

- Новообразования верхних дыхательных путей и уха составляют около 6–8% новообразований человека всех локализаций.
- Опухоли могут исходить из эпителиальной, соединительной, мышечной, нервной, хрящевой, костной и других тканей.
- Среди новообразований ЛОР-органов встречаются опухолеподобные образования, доброкачественные и злокачественные опухоли.
- Наиболее часто они обнаруживаются в гортани; на втором месте по частоте стоят нос и околоносовые пазухи, затем глотка; сравнительно редко выявляются опухоли уха.

Классификация новообразований по гистологическому строению

I. Эпителиальные опухоли:

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

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

II. Опухоли мягких тканей:

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

Б. Злокачественные (фибросаркома, ангиосаркома, саркома Капоши и др.)

III. Опухоли кости и хряща:

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

Б. Злокачественные (хондросаркома и др.).

IV. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

V. Смешанные опухоли.

VI. Вторичные опухоли.

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

Диагностика опухолей основывается на использовании методов:

1) Клинический:

(осмотр пациента, выяснение жалоб, а также история заболевания)

2) Инструментальный :

- осмотр патологического очага с помощью инструментов
- лучевые методы исследования
- метод прижизненного исследования тканей (биопсия)

3) Лабораторные методы исследования:

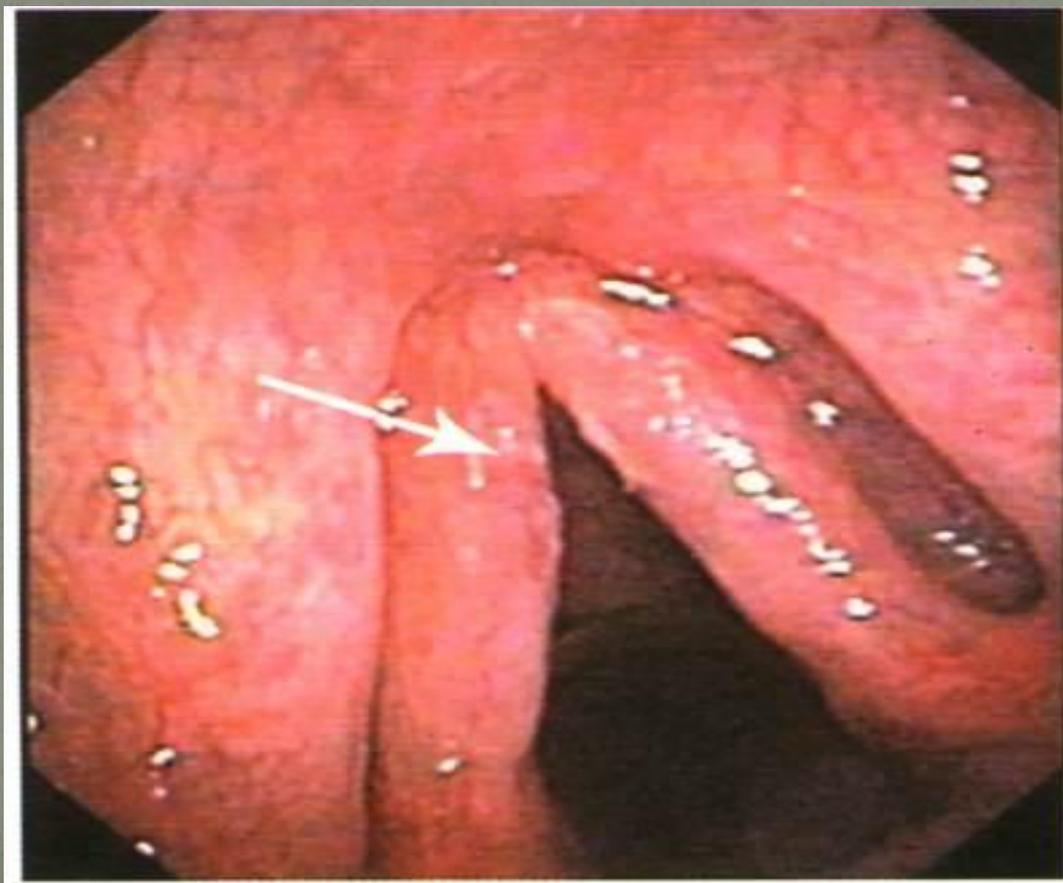
- исследование биологических жидкостей,
- исследование крови на присутствие маркеров опухолевого процесса
- определение чувствительности опухоли к лечению

