Московский государственный медико- стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР – ОРГАНОВ

Талалаев Владимир Николаевич
профессор
кафедра оториноларингологии
зав. кафедрой: профессор Овчинников А.Ю.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

Опухоли верхнего отдела дыхательного пути – носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и уха встречаются сравнительно часто и составляют более 6-8% новообразований человека всех локализаций.

Особенности клинического течения, диагностика, эффективность лечения и прогноз зависят от локализации и распространенности новообразований.

В соответствии с международной классификацией, в основу которой положены гистологические различия и особенности клинических проявлений, среди новообразований верхних дыхательных путей и уха выделяют доброкачественные и злокачественные опухоли, а также опухолеподобные заболевания.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

Среди ЛОР-органов доброкачественные и злокачественные опухоли наиболее часто обнаруживаются в гортани, на втором по частоте месте стоят нос и ОНП, затем глотка, и реже – ухо.

Злокачественные опухоли, особенно гортани, чаще возникают у мужчин, чем у женщин, в возрасте от 40 до 70 лет. Однако и в детском возрасте опухоли ЛОР-органов встречаются сравнительно часто.

Основные *ПРОБЛЕМЫ* в изучении опухолей ЛОР-органов

Каждый врач, установивший диагноз опухоли ЛОР-органов и взявшийся лечить больного, должен помнить о большой ответственности, которую он взял на себя, ибо только знания клинического течения многочисленных опухолей ЛОР-органов, особенностей их диагностики, специфики терапии могут обеспечить удовлетворительные и часто хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Очень важно четко ориентироваться в вопросах взаимосвязи особенностей анатомического и гистологического строения различных опухолей.

Основные *ПРОБЛЕМЫ* в изучении опухолей ЛОР-органов

Кроме того, нужно знать (или предполагать) процесс дальнейшего развития новообразования, учесть возможность нарушения дыхания, глотания, обоняния, зрения и других функций, предвидеть реакции организма (местные и общие) на определенное лечебное воздействие.

От знаний и действий первого врача, начавшего лечение больного со злокачественной опухолью, во многом зависят его судьба и возможность излечения.

Очень часто первая операция является единственно существенной для продления жизни больного или практического излечения.

Основные *ПРОБЛЕМЫ* в изучении опухолей ЛОР-органов

В силу тесного анатомического расположения ЛОР-органов злокачественные опухоли довольно быстро распространяются на соседние ткани. Для планирования лечения весьма важно знать, где возникла опухоль и какое она имеет гистологическое строение. Более того, для определения распространенности опухолевого процесса необходимо знать, какой отдел и часть органа поражены, а также какие соседние органы и части инфильтрированы первичным новообразованием.

Международная гистологическая классификация опухолей

Доброкачественные **Злокачественные**

I – Эпителиальные опухоли

II- Опухоли мягких тканей

III- Опухоли костей и хрящевой ткани

IV- Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани

V- Опухоли смешанного генеза

VI- Вторичные опухоли

VII- Неклассифицируемые опухоли

VIII- Опухолеподобные состояния

Классификация новообразований по гистологическому строению

I. Эпителиальные опухоли:

А. Доброкачественные (папиллома, аденома и др.).

Б. Злокачественные (рак на месте, плоскоклеточный рак, аденокарцинома, аденокистозный рак, недиффиренцированный рак и др.).

II. Опухоли мягких тканей:

А. Доброкачественные (липома, гемангиома, нейрофиброма, неврилеммома, хемодектома и др.).

Б Злокачественные (фибросаркома, ангиосаркома и др.)

III. Опухоли кости и хряща:

А. Доброкачественные (остеома, хондрома и др.).

Б. Злокачественные (хондросаркома и др.).

IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани (гемобластозы - лейкозы, лимфомы и др.)

V. Смешанные опухоли (представлены эпителиальными и мезенхимоподобными тканями).

VI. Вторичные опухоли.

VII. Опухолеподобные образования:кератоз без атипии, кисты, интубационная гранулема, полипы, отложения амилоида и др.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Доброкачественные опухоли характеризуются медленным ростом, отсутствием метастазирования и при полном удалении – рецидивирования.

Клетки такой опухоли характеризуются высокой степенью дифференцировки и нечувствительны к лучевому воздействию.

Однако некоторые из этих опухолей способны озлокачествлятся (понижается степень дифференцировки).

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

Клиническое течение **злокачественных опухолей** характеризуется быстрым ростом, метастазированием и во многом зависит от степени их дифференцировки, что обусловливает также различную степень чувствительности к облучению.

Эпителиальные злокачественные опухоли по мере увеличения дифференцировки становятся менее чувствительными к облучению.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

В настоящее время в большинстве стран обозначают распространенность раковой опухоли с помощью системы **TNM.**

Идея использовать систему **TNM** принадлежит P. Denoix (Франция).

Система **TNM** предусматривает характеристику первичного рака – **T**, метастазов в регионарные лимфатические узлы – **N** и в отдаленные органы – **M**.

При добавлении к указанным символам цифр образуются сочетания, указывающие на стадию распространенности рака.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СИСТЕМЫ TNM ДЛЯ РАКА ВСЕХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

- ДИАГНОЗ ВЕРИФИЦИРУЕТСЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ПУНКТАТА ИЛИ БИОПСИЕЙ
- ПРОСТАВЛЕННЫЕ СИМВОЛЫ ДО ЛЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДУЮЩЕМ НЕ МЕНЯЮТСЯ, А ТОЛЬКО ДОПОЛНЯЮТСЯ НОВЫМИ СВЕДЕНИЯМИ О МИКРОСКОПИЧЕСКОМ СТРОЕНИИ ОПУХОЛИ И ОБ ОПЕРАЦИИ
- ВОЗМОЖНА ГРУППИРОВКА РАЗЛИЧНЫХ СИМВОЛОВ В КЛИНИЧЕСКИЕ СТАДИИ.

