

УДК 616.28-006.3.04  
<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-3-78-81>

## Злокачественные опухоли наружного и среднего уха

В. К. Лисин<sup>1</sup>, Ю. А. Мухин<sup>1</sup>, А. В. Нестерова<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ульяновская областная клиническая больница,  
г. Ульяновск, 432063, Россия

<sup>2</sup> Ульяновский государственный университет,  
г. Ульяновск, 432970, Россия

## Malignant tumors of outer and middle ear

V. K. Lisin<sup>1</sup>, Yu. A. Mukhin<sup>1</sup>, A. V. Nesterova<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ulyanovsk Regional Clinical Hospital,  
Ulyanovsk, 432063, Russia

<sup>2</sup> Ulyanovsk State University,  
Ulyanovsk, 432970, Russia

Описывается клинический случай пациента 38 лет с сопутствующим псориатическим артритом, направленным в ЛОР-отделение ГУЗ УОКБ с диагнозом «острый двусторонний средний перфоративный гнойный отит, осложненный наружным, околоушной левосторонний лимфаденит». В анамнезе: первое обращение с жалобами на боли в левом ухе в марте 2019 г., получал лечение, отмечалась положительная динамика. Повторное обращение в октябре 2019 г. В связи с ухудшением состояния направлен в ГУЗ УОКБ. При поступлении предъявлял жалобы на выделения из левого уха, боли ноющего характера в ухе, головную боль, наличие опухолевидного образования в области боковой поверхности шеи слева, асимметрию лица, интенсивные боли в области правого уха, кровянистые выделения из правого слухового прохода, наличие образования у входа в правый слуховой проход, слабость, сухость во рту. По результатам КТ и рентгенографии сосцевидных отростков по Шюллеру: признаки деструктивного процесса в области височной, основной костей и сосцевидного отростка слева. На УЗИ мягких тканей шеи слева: жидкостное образование, в подчелюстной области измененный лимфоузел. Больному выполнена расширенная радикальная операция на левом ухе с мастоидотомией. Произведено вскрытие лимфоаденоабсцесса шеи слева. Интраоперационно выполнена биопсия различных участков среднего и наружного уха слева и образования наружного слухового прохода справа. По результатам гистологического исследования в наружном слуховом проходе и среднем ухе слева, в слуховом проходе справа выявлен рост плоскоклеточного рака. После консультации в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер» выставлен диагноз: рак слизистой оболочки среднего уха слева IV степени (T4N1M0). Рак наружного уха справа IV(T4N0M0), сахарный диабет II типа, псориатический полиартрит, рекомендовано химиолучевое лечение. Таким образом, впервые за много лет мы наблюдали двусторонний злокачественный процесс в ухе.

**Ключевые слова:** рак наружного слухового прохода, плоскоклеточный рак.

**Для цитирования:** Лисин В. К., Мухин Ю. А., Нестерова А. В. Злокачественные опухоли наружного и среднего уха. *Российская оториноларингология*. 2020;19(3):78–81. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-3-78-81>

It is described the clinical case of a 38-year-old patient with concomitant psoriatic arthritis. He was directed to the Otolaryngology department of Ulyanovsk Regional Clinical Hospital with a diagnosis of Acute bilateral perforated purulent otitis media complicated by external one. Parotid left lymphadenitis. . In the medical history: the first treatment with complaints of pain in the left ear in March 2019, received treatment, there was a positive change. Return visit in October 2019. In connection with the deterioration of his condition, he was sent to the Ulyanovsk Regional Clinical Hospital. Upon admission, he complained of discharge from the left ear, aching pain in the ear, headache, the presence of a tumor-like formation in the lateral surface of the neck on the left, facial asymmetry, intense pain in the right ear, bloody discharge from the right ear canal, presence of formation at the entrance in the right ear canal, weakness, dry mouth. The results of computed tomography and X-ray studies of the mastoid processes according to Schuller showed signs of a destructive process in the region of the temporal, sphenoid bones, and the mastoid process on the left. An ultrasound of the soft tissues of the

