюдения признаков рецидива НЭА нет.

Выводы. Диагностика НЭА среднего уха крайне важна, так как данное новообразование имеет злокачественный потенциал с возможностью метастазирования. Дифференцировать НЭА с другими патологическими процессами среднего уха необходимо на каждом этапе диагностики. Большую

роль в этом вопросе имеет результат мультиспиральной компьютерной томографии височных костей и магнитно-резонансной томографии, однако окончательные выводы стоит производить после получения результатов гистологического исследования образования.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Нейроэндокринные* аденомы среднего уха / А. И. Крюков [и др.] // Вестник оториноларингологии. – 2022. – Т. 87, № 5. – С. 63–69.
2. *Middle ear adenomatous neuroendocrine tumors: suggestion for surgical strategy* / B. Xie [et al.] // Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. – 2022. – Vol. 88, № 1. – С. 83–88.