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СИСТЕМЫ TNM ДЛЯ РАКА ВСЕХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Для определения распространенности первичной опухоли используются обозначения **T1,T2,T3, T4.**

Кроме того, в зависимости от особенностей клинического течения рака предлагаются обозначения:

- **To** - первичная опухоль не диагностируется, определяются только метастазы
- **Tx** – установить распространенность первичной опухоли не удается
- **Tis** – для внутриэпителиальной преинвазивной карциномы

Степень распространения первичной опухоли

- 1я степень – Т1 – опухоль поражает одну анатомическую часть органа;
- 2я степень – Т2 – опухоль поражает не более двух анатомических частей органа;
- 3я степень – Т3 – опухоль поражает больше двух анатомических частей органа, не распространяясь за его пределы;
- 4я степень – Т4 - опухоль поражает большую часть органа, распространяясь за его пределы

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СИСТЕМЫ TNM ДЛЯ РАКА ВСЕХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Характеристика регионарного метастазирования для всех локализаций злокачественных опухолей в области головы и шеи является стандартной:

- **No** – лимфатические узлы не пальпируются
- **N1** – определяются смещаемые ЛУ на стороне поражения
- **N2** – определяются смещаемые ЛУ на противоположной стороне, т.е. с двух сторон
- **N3** – определяются несмещаемые ЛУ
- **Nx** – оценить состояние ЛУ не представляется возможным

ОБЩИЕ ПРАВИЛА СИСТЕМЫ TNM ДЛЯ РАКА ВСЕХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ

Отдаленное метастазирование обозначается категориями:

- **Mo** – признаков метастазов во внутренние органы нет
- **M1** – имеются отдаленные метастазы (отмечается локализация метастазов)
- **Mx** – определить наличие отдаленных метастазов невозможно

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

За последние годы в нашей стране и за рубежом разработаны и внедрены в практику различные методы диагностики и лечения злокачественных новообразований, в том числе и ЛОР-органов.

В настоящее время имеется реальная возможность добиться стойкого излечения или продолжительной ремиссии у большинства больных со злокачественными новообразованиями при условии их своевременного выявления, использования правильной диагностической и лечебной тактики.

Тем не менее, процент запущенных больных, впервые обратившихся на консультацию к онкологу, остается высоким.

ТЯЖЕЛУЮ БОЛЕЗНЬ ВНАЧАЛЕ ЛЕГКО ВЫЛЕЧИТЬ, НО ТРУДНО РАСПОЗНАТЬ.
КОГДА ЖЕ ОНА УСИЛИЛАСЬ,ЕЕ ЛЕГЧЕ РАСПОЗНАТЬ, НО УЖЕ ТРУДНЕЕ ВЫЛЕЧИТЬ.

Н. Макиавелли

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

По данным Московского городского канцер-регистра, ежегодно в столице ставится на диспансерный учет около 1000 больных со злокачественными опухолями ЛОР-органов. Казалось бы, для такого мегаполиса, как Москва, эта цифра и невелика – всего 1 на 10 000 или 0,1 на 100 000 населения в год. Вместе с тем за последние 3 года от 60 до 70% больных, впервые обратившихся за онкологической помощью, госпитализируется для проведения стационарного лечения уже в III и IV стадиях заболевания. Для всех остальных локализаций этот показатель составляет 53,5%.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ЛОР ОРГАНОВ

Запущенные стадии злокачественных опухолей значительно снижают возможность благоприятного исхода лечения, даже самого современного и адекватного (комбинированного и комплексного).

Согласно данным Московского городского канцер-регистра, средняя продолжительность жизни больногосо злокачественными опухолями ротоглотки и гортаноглотки III и IV стадий, редко превышает 3 года. По данным литературы, 5-летняя выживаемость больных с III и IV стадиями рака ротоглотки не превышает 5-20%

Основные причины запущенности при злокачественных опухолях ЛОР-органов

Причины	
Несвоевременное обращение пациентов за медицинской помощью	63%
Бессимптомное течение болезни	27,2%
Врачебные ошибки	9,8%

Анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов

Причинами таких высоких показателей является низкий уровень санитарно-просветительной работы среди населения, нежелание обращаться к врачу (из-за страха потерять работу), недостаточно четкую организацию диспансерной работы, особенно в группах высокого риска, к которым относятся люди старше 40 лет, хронические курильщики, работники вредных производств и др.

Согласно приказу МЗ РФ более 30% больных, выявленных в запущенной стадии заболевания, были неосведомлены о признаках онкологических заболеваний и необходимости своевременного обращения к врачу. Это свидетельствует о недостаточно проводимой противораковой пропаганде среди населения.

Анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов

Второе место среди причин запущенности занимает **бессимптомное течение** заболевания. К данной группе относятся случаи истинно скрытого неспецифического течения злокачественной опухоли, как например, при раке верхнечелюстной пазухи, когда бессимптомность или малосимптомность проявлений заболевания в ранних стадиях связана с анатомо-топографическими особенностями верхней челюсти. Аналогичная картина может иметь место при опухолях в носоглотке, ротоглотке.

Снижение этого показателя зависит от улучшения материально-технической базы и диагностических возможностей городских поликлиник и городских больниц.

Анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов

Третьей по частоте причиной запущенности злокачественных опухолей ЛОР-органов являются ***врачебные ошибки***, которые, как правило, ведут к затягиванию сроков установления онкологического диагноза и появлению запущенных стадий.

«Судьба онкологического больного целиком зависит от врача, к которому он впервые обратился».

Анализ причин поздней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов

Среди многообразия причин, порождающих врачебные ошибки, целесообразно выделить объективные и субъективные.

И все таки среди основных причин врачебных ошибок следует отметить отсутствие у практических врачей ***онкологической настороженности.***

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ

Это – определенный образ медицинского мышления врача, который, оценивая жалобы больного, объективные данные, результаты клинических анализов и дополнительных методов исследования, должен, прежде всего, ответить на вопрос: не связаны ли выявленные нарушения со злокачественным новообразованием. В первую очередь, онкологическая настороженность зависит от профессиональной подготовки врача, знания современных методов исследования и методов диагностики злокачественных опухолей, знания симптоматики ранних форм онкологического заболевания и необходимой последовательности применения в достаточном объеме методов диагностики для его исключения или подтверждения.