neck on the left revealed fluid formation and an altered lymph node in the submandibular region. The extended radical surgery on the left ear with mastoidotomy was done to the patient. It was performed lancing of the abscess of lymph nodes of the neck on the left. It was done a biopsy of various sections of the middle and outer ear on the left intraoperatively and the formation of the external ear canal on the right. According to the results of a histological examination it was revealed the growth of squamous cell carcinoma in the external ear canal and middle ear on the left, in the ear canal on the right. After a consultation at the Regional Clinical Oncology Center, the following diagnosis was made: "Cancer of the mucous membrane of the middle ear of the left in stage IV (T4N1M0). External ear cancer on the right in stage IV (T4N0M0). Type II diabetes mellitus. Psoriatic polyarthritis. It was recommended chemoradiation treatment. Thus, we observed a bilateral malignant process in the ear the first time over many years.

Keywords: cancer of the external ear canal, squamous cell carcinoma.

**For citation:** Lisin V. K., Mukhin Yu. A., Nesterova A. V. Malignant tumors of outer and middle ear. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2020;19(3):78–81. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-3-78-81>

Злокачественные опухоли наружного и среднего уха встречаются крайне редко (1–2% случаев от всех онкологических заболеваний). При этом поражение ушной раковины наблюдаются в 67,9%, наружного слухового прохода – в 20,7% случаев [1]. По данным зарубежных авторов [2]: рак ушной раковины встречается реже – в 19%, чем наружного слухового прохода – в 54% случаев. Рак среднего уха (PCY) встречается еще реже. Данная патология регистрируется в единичных случаях и составляет до 0,06% среди всех онкологических заболеваний. На долю PCY среди злокачественных опухолей уха приходится только 5% наблюдений [3].

Злокачественные опухоли в области уха возникают, как правило, на фоне патологических процессов и состояний [4, 5], которые называют фоновыми или предраковыми. Предопухолевыми процессами и состояниями со стороны наружного уха являются опухолеподобные образования и доброкачественные опухоли, способные к малигнизации. В литературе описаны случаи озлокачествления келоидов, папиллом, церумином, невусов. Особую опасность представляют плоскоклеточные папилломы с ороговением (вторичный кожный рог). Фоновыми состояниями могут быть рубцы после термических (отморожение, ожог) и механических травм, фоновыми процессами – хроническое воспаление кожи (наружный отит, дерматиты, экземы), а также длительная мацерация кожи слухового прохода гнойным отделяемым, при хроническом гнойном среднем отите. Предрасполагающими факторами развития рака среднего уха также могут являться радиационное облучение, длительное раздражение барабанной полости гнойным отделяемым, которое способствует развитию грануляций, полипов и их малигнизации [4].

Морфологическая структура злокачественных опухолей наружного уха многообразна. В основном преобладает базально-клеточный и плоскоклеточный рак (61%), реже встречается железистый (38%) [6].

Местом возникновения опухоли наружного слухового прохода может явиться любая из его стенок. Так, В. Ф. Антонив [5] отмечает преимущественное развитие злокачественного процесса в области хрящевого отдела наружного слухового прохода на нижней и задней стенках.

Локализация метастазов зависит от анатомо-топографических особенностей уха, от направления лимфоотока по развитой сети лимфатических сосудов. Метастазы чаще всего обнаруживаются в заушных и подчелюстных лимфатических узлах. При прогрессировании опухолевого процесса метастазы определяются в глубоких шейных лимфатических узлах. Двусторонние метастазы практически не наблюдаются [4].

Злокачественные опухоли наружного слухового прохода недоступны непосредственному наблюдению, развиваются незаметно и выявляются случайно. Злокачественные новообразования наружного уха в течение короткого отрезка времени распространяются на среднее ухо, сосцевидный отросток, околоушную слюнную железу, височно-нижнечелюстной сустав, кости черепа [3, 5].

