



Оценка состояния ЛОР-онкологической помощи

ФГБУ НКЦО ФМБА РФ

д.м.н. Виноградов В.В.

Статистика

- 3 млн. онкологических больных
- 6 локализаций (молочная железа, шейка матки, предстательная железа, толстая и прямая кишка, кожа, гортань и глотка) определяют в настоящее время 54% заболеваемости и 40% смертности от всех случаев злокачественных новообразований
- 40% - III и IV стадия заболевания (в т.ч. визуальных локализаций) не смотря на техническое оснащение и финансирование
- Опухоли головы и шеи 6 место в структуре онкологической заболеваемости

Более 200 000 пациентов в год

В связи со сложностью реализации поставленных задач
13.11.2017 на совещании профильной комиссии по
онкологии предложена

**«Национальная стратегия по борьбе с онкологическими
заболеваниями на долгосрочный период до 2030 года»**

□ Причины недостижения целевых показателей:
отсутствие четкой маршрутизации, кадровый дефицит,
проблемы ранней диагностики, отсутствие активного
взаимодействия с терапевтами, врачами общей практики в
поликлинике

□ Предлагаемая 3 ступенчатая модель монополии
онкологов в отношении онкопатологии – не является
единственным мировым стандартом

Не освящены вопросы лечения:

- Доброкачественных опухолей головы и шеи
- Предопухолевой патологии - облигатных и факультативных форм предрака (опухоли основания черепа, среднего уха, носа и придаточных пазух, глотки и гортани) – склонных к рецидивам из-за анатомической локализации и сложности лечения

□ Рак головы и шеи не включен в программу национального скрининга (при возможности визуализации)

□ Не предлагается решения вопроса по разобщенности онкологической и других видов специализированной помощи

□ В массовом скрининге предложены только дорогостоящие методы иммуно-цитохимии, онкогены, молекулярно-генетическая диагностика и т.д. – не соответствующие реальным экономическим возможностям государства

Реабилитация представлена поверхностно:

- После онкологического лечения с средним по РФ на реабилитацию направляется только 17% пациентов (ДФО-2,5%, УФО – 3,2%, СКавФО- 3%)

- Предложено формальное решение кадрового вопроса (онкологические кадры укомплектованы на 64%):
 - 1. увеличение числа онкологов на местах
 - 2. создание целевой ординатуры по онкологии
 - 3. создание базы вакансий

Предложенные меры требуют доработки совместно с специалистами смежных клинических дисциплин

Пересмотр алгоритма

- ЛОР кабинеты на базе Центров первичной диагностики
- Верификация диагноза в ЛОР-кабинете (эндоскопическая биопсия)
- Коллегиальность онкологов и ЛОР-врачей в планировании лечения (консилиум с ЛОР в составе) для последующей маршрутизации
- Согласование объема хирургического лечения в зависимости от возможностей регионального онкодиспансера и ЛОР-клиники

Реабилитация

- Совместная со смежными специалистами персонифицированная, в зависимости от объема хирургического вмешательства, комплексная реабилитация (в т.ч. реконструктивно-пластическая, функционально-щадящая хирургия)
- Согласование объема функциональной реабилитации с внедрением хирургических, аппаратных и психолого-педагогических технологий

Пример: Школы для ларингэктомированных пациентов, с участием фоониатров и фонопедов (отсутствует в онкодиспансерах)

- Привлечение общественности и пациентских организаций и благотворительных фондов

Образование

- Совместная разработка нормативных документов, клинических рекомендаций, образовательных стандартов, критериев оценки качества
- Усилить онкологическую направленность обучения на всех кафедрах в ВУЗах
- Пересмотр и дополнение существующих программ, учебных пособий послевузовского образования в т. ч. в НМО