Лучевые методы исследования

- **Рентгенографическое обследование** является основным методом распознавания при опухолях
 - **Компьютерная томография** является ценным методом для локализации области новообразования, из которой в дальнейшем берется проба ткани для биопсии, а также для планирования хирургического вмешательства и последующей радиотерапии

Эндоскопический метод

дает возможность тщательно осмотреть всю слизистую оболочку, произвести цитологическое исследование, а при подозрении взять кусочек ткани для гистологического исследования



ЯМР

спектроскопия *in vivo* характеризуют уровень энергообеспечения клеток и особенности метаболизма в выделенном участке любой биологической ткани, позволяет получить сведения о наличии и типе опухоли, степень ее злокачественности и сохранности органов и систем

Позитронная эмиссионная томография

**– диагностическое обследование
может с высочайшей
точностью определить наличие
опухоли**

Магнитно – резонансная томография

**– ЭТОТ МЕТОД ПОЗВОЛЯЕТ ДОСТИГАТЬ
ВЫСОКОГО КОНТРАСТИРОВАНИЯ ТКАНЕЙ,
ПОЛУЧАТЬ В ХОДЕ ОДНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
ИЗОБРАЖЕНИЕ ВО ВСЕХ АНАТОМИЧЕСКИХ
ПРОЕКЦИЯХ,
ИЗУЧАТЬ ДИНАМИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ,
СВЯЗАННЫЕ С ДВИЖЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКИХ
ЖИДКОСТЕЙ.**

Радионуклеидные методы
основаны на анализе содержания
моноклональных антител в
исследуемых тканях,
позволяет выявить многие виды
опухолей на ранних этапах
развития процесса,
когда размеры опухолей малы.

MPT



Телеэндоскопическая аппаратура

позволяет видеть на экране в цветном изображении то, что другим способом увидеть практически невозможно.



Биопсия

Метод получения ткани живого организма для гистологического исследования с диагностической целью.

- открытая биопсия

(фрагмент ткани непосредственно из патологического очага)

- тотальная эксцизионная биопсия

(хирургическая операция, направленная на удаление всего патологического очага)

Исследование биологических жидкостей

Маркеры или онкомаркеры вещества, повышение концентрации которых в биологической жидкости ассоциируется с наличием злокачественной опухоли и/или отражает степень ее распространения и эффект проводимого лечения.



Завершающей задачей при установлении диагноза онкологического заболевания является *оценка распространенности метастатического процесса, диагностика отдаленных метастазов.*

Чрезкожная пункция метастатических опухолей, взятие материала при эндоскопии позволяют морфологически подтвердить наличие отдаленного метастаза

(M₀-нет отдаленных метастазов,
M₁-есть отдаленные метастазы).



- Лечение опухолей любой локализации наиболее эффективно при их выявлении на ранней стадии, однако ранняя диагностика новообразований является и наиболее сложной.

Самый эффективный метод выявления опухоли — тщательный осмотр ЛОР-органов при любом посещении пациентом оториноларинголога, который четко представляет нормальное строение ЛОР-органов и может своевременно отметить любые отклонения от нормы

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ГОРТАНИ

Из злокачественных новообразований гортани на первом месте стоит рак (cancer larynges)

**Рак гортани поражает преимущественно мужчин в возрасте от 40 до 70 лет:
на сто мужчин приходится 8 женщин**

- Рак гортани составляет до 5% всех злокачественных опухолей человека и 40–65% опухолей ЛОР-органов.
- Встречается чаще у мужчин, пик заболеваемости приходится на 60–70 лет.
- Основные *факторы риска* — *курение и алкоголизм*.
- У курильщиков вероятность возникновения рака гортани в 30 раз выше, чем у некурящих.
- Другие факторы риска: пищеводный рефлюкс, облучение, юношеский папилломатоз в анамнезе.