Наиболее часто у взрослых людей наблюдаются злокачественные новообразования гортани, причем почти всегда здесь обнаруживается плоскоклеточный рак (ороговевающий или неороговевающий), очень редко – базально – клеточный рак, саркома и др. У мужчин рак гортани стоит на 4 месте по частоте поражения, уступая по заболеваемости раку желудка, легких и пищевода. У женщин рак гортани стоит на одном из последних мест среди прочих раковых заболеваний.

РАК ГОРТАНИ

- Злокачественное новообразование эпителиального происхождения, поражающее различные отделы гортани, способное к экзофитному или эндофитному росту и в процессе развития дающее регионарные и отдаленные метастазы.

РАК ГОРТАНИ

Рак гортани составляет от 2 до 8 % злокачественных образований всех локализаций и до 2/3 всех злокачественный образований ЛОР-органов. У мужчин рак гортани встречается более чем в 10 раз чаще, чем у женщин., однако частота поражения увеличивается у курящих женщин. Городские жители болеют несколько чаще, чем жители села.

РАК ГОРТАНИ

ФАКТОРЫ, способствующие развитию рака гортани:

- Курение
- Производственные вредности
- Голосовая нагрузка
- Злоупотребление алкоголем
- Фоновые заболевания (хронический ларингит, лейкоплакия, гиперкератоз)

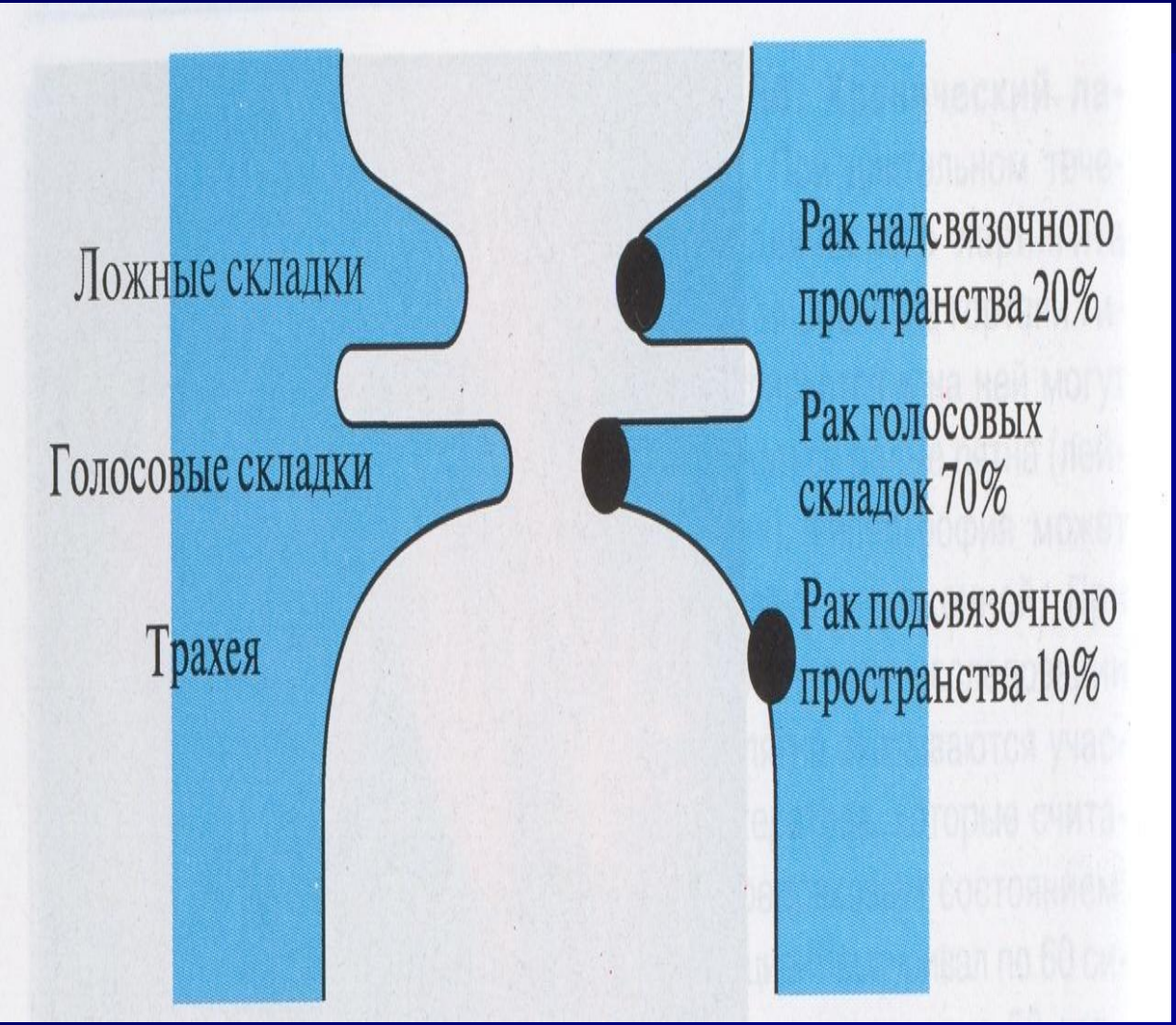
РАК ГОРТАНИ

По локализации различают:

- рак верхнего отдела гортани,
- рак среднего отдела,
- рак нижнего отдела.

Чаще всего поражается средний, реже верхний, и еще реже – нижний отделы. С учетом возможностей распространения раковой опухоли в гортани и за ее пределами, а также метастазирования по регионарным лимфатическим путям наиболее неблагоприятной в прогностическом отношении считается верхняя (вестибулярная) локализация рака гортани (хорошо развита клетчатка и жировая ткань, лимфатическая сеть преддверия гортани широко связана с яремными и надключичными лимфатическими узлами).