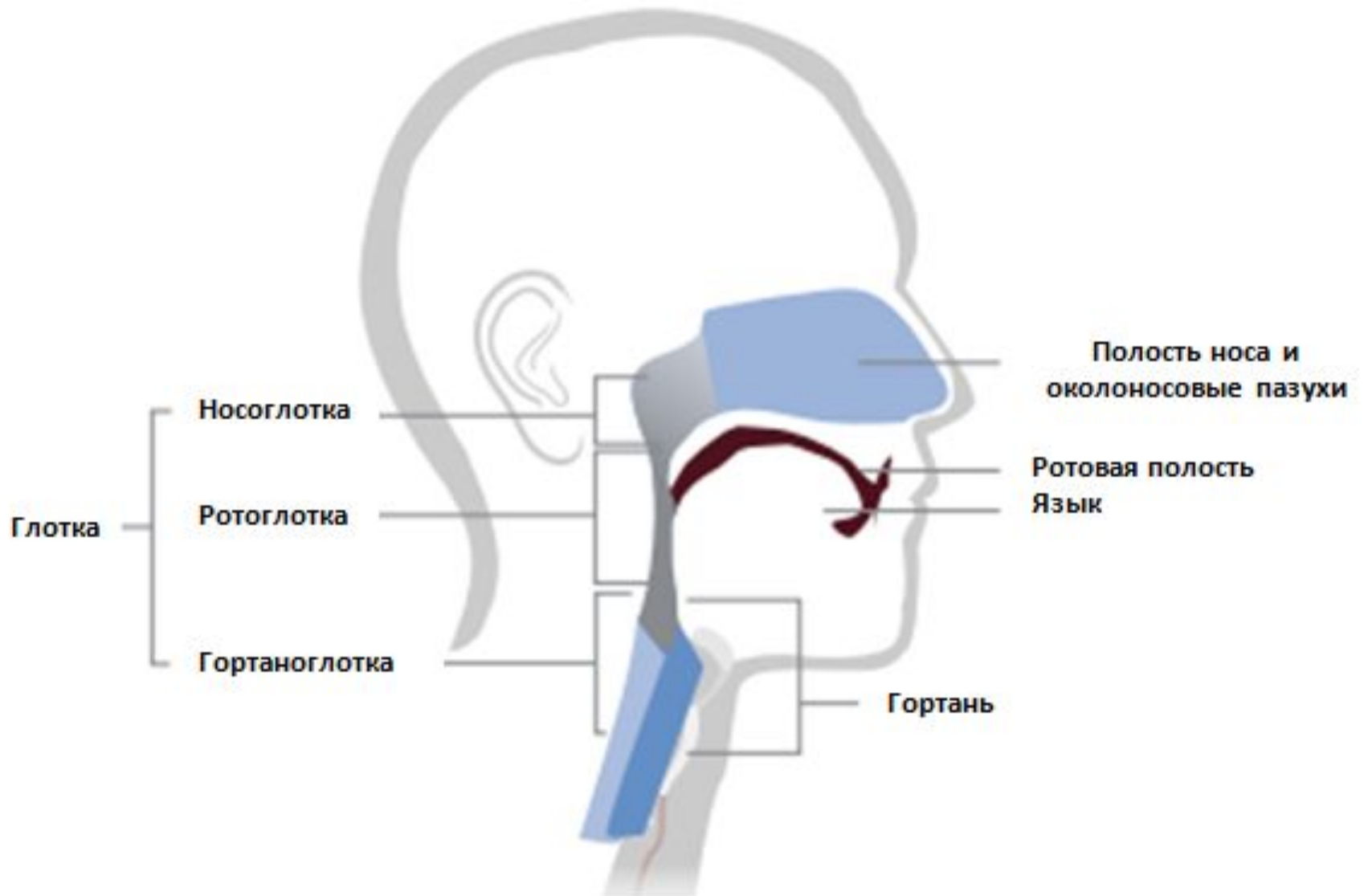
- Реализовать Программу профессиональной переподготовки «Онкология в оториноларингологии», объемом не менее 500 часов из профессионально ориентированных ЛОР врачей
- Программу профессиональной переподготовки «Оториноларингология в онкологии» построить по тому же принципу.
- Совместное проведение конференций, совещаний специалистов, форумов, КИЛИ и.т.д.
- Участие и ответственность главных специалистов смежных специальностей в регионе за состояние онкологической помощи по профилю



Причины поздней диагностики:

1. Факторы, зависящие от природы опухоли, ее структуры, функции, характеристики роста и способности к метастазированию (кинетические особенности опухоли);
2. Факторы, зависящие от особенностей человеческого организма, его психологического, физического, социального состояния;
3. Факторы, зависящие от организации онкологической помощи и качества работы врачей общей лечебной сети.