Предраковые заболевания:

- папиллома, длительно существующая
 - лейкоплакия слизистой оболочки
 - дискератозы
 - пахидермия
 - фиброма на широком основании
- брахиогенные и другого происхождения кисты гортанных желудочков
- хронические воспалительные процессы, не уступающие лечению, обусловленные сифилисом, алкоголизмом, курением

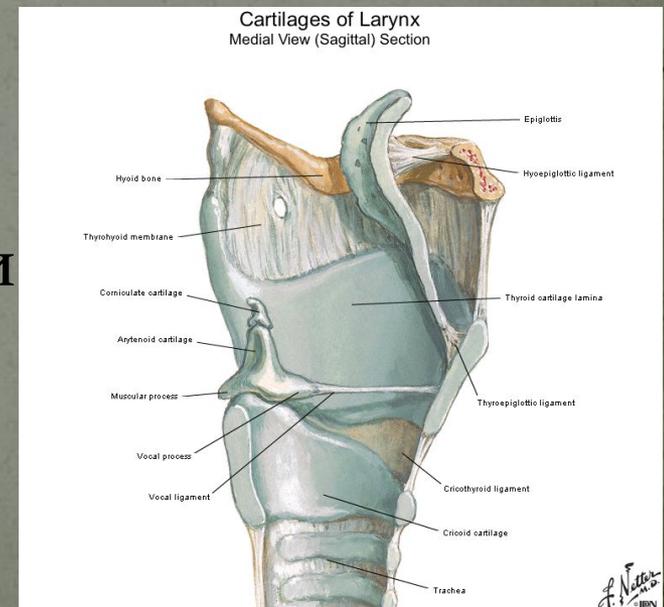
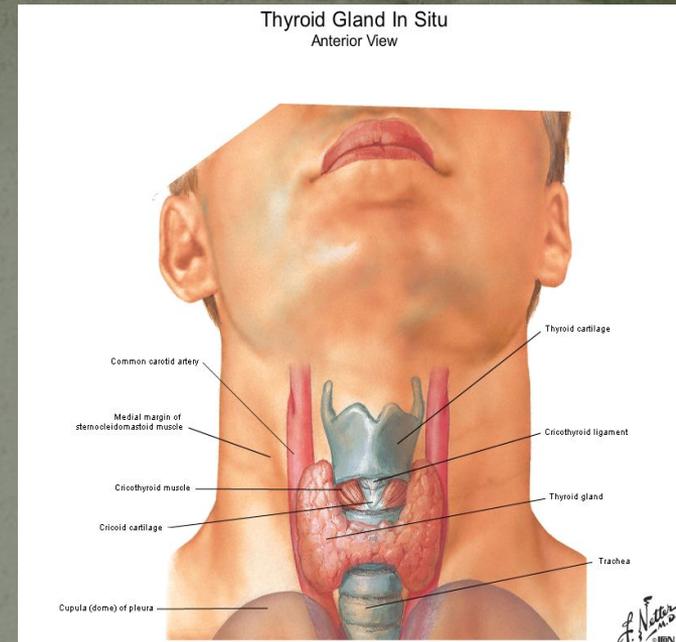
Локализация рака гортани

- Самая неблагоприятная в прогностическом отношении — *верхняя (вестибулярная)* локализация рака гортани (~20–25% случаев). Эта область наиболее богата рыхлой клетчаткой и жировой тканью, лимфатическая сеть вестибулярного отдела гортани широко связана с яремными и надключичными лимфатическими узлами.
- Локализация опухоли *в среднем отделе* (до 65–70% случаев) — наиболее «благоприятная» для излечения.
- *Рак нижнего отдела гортани* встречается примерно в 10% случаев. Нижний отдел гортани сравнительно с вестибулярным менее богат лимфатической сетью. Для этих опухолей характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой, растут книзу.