Частота встречаемости раковых опухолей гортани

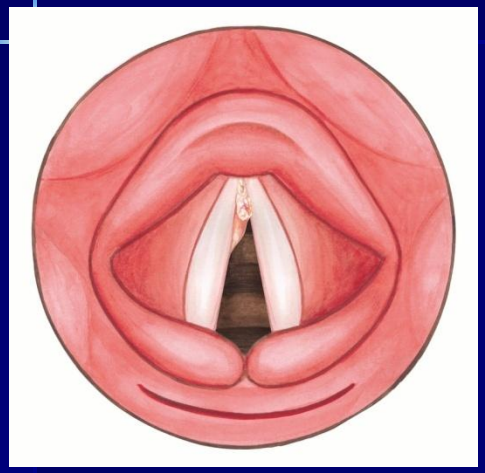


Рак вестибулярного отдела гортани

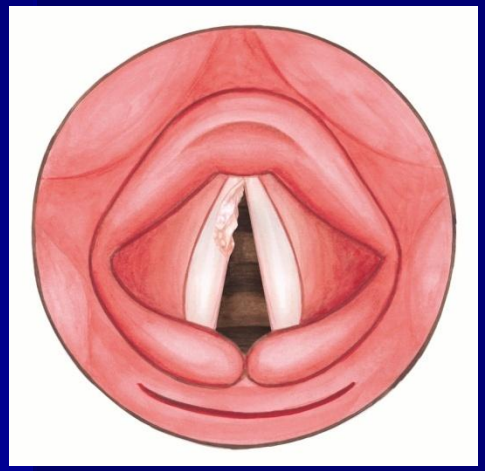
- Наиболее неблагоприятная в прогностическом отношении локализация раковой опухоли в вестибулярном отделе.

Рак голосовой складки

а



б



- Опухоль плотная, бугристая, бледно-розового цвета, чаще возникает в передних 2/3 голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край.
- Опухоль голосовой складки довольно рано проявляется дисфонией.
- Метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани.

РАК ГОРТАНИ

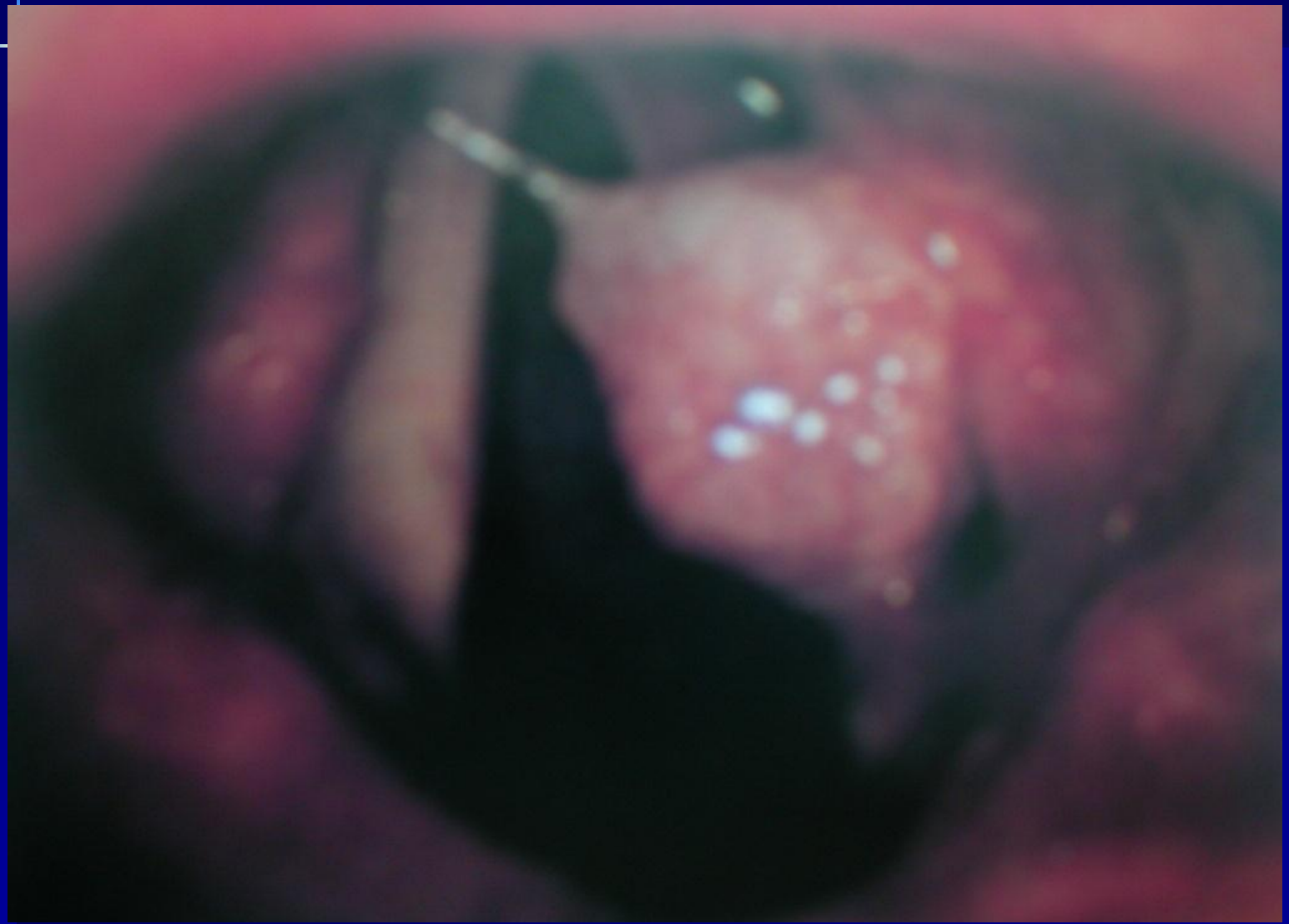
- Клиника:
  - Дисфония
  - Дисфагия
  - Диспное

Симптоматика рака каждого из отделов гортани имеет свои особенности. Основным ларингоскопическим признаком рака гортани является наличие опухоли на ее стенках (часто говорят – «плюс-ткань»).