Наружная локализация



Рак кожи головы и шеи

□ В 80-89% случаев локализуется в области
ГОЛОВЫ И ШЕИ



□ До 25% пациентов на специальное лечение
при III-IV стадии заболевания

□ Этиология

- ✓ ультрафиолетовое излучение
- ✓ люди со светлой окраской кожи
- ✓ в возрасте от 50 лет

□ Частая локализация:

- ✓ крылья носа
- ✓ носогубная складка
- ✓ верхняя губа
- ✓ внутренний угол глаза
- ✓ веки

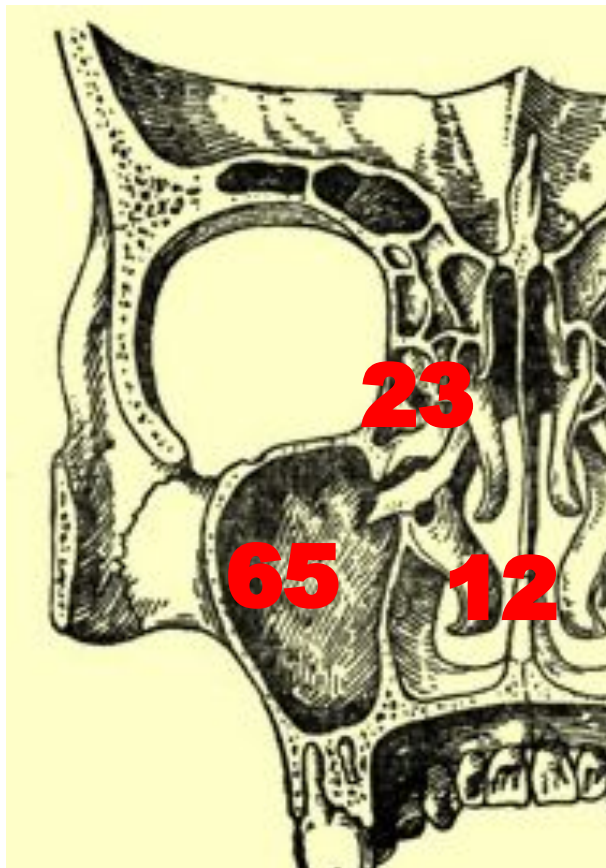


Клинический пример

Запущенная форма базальноклеточного рака



Нос и Околоносовые пазухи



□ Около 3% от всех опухолей головы и шеи

□ В 56% случаев возникают на фоне хронических гиперпластических процессов

□ Ранние стадии рака протекают бессимптомно.

□ Симптоматика:

✓ одностороннее нарушение носового дыхания

✓ припухлость лица

✓ выделения из носа сукровичного характера

✓ боль в области носовых пазух

✓ смещение глазного яблока



Глотка



□ Около 3% от всех опухолей головы и шеи

□ В 70 % случаев выявляют рак, в 30% лимфопролиферативные заболевания

□ Ранние стадии рака протекают бессимптомно.

□ Симптоматика:

- ✓ нарушение носового дыхания
- ✓ выделения из носа сукровичного характера
- ✓ одностороннее снижение слуха
- ✓ дискомфорт при глотании
(ощущение комка!)
- ✓ боль в глотке, першение
- ✓ кашель



Полость рта



□ Занимает 4 место среди опухолей головы и шеи

□ Частота и локализация опухоли:

- ✓ Язык - 52 %
- ✓ Дно полости рта - 20 %
- ✓ Альвеолярный отросток верхней и нижней челюсти – 10 %
- ✓ Щека - 7 %
- ✓ Твердое и мягкое небо – 9 %