При опухоли надгортанника процесс распространяется вверх и кпереди.

При опухоли среднего отдела гортани через коммисуру или гортанный желудочек распространение идет на верхний отдел.

Опухоль нижнего отдела гортани растет вниз через коническую связку, проникает на передние отделы шеи.

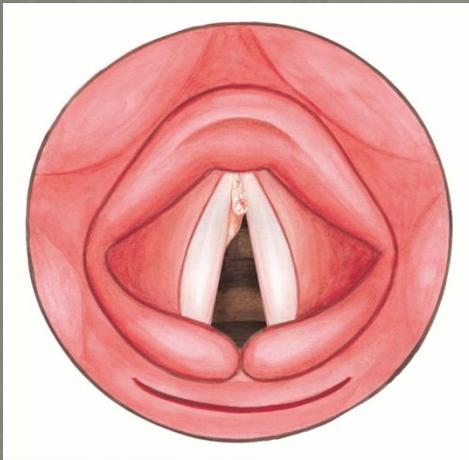


Рак вестибулярного отдела гортани



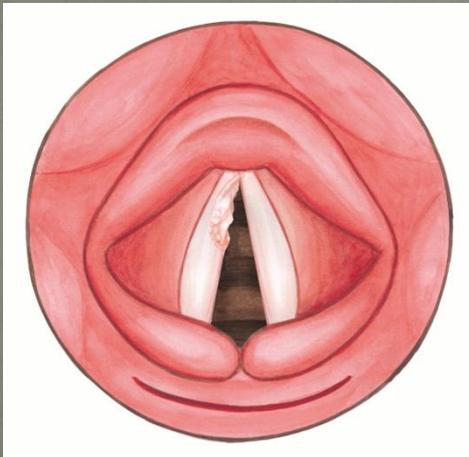
- Наиболее неблагоприятная в прогностическом отношении локализация раковой опухоли в вестибулярном отделе.

Рак голосовой складки



а

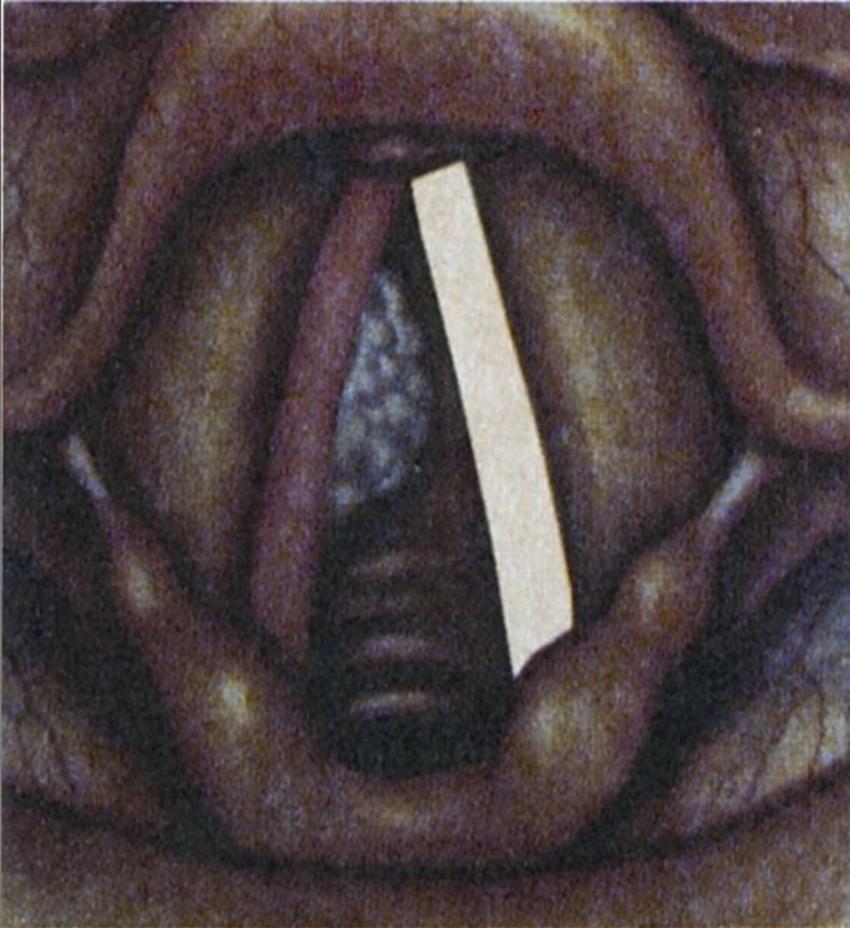
- Опухоль плотная, бугристая, бледно-розового цвета, чаще возникает в передних $2/3$ голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край.