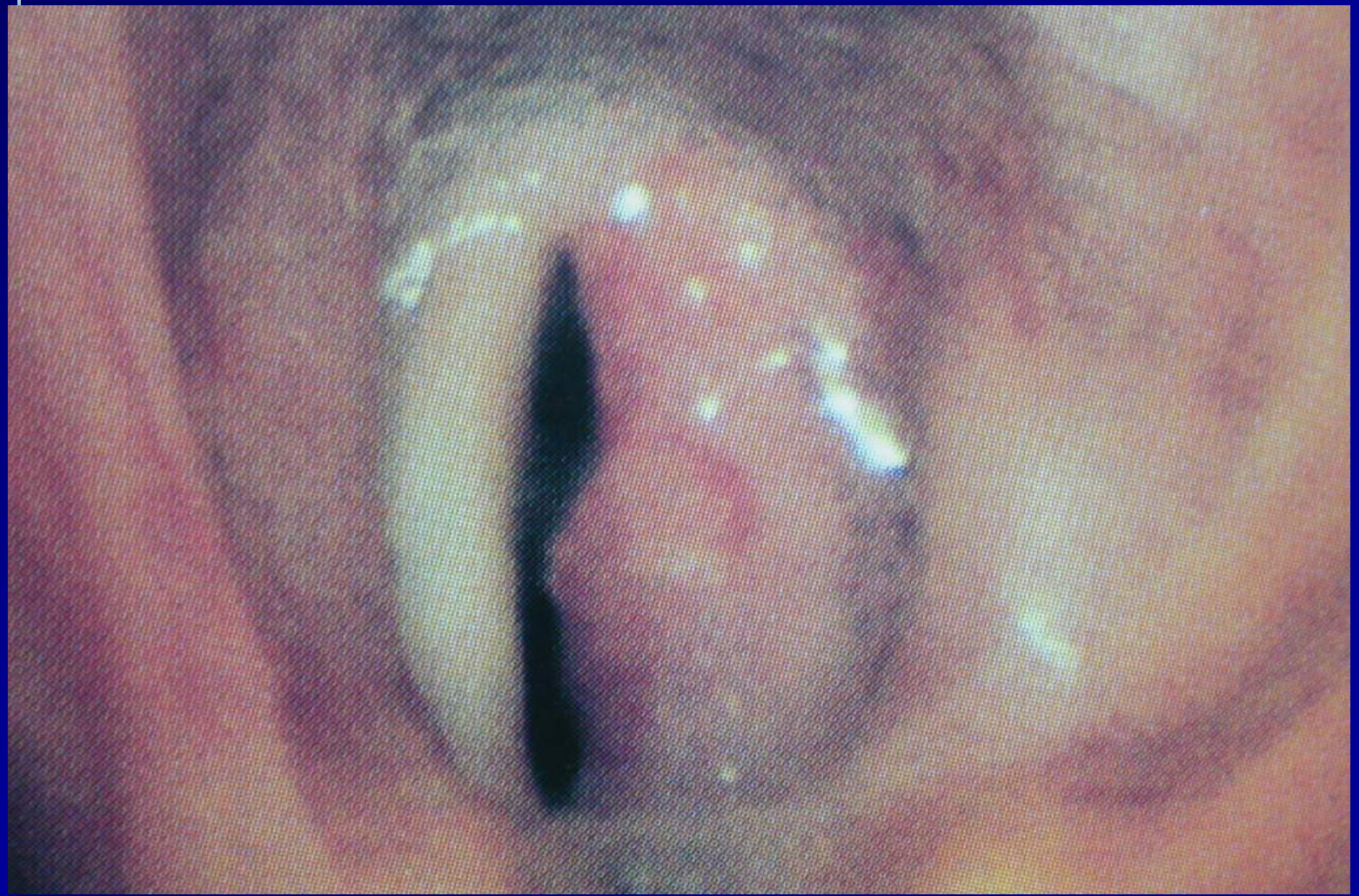
РАК ГОРТАНИ

- Диагностика:
  - Жалобы
  - Анамнез
  - Правильная оценка ранних признаков заболевания
  - Ларингоскопия
  - Рентгенотомография, РКТ и МРТ
  - Гистологическое исследование

Рак правой голосовой складки



Карцинома правой голосовой складки



Методы лечения рака гортани

- *Хирургическое*
- *Лучевая терапия*
- *Химиотерапия*

Хирургическое лечение рака гортани

- **Экстирпация гортани (ларингэктомия)**
- **Различные варианты резекции гортани (хордэктомия, горизонтальная, боковая, передняя, передне-боковая и т.д.)**
- **Реконструктивные операции (преследуется цель восстановления естественного дыхания, голосообразовательной функции и глотания)**

Прогноз

- Прогноз жизненный и функциональный (выживаемость более 5 лет) при ранней диагностике (I - II стадии) и своевременно проведенном лечении рака гортани у подавляющего числа больных благоприятный. В III стадии заболевания прогноз благоприятен более чем у половины больных; в IV стадии возможно продление жизни.

Наиболее часто встречающиеся доброкачественные новообразования ЛОР-органов

- ***Папилломы***
- ***Гемангиомы***
- ***Фибромы***

реже

- ***Остеома***
- ***Цементома***
- ***Адамантинома***

Доброкачественные опухоли гортани

- *Папиллома — это доброкачественная фиброэпителиальная опухоль верхних дыхательных путей, представляющая собой одиночные или чаще множественные сосочковые выросты; приводящая к нарушению голосообразовательной и дыхательной функций и часто рецидивирующая.*
- *Этиологическим фактором папилломатоза является вирус папилломы человека из семейства паповавирусов; обычно обнаружвают типы 6, 11 или их сочетание.*
- *Заболевание встречается чаще всего у детей на 2–5 году жизни.*
- По форме и виду поверхность папилломы напоминает тутовую ягоду или цветную капусту, обычно имеет бледно-розовый цвет, иногда с сероватым оттенком.