Установить правильный диагноз рака наружного слухового прохода чрезвычайно трудно. Большинство больных поступают в стационар с опухолевым процессом III–IV стадии. К моменту морфологической верификации диагноза более, чем у 60% больных опухоль выходит за пределы уха.

Рак среднего уха диагностируется, как правило, при распространенном процессе или во время проведения операции [3]. Поздняя диагностика объясняется сложными анатомо-топографическими особенностями среднего уха. Этим же можно объяснить отсутствие, до настоящего времени, общепринятой классификации стадий заболевания. Так, в классификациях, предложенных К. И. Плесковым [7] и Б. А. Шварцем [8], за основу определения стадии заболевания взята степень деструкции костной ткани. Однако до операции, даже с использованием современной аппаратуры, не всегда можно объективно оценить распространенность процесса в височной

кости. По данным исследователей, кровотечения и зловонные выделения из уха возникают при III стадии, хотя они могут наблюдаться даже в I стадии онкологического процесса. При этом врачи часто не выявляют шейные метастазы даже при III и IV стадиях рака [6].

Приводим клинический случай. Пациент М., 38 лет, госпитализирован в ЛОР-отделение ГУЗ УОКБ с диагнозом «острый двусторонний средний перфоративный гнойный отит, осложненный наружным, левосторонний шейный лимфаденит, аденоабсцесс шеи слева».

Из анамнеза заболевания: первое обращение с жалобами на боли в левом ухе в марте 2019 г., назначен курс консервативной терапии, отмечалась положительная динамика. Повторно больной обратился в октябре 2019 г. с аналогичными жалобами. Около месяца лечился по месту жительства. Направлен в ГУЗ УОКБ в связи с ухудшением состояния и неэффективностью лечения. При поступлении предъявлял жалобы на выделения из левого уха, боли ноющего характера в ухе, головную боль, наличие опухолевидного образования в области боковой поверхности шеи слева, асимметрию лица, отек в области челюстного сустава слева, интенсивные боли в области правого уха, кровянистые выделения из правого слухового прохода, наличие образования у входа в правый слуховой проход, слабость, сухость во рту. Пациент, инвалид III группы по кожному заболеванию (псориатический артрит), принимает метотрексат. В экстренном порядке проведены УЗИ мягких тканей шеи, рентгенография височных костей по Шюллеру, общеклинические исследования.

На УЗИ мягких тканей шеи: слева на шее локализуется жидкостное образование размерами 53×41×51 мм, объемом 62 мл с мелкодисперсной

взвесью, в подчелюстной области измененный лимфоузел 20×16 мм.

На рентгенограмме височных костей по Шюллеру: деструкция ячеек сосцевидного отростка слева.

В общеклинических исследованиях обращали на себя внимание: повышенный С-реактивный белок, сахар крови, сахар в моче, пониженный гемоглобин и эритроциты, повышенная СОЭ.

Выставлен предварительный диагноз: «подострый левосторонний средний отит, вялотекущий мастоидит, периферический парез лицевого нерва, аденоабсцесс шеи, шейный лимфаденит слева, псориатический артрит, медикаментозная ремиссия, новообразование правого слухового прохода (С-г ?)».

Пациенту была проведена компьютерная томография: выявлены литическая деструкция ячеек сосцевидного отростка височной кости слева, большого крыла основной кости, височной кости, понижение пневматизации ячеек левого сосцевидного отростка за счет гиподенсивного содержимого (рис.). Пациент консультирован ревматологом, эндокринологом, выставлен диагноз: «сахарный диабет 2-го типа, впервые зарегистрированный».