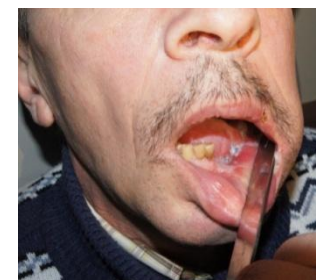
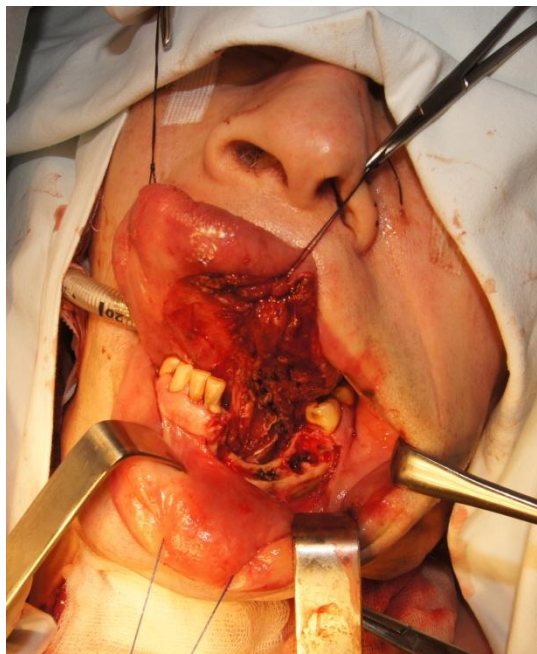
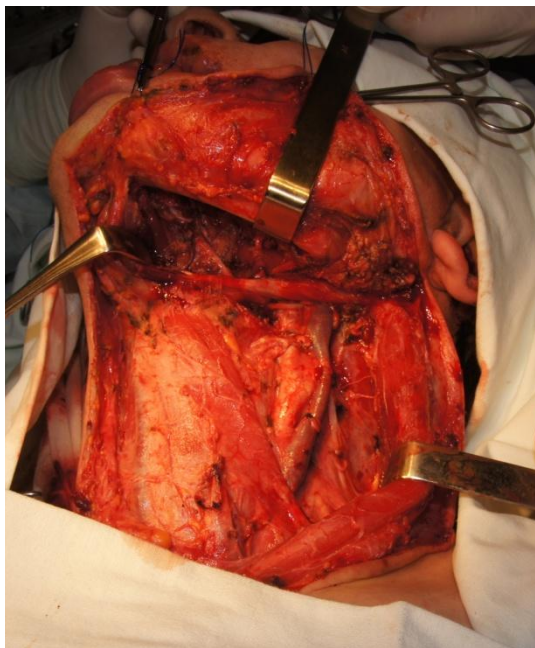
□ Симптоматика:

- ✓ Безболезненные узелки, поверхностные язвы и трещины не поддающиеся консервативному лечению.
- ✓ Болезненность как правило появляется при новообразованиях больших размеров.

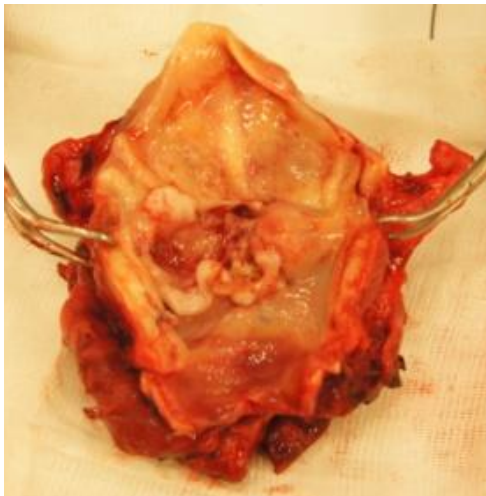
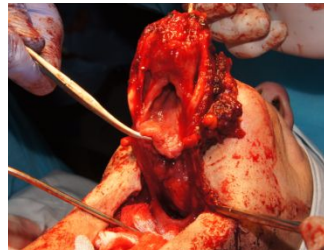
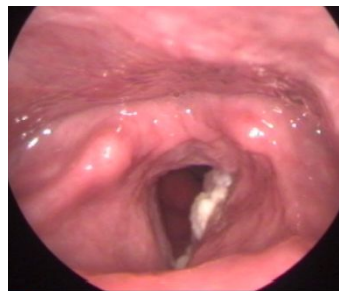
Клинический пример

Пациент А. 55 лет.

Диагноз: Рак дна полости рта слева III ст. T2N1M0
состояние после НАПХТ 11-12.2015г. Состояние после
хирургического лечения - блок резекция: дно полости
рта слева с альвеолярным отростком нижней челюсти от
31 до 35 зуба, краевой резекцией свободной части языка
и лимфатическими узлами и клетчаткой I a,b - II a,b - III
уровней шеи 26.01.2016.