Папилломатоз левой голосовой складки

Новообразования носа и околоносовых пазух

- В полости носа и околоносовых пазух встречаются *опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли.*
- Среди *опухолеподобных образований* следует отметить полипы, кисты, папилломы, фиброзную дисплазию, ангиогранулему (кровоточащий полип перегородки носа) и др.

Опухоли носа и околоносовых пазух

- Из доброкачественных опухолей наибольшее значение имеют папилломы, аденомы, сосудистые опухоли, остеомы, хондромы.
- Инвертированная папиллома –доброкачественная опухоль, однако в 10–15% случаев она трансформируется в плоскоклеточный рак.
- Рак носа и околоносовых пазух:

— чаще всего (55%)поражается верхнечелюстная пазуха;

— полость носа — 35%;

— пазухи решетчатой кости — 9%;

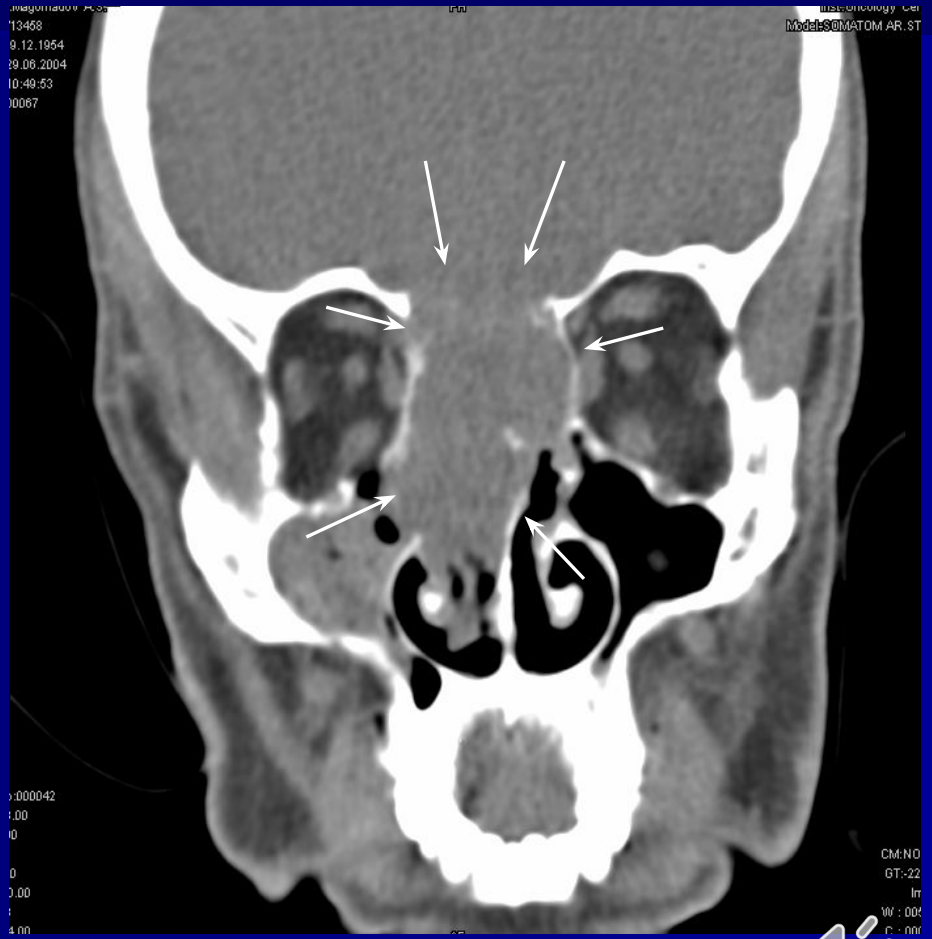
— крайне редко поражются клиновидная пазуха и перегородка носа.

Факторы риска *развития злокачественных опухолей носа и околоносовых пазух:*

- Злокачественные опухоли у мужчин возникают в 2 раза чаще, чем у женщин.
- Длительно протекающий синусит, особенно односторонний, может трансформироваться в злокачественную опухоль.
- У работников никелевой промышленности плоскоклеточный рак бывает более чем в 100 раз чаще;
- Другие профессиональные факторы риска: воздействие древесной пыли, различных веществ кожевенного производства, хромсодержащие красители, горчичный газ и др.

Переходноклеточная (инвертированная) папиллома полости носа — эндофотография (а) и КТ (б)