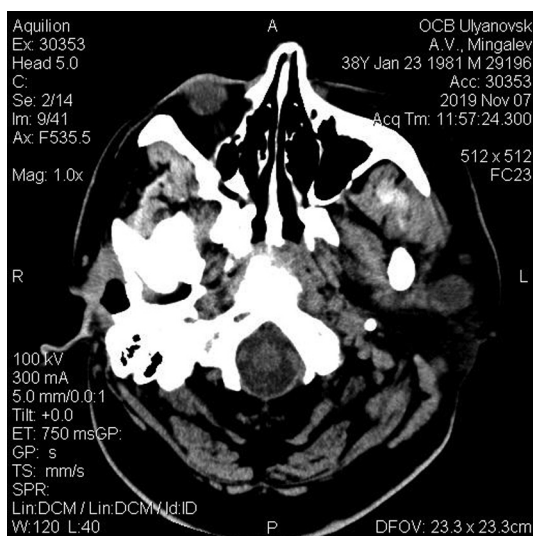
Больному выполнена расширенная радикальная операция на левом ухе с мастоидотомией. Максимально удалены деструктивные элементы в пределах здоровой кости. Удалена задневерхняя стенка слухового прохода. Произведено вскрытие л/у шеи – получено 50 мл серозной жидкости. Интраоперационно выполнена биопсия различных участков среднего и наружного уха. Взята биопсия образования наружного слухового прохода справа.

В послеоперационном периоде пациент получал антибактериальную терапию в соответствии с микрофлорой (выделены *Enterococcus casseliflavus* и *Str. haemolyticus*), инсулинотерапию, местное лечение.

По результатам гистологического исследования в наружном слуховом проходе слева выявлен инфильтративный рост плоскоклеточного рака с гнойно-некротическим воспалением. В среднем ухе комплексы плоскоклеточного неороговевшего рака. Справа: рост плоскоклеточного рака с тенденцией к ороговению.

Направлен на консультацию в ГУЗ «Областной клинический онкологический диспансер», где на врачебном консилиуме был поставлен диагноз: «Рак слизистой оболочки среднего уха слева IV степени (T4N1M0). Рак наружного уха справа IV (T4N0M0). Сахарный диабет II типа. Псориатический полиартрит». Рекомендовано: химиолучевое лечение. Пациент направлен на дальнейшее лечение в ГУЗ ОКОД.

Таким образом, впервые за много лет мы наблюдали двусторонний злокачественный процесс



Опухоль среднего уха справа.  
A tumor of the middle ear on the right.

в ухе. При этом с одной стороны поражение наружного слухового прохода и слизистой среднего отдела уха, а с другой – только наружного. Фоновым заболеванием для развития раковой опухоли наружного уха справа, возможно, явился сопутствующий псориазический процесс. В левом ухе, учитывая результаты гистологического исследования: плоскоклеточный рак и отсутствие хронического гнойного среднего отита в анамнезе, также можно предположить, что процесс начался с наружного

слухового прохода, далее распространился на соседние отделы и окружающие ткани. Приведенное нами наблюдение подтверждает необходимость более тщательного обследования больных с рецидивирующими гнойными процессами в ухе и свидетельствует об отсутствии достаточной онконастороженности у ЛОР-специалистов (особенно у врачей первичного звена).

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антонив В. Ф., Попадюк В. И., Чернолев А. И. Первично-множественный метакронный рак уха (клиническое наблюдение). *Вестник оториноларингологии*. 2016; 3:30–32 doi:10.17116/otorino201681330-32
2. Dehner L., Chen K. Primary Tumors of the External and Middle Ear: Benign and Malignant Glandular Neoplasms. *Archives of Otolaryngology*. 1980;106(1):13–19. doi:10.1001/archotol.1980.00790250015004
3. Пушкарь И. С. Клиника и диагностика новообразований уха: дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. <http://search.rsl.ru/ru/catalog/record/218631>
4. Попадюк В. И. Ранняя диагностика и методы лечения при новообразованиях уха: автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2003.
5. Антонив В. Ф. Новообразования уха. Клиника, диагностика, лечение. М.: ЦОЛИУВ, 1983. 20 с.
6. Чернолев А. И., Попадюк В. И., Ефимочкина К. В. К вопросу о злокачественных опухолях наружного уха. IX международный конгресс «Здоровье и образование в XXI веке». М., 2008:191–192. <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-zlokachestvennyh-opuholyah-naruzhnogo-uha>
7. Плесков К. И. Классификация злокачественных опухолей уха. В кн.: Погосова В. С., Шантурова А. Г., Антонива В. Ф. Злокачественные опухоли уха (Методические рекомендации для врачей и студентов мединститута). М., 1975:6–8.
8. Шварц Б. А. Злокачественные новообразования ЛОР-органов. М.: Медгиз, 1961. 356 с.