б

- Опухоль голосовой складки довольно рано проявляется дисфонией.
- Метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани.

Рак подголосового отдела гортани:



опухоли почти не
возвышаются над
слизистой оболочкой

Периоды развития опухолей гортани (клиника)

1) Начальный период:

- першение
- неудобство при глотании
- ощущение комка в горле

2) Период полного развития заболевания:

- возникает охриплость вплоть до афонии
- затруднение дыхания вплоть до асфиксии
- нарушение глотания вплоть до полной ее невозможности

3) Период метастазирования

Клиническая картина

- Персистирующая охриплость голоса у курильщиков среднего и пожилого возраста
- Отдышка и стридор
- Боль в ухе на стороне поражения
- Дисфагия
- Постоянный кашель
- Кровохарканье
- Потеря массы тела, вызванная пониженным питанием
- Неприятный запах изо рта, обусловленный распадом опухоли
- Изменение формы шеи, связанная с метастазированием в шейные лимфатические узлы
- Болезненность в области гортани, связанная с нагноением и распадом опухоли
- Ощущение комка в горле
- При пальпации гортань расширена, крепитация менее выражена

Классификация Т N М

Основана на определении **стадий** всех солидных опухолей – анатомический размер новообразования

- T (tumor)** – распространение первичной опухоли,
- N (nodules)** – состояние регионарных, а при некоторой локализации и юкстарегинарных лимфатических узлов,
- M (metastasis)** – наличие или отсутствие отдаленных метастазов.

К этим компонентам добавляют цифры, указывающие на распространенность злокачественного процесса.



Лечение рака гортани

Методы лечения рака гортани: *хирургический, лучевой и химиотерапевтический.*

- В I стадии применяют эндоларингеальное удаление, а затем лучевое воздействие.
- Во II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов.
- В III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводится хирургическое лечение, а затем лучевое.

При хирургическом лечении больных раком гортани применяют три вида операций: *полное удаление гортани (ларингэктомия), различные варианты резекции гортани, реконструктивные вмешательства.*

Варианты резекции гортани:

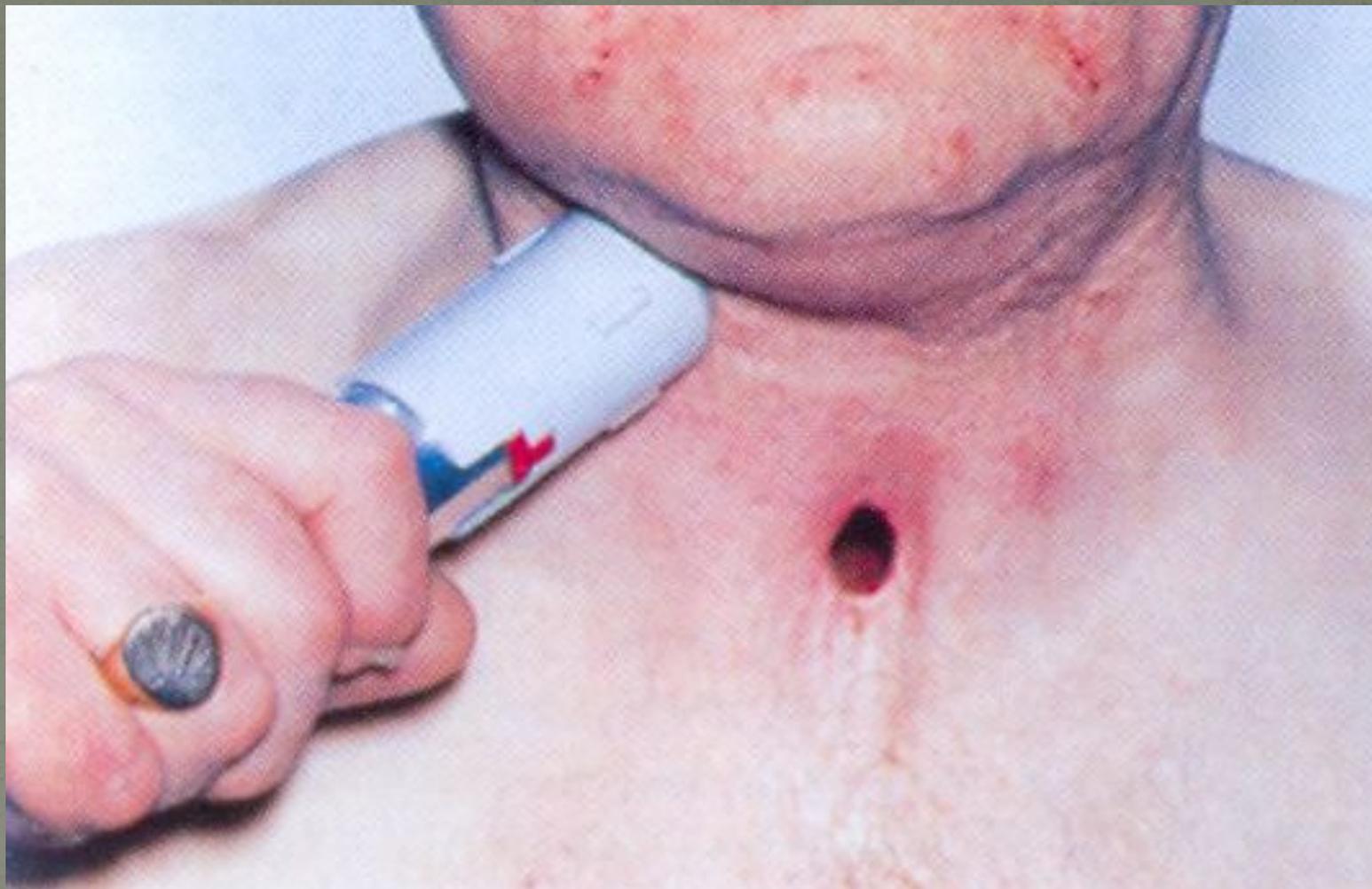
- *Хордэктомия* — удаление одной голосовой складки
- *Гемиларингэктомия* — половинная резекция гортани.
- *Передняя (фронтальная) резекция* гортани — удаление передней комиссуры и прилежащих к ней участков обеих голосовых складок в тех случаях, когда эти отделы оказываются пораженными опухолевым процессом.
- *Горизонтальная резекция гортани* — при локализации опухоли в преддверии пораженная часть органа резецируется, а голосовые складки могут быть сохранены.