Гортань



□ Занимает 3 место среди опухолей головы и шеи

□ Диагностируется на:

I-II ст. - 35 %

III ст. - 46 %

IV ст. - 17 %

□ Симптоматика:

✓ изменения голоса

✓ затруднение дыхания

✓ нарушение глотания, поперхивание
пищей

✓ боль при глотании иррадирующая в
ухо

✓ кашель с мокротой или примесью крови

Клинический пример № 1

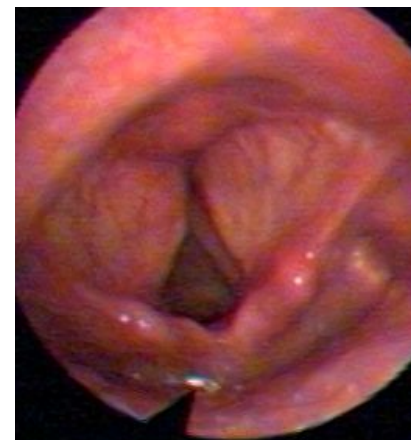
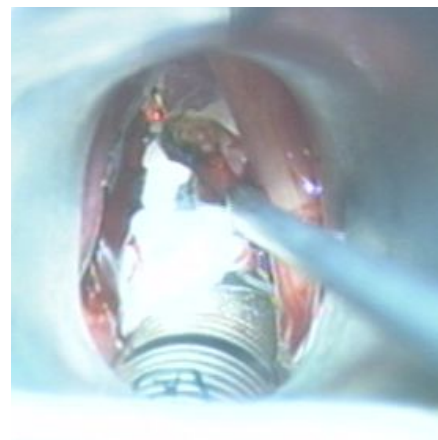
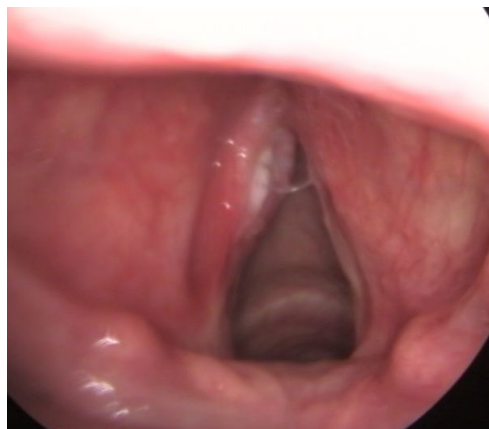
Пациент С. 57 лет.

Диагноз: Рак гортани I стадия T1N0M0

Жалобы: охриплость

Анамнез: беспокоит около 1 месяца, обратился в поликлинику по месту жительства, лечился консервативно без эффекта. Направлен на консультацию к онкологу, выполнена биопсия.

Гистология № 95784-86: высокодифференцированный плоскоклеточный рак



Клинический пример № 2

Пациентка В. 61 год.

Диагноз: Рак гортани II стадия T2N0M0

Жалобы: охриплость

Анамнез: беспокоит около 3 месяца, неоднократно обращалась в поликлинику по месту жительства, лечилась консервативно, без эффекта. **Гистология № 2874/16 от 12.10.2016:** умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак.



Орган слуха



□ Наиболее часто встречаются доброкачественные опухоли наружного и среднего уха: папиллома, церуминома (аденома), фиброма, гемангиома, остеома и д.р.



□ Злокачественные опухоли встречаются редко, как правило: базальноклеточный и плоскоклеточный рак, меланома, саркома

□ В большинстве случаев наблюдается вторичное поражение органа слуха, когда новообразование распространяется с соседней области

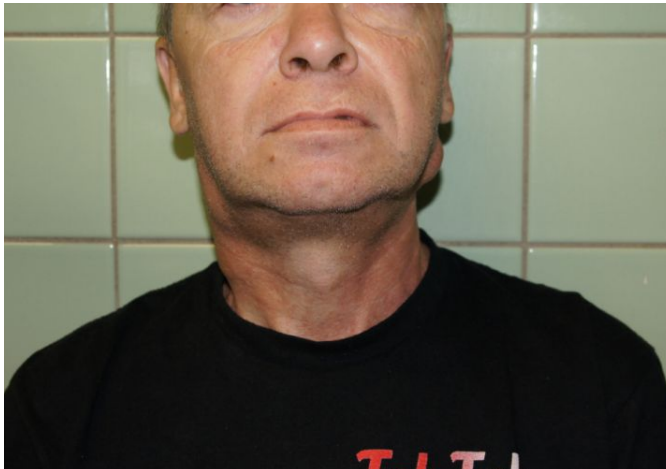
Клинический пример

Пациентка Н. 68 лет.