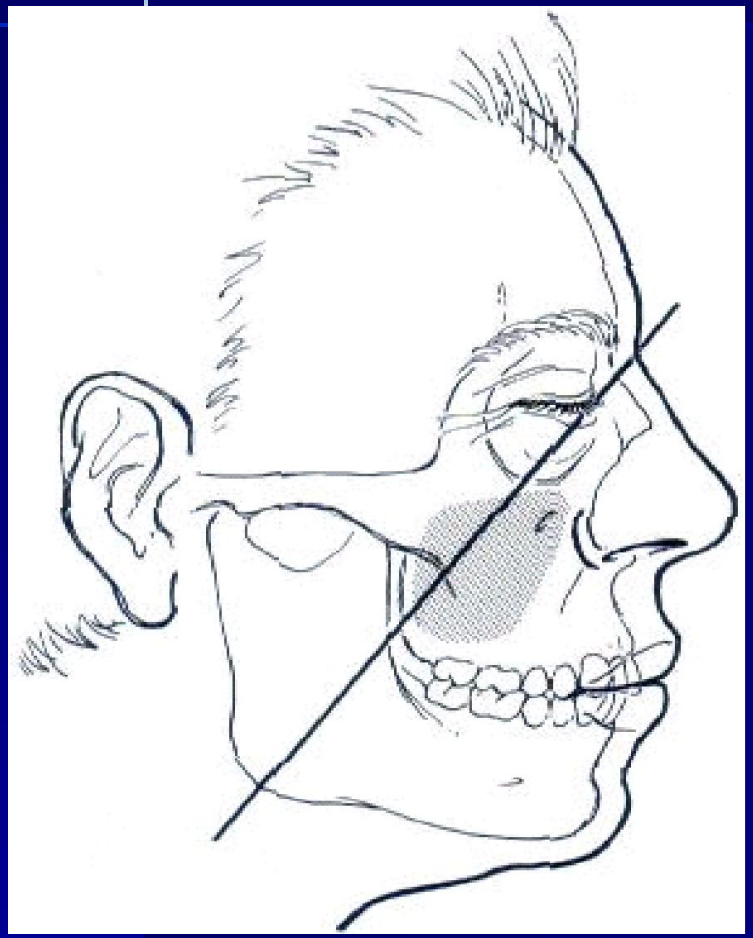
а



б

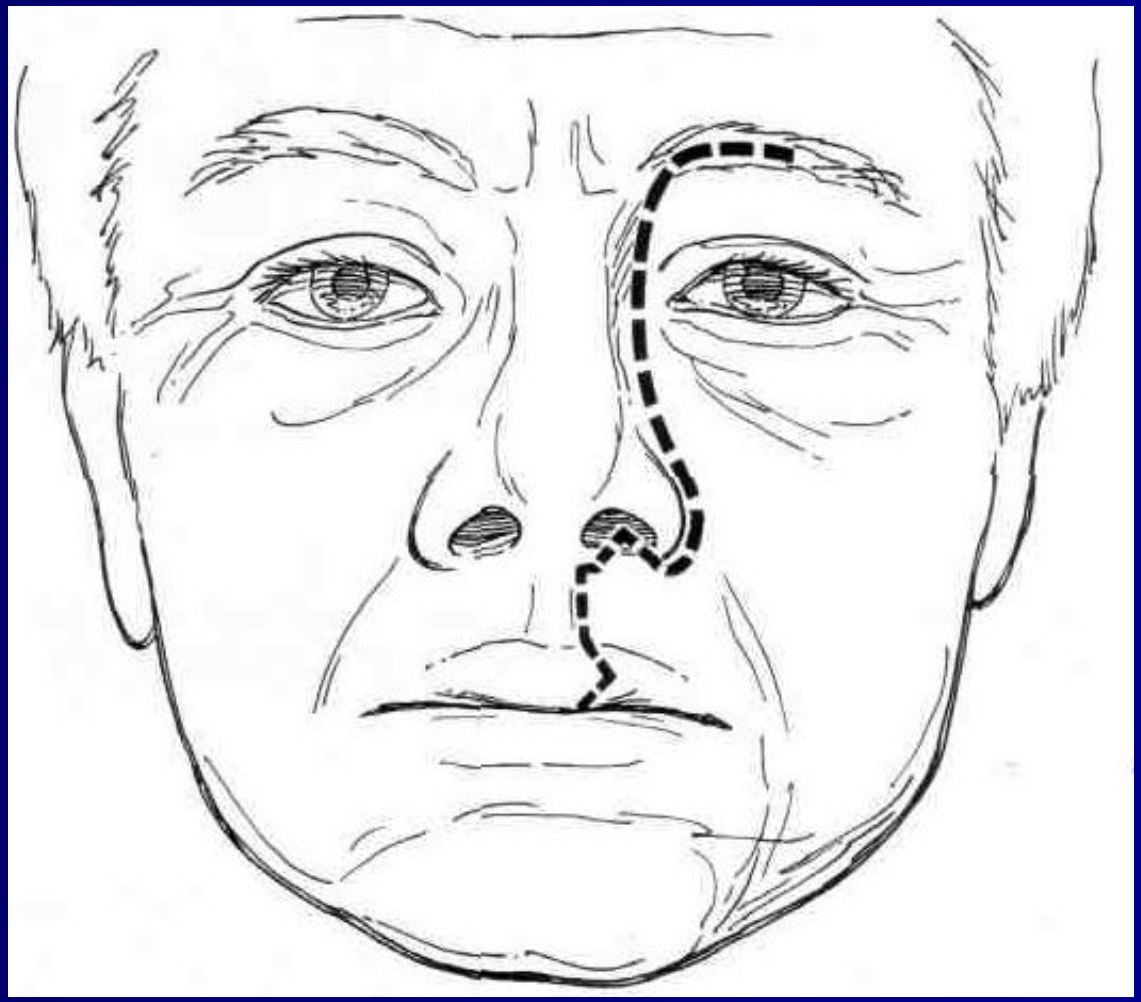
Компьютерная томограмма больного с юношеской ангиофибромой носоглотки, распространяющейся в полость носа и околоносовые пазухи