## REFERENCES

1. Antonov V. F., And V. Popadyuk, A. I. Cernolev. Primary-multiple metachronous cancer of the ear (clinical observation). *Bulletin of otorhinolaryngology*. 2016;3:30–32 (in Russ.). doi: 10.17116/otorino201681330-32
2. Dehner L, Chen K. Primary Tumors of the External and Middle Ear: Benign and Malignant Glandular Neoplasms. *Archives of Otolaryngology*. 1980;106(1):13–19. doi: 10.1001/archotol.1980.00790250015004
3. Pushkar' I. S. *Klinika i diagnostika novoobrazovaniy ukha: dis. ... kand. med. nauk.* M., 1998. (in Russ.) <http://search.rsl.ru/ru/catalog/record/218631>.
4. Popadyuk V. I. *Ranniyaya diagnostika i metody lecheniya pri novoobrazovaniyakh ukha: avtoref. dis. ... dokt. med. nauk.* M., 2003 (in Russ.)
5. Antoniv V. F. Neoplasms of the ear. Clinic, diagnosis, treatment. Moscow, 1983(in Russ.)
6. Cernolev A. I., Popadyuk I. V., Efimochkina K. V. To the question of malignant tumors of the external ear. IX international Congress „Health and education in the XXI century“, November, 2008. M., 2008:191–192. (in Russ.) <http://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-zlokachestvennyh-opuholyah-naruzhnogo-uha>.
7. Pleskov K. I. Classification of malignant tumors of the ear. In the book.: Pogosova V. S., Shanturova A. G., Antoniva V. F. Malignant tumors of the ear (Methodical recommendation for doctors and students of medical Institute ). M., 1975:6–8. (in Russ.)
8. Shvarts B. A. *Zlokachestvennye novoobrazovaniya LOR-organov.* M.: Medgiz, 1961. 356 p. (in Russ.)

## Информация об авторах

✉ Лисин Валерий Константинович – заведующий отоларингологическим отделением, Ульяновская областная клиническая больница (432063, Россия, г. Ульяновск, ул. III Интернационала, д. 7); тел.: 8(927) 634-10-70, e-mail: lisin73@yandex.ru

Мухин Юрий Александрович – врач-отоларинголог, отоларингологического отделения, Ульяновская областная клиническая больница (432063, Россия, г. Ульяновск, ул. III Интернационала, д. 7)

Нестерова Алена Валерьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии, Ульяновский государственный университет (432970, Россия, г. Ульяновск, ул. Л. Толстого, д. 42); тел.: 8(917) 630-87-38, e-mail: nesterova-alena@mail.ru

## Information about the authors

Valerii K. Lisin – Head of the Department of Otolaryngology, Ulyanovsk Regional Clinical Hospital (7, III Internatsionala str., Ulyanovsk, 432063, Russia); phone 8(927) 6341070, e-mail: lisin73@yandex.ru

Yurii A. Mukhin – Otolaryngologist, Department of Otolaryngology, Ulyanovsk Regional Clinical Hospital (7, III Internatsionala str., Ulyanovsk, 432063, Russia)

Alena V. Nesterova – Alena V. Nesterova - PhD (medicine), Associate Professor of the Chair of Departmental Surgery, Ulyanovsk State University (42, L. Tolstogo str., Ulyanovsk, 432970, Russia); phone 8(917)6308738, e-mail: nesterova-alena@mail.ru