Диагноз: Аденокарцинома кожи наружного слухового прохода
III ст. T3N0M0. Состояние после хирургического лечения в
2012. Рецидив. Состояние после комбинированного лечения
(расширенная резекция наружного уха + п\о ДГТ СОД 60 Гр)
04-08.2016г.



Новообразования шеи



- В 10% случаев внеорганные опухоли (саркомы)
- От 30% до 80 % метастазы плоскоклеточного рака
- До 1,4% случаев выявления метастазов без выявленного первичного очага
- В лимфатические узлы шеи метастазирует рак:
 - ✓ Легкого
 - ✓ Желудка
 - ✓ Поджелудочной железы
 - ✓ Толстой кишки
 - ✓ Женских половых органов
 - ✓ Молочной железы
 - ✓ Пищевода
 - ✓ Яичка
 - ✓ Простаты

Начальные формы рака головы и шеи протекают
бессимптомно

либо с привычными проявлениями
фоновых и предраковых состояний

В основе врачебной ошибки лежит отсутствие
онкологической настороженности

Подозрение является основой ранней диагностики
злокачественной опухоли

«Онкологическая грамотность» – качественно более
высокий уровень подготовки врача любой
специальности

Методология диагностического алгоритма

**Врач
общей
лечебной
сети**

□ Устанавливающая:

- ✓ Анализ жалоб, данных анамнеза
- ✓ Физикальное обследование
- ✓ Визуализация опухоли



□ Уточняющая:

- ✓ Верификация диагноза
- ✓ Оценка распространенности процесса
- ✓ Оценка соматического статуса больного



□ **Формулирование диагноза**

Онколог

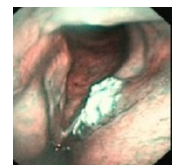
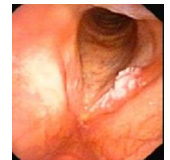
Диагноз устанавливается только после морфологической верификации.

**Сопряжена с рисками
развития осложнений**
кровотечение, стеноз,
инфекционно-воспалительные
осложнения

Не всегда возможна
отсутствие
квалифицированного
персонала, технического
обеспечения

**Перспективные направления для ранней диагностики
диспластических и неопластических процессов ЛОР-органов**

- Оптическая когерентная томография (ОКТ)
- Узкоспектральная визуализация (NBI)
- Флюоресцентная спектроскопия (ФД)



Онкологические маркеры

АФП (Альфа-фетопротейн) – печень, ЖКТ

Б-2-МГ (Бета-2-микроглобулин) – лимфопролиферативные заболевания

ПСА (специфический антиген простаты)

РЭА (раково-эмбриональный антиген) – ЖКТ, молочная железа, яичники

СА 125, СА 15-3 (Муциноподобный гликопротеин) – молочная железа

СА 19-9 – желудок, ПЖ, кишечник

СА 242 - ЖКТ

ХГЧ (хорионический гонадотропин человека)

UBC (Urinary Bladder Cancer) – мочевого пузыря

SCCA – плоскоклеточный рак, кожа, вульва, голова - шея

Микро РНК диагностика

- Определение уровня определенных микроРНК играет важную роль в диагностике рака гортани и глотки, определении гистологического типа и вероятности метастазирования
- Чувствительность данного метода составляет **92,5 %**
специфичность **78,8 %**



**ФГБУ Научно-клинический Центр
Оториноларингологии ФМБА России**

**Запись на консультацию ЛОР-онколога:
8 (499) 968-69-12**

**старший научный сотрудник
к.м.н. Решульский Сергей Сергеевич**

Тел. 8-968-564-07-70

Е-mail: RSS05@mail.ru

д.м.н. Виноградов В.В.