Линия Онгрена, разделяющая верхнечелюстную пазуху



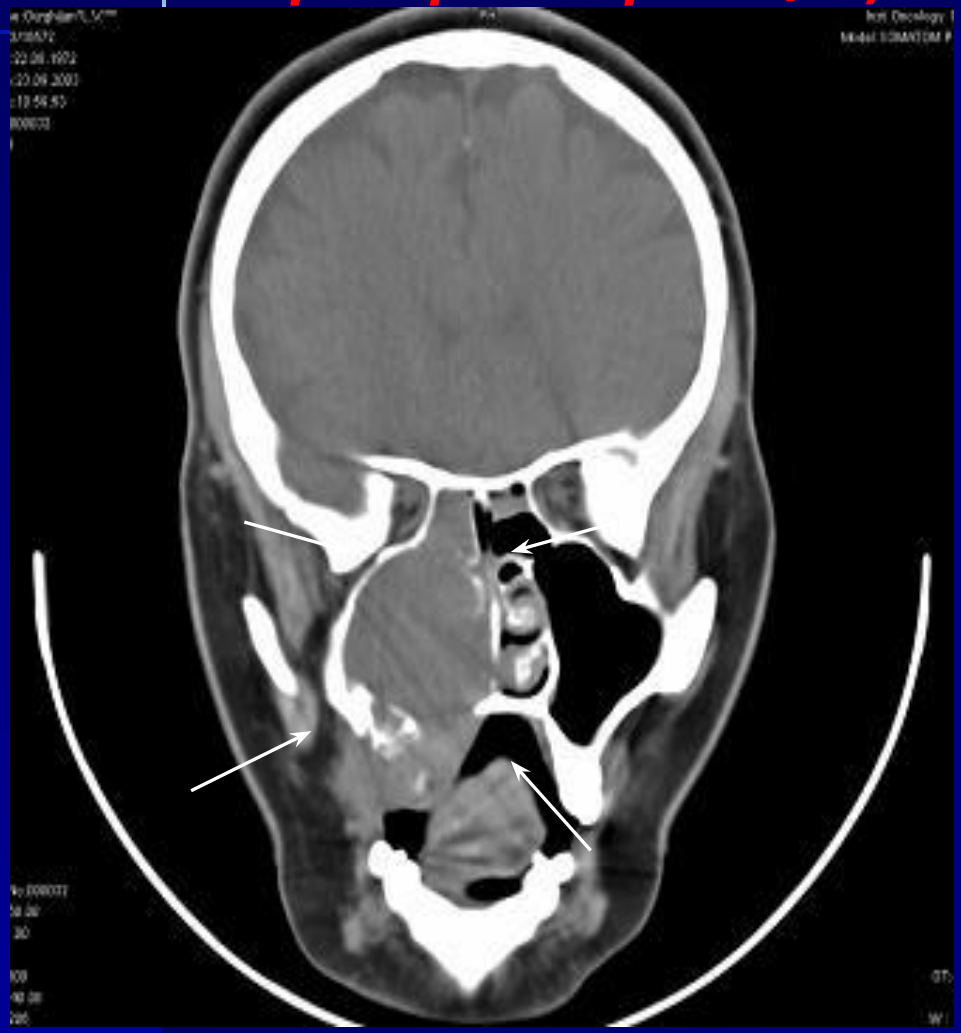
- Это условная линия от внутреннего угла глазной щели до угла нижней челюсти.
- При расположении опухоли над этой линией прогноз менее благоприятен , т. к. имеется тенденция к раннему метастазированию вверх и назад.
- Опухоль ниже линии легче резецировать и прогноз более благоприятен.

Доступ при удалении распространенных опухолей верхнечелюстной пазухи

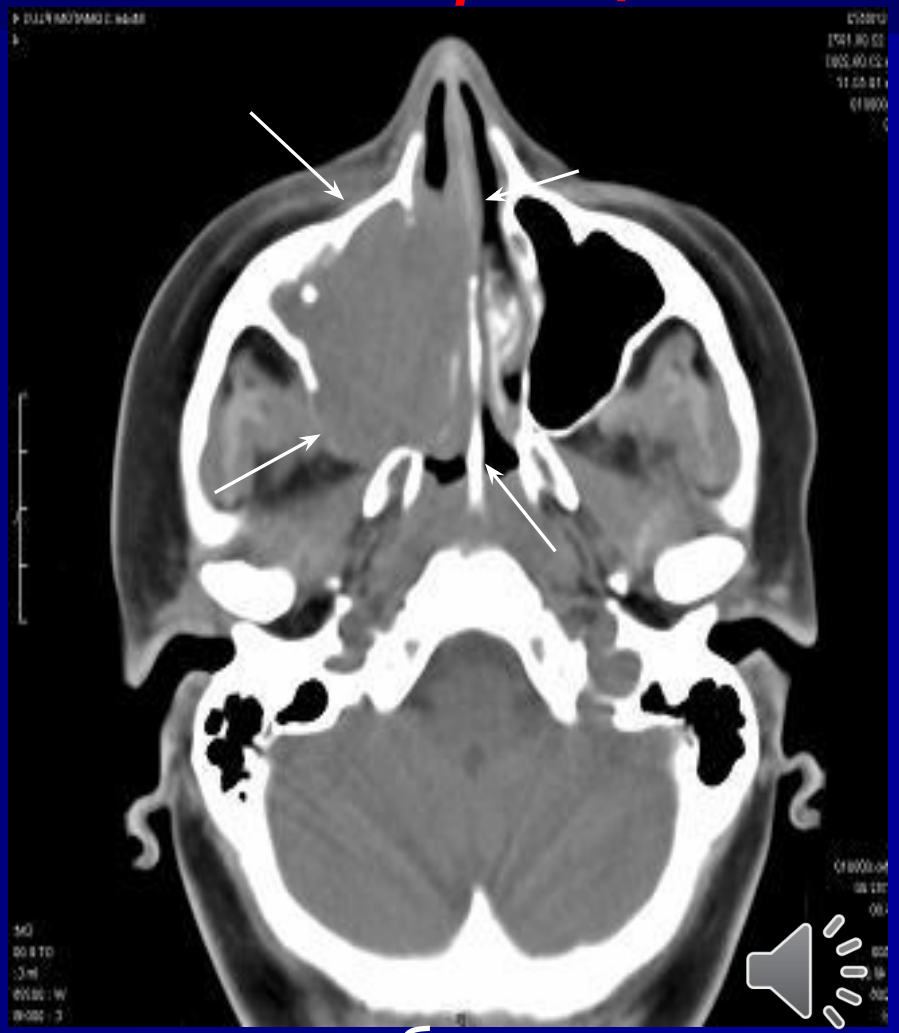


Компьютерные томограммы больного распространенным раком верхнечелюстной пазухи.

а — коронарная проекция; б — аксиальная проекция



а



б

Остеома сосцевидного отростка

Остеома лобной пазухи

БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