Реабилитация голоса

После тотальной ларингэктомии пациент способен опять говорить:

- Обучившись эзофагальной речи (заглатывая воздух и произвольно возвращая его через глотку)
- Используя искусственную гортань, которая во время артикуляции пациента передает вибрацию на глотку и ротовую полость





Использование искусственной гортани

Папиллома гортани

Местная инфекция вируса папилломы человека

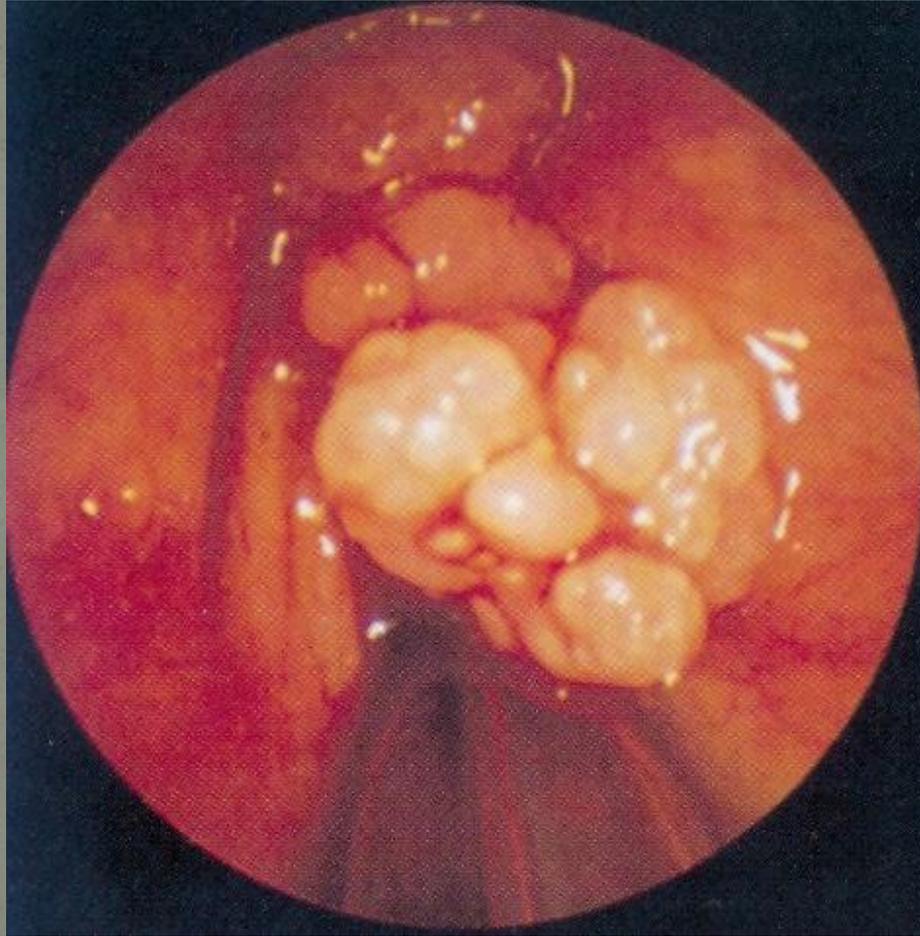
У детей (ювенильная форма):

множественны поражения, которые могут распространиться на трахею и бронхи. В подростковом возрасте заболевание может регрессировать.

У взрослых:

встречается реже и обычно проявляется в виде
одиночного очага

Эндоскопическая картина
папилломатоза гортани



Лечение

Эндоскопическое удаление с использованием диатермии с отсосом или СО, лазера.

Часто проводят хирургическое иссечение опухоли в пределах гортани или трахеи.

Удаление может быть показано при частых рецидивах.

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 (кровооточащий полип перегородки носа) и др.

- 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 поражаются клиновидная пазуха и перегородка носа.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:

- папилломы
- аденомы
- остеомы
- Ангиомы

Инвертированная папиллома может подвергнуться малигнизации.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ:

50 % злокачественных опухолей
расположены в верхнечелюстных
пазухах.

Наиболее распространенный вид —
плоскоклеточная карцинома.

Другие виды: аденоцисткарцинома,
меланома и саркома.

Грибовидная папиллома преддверия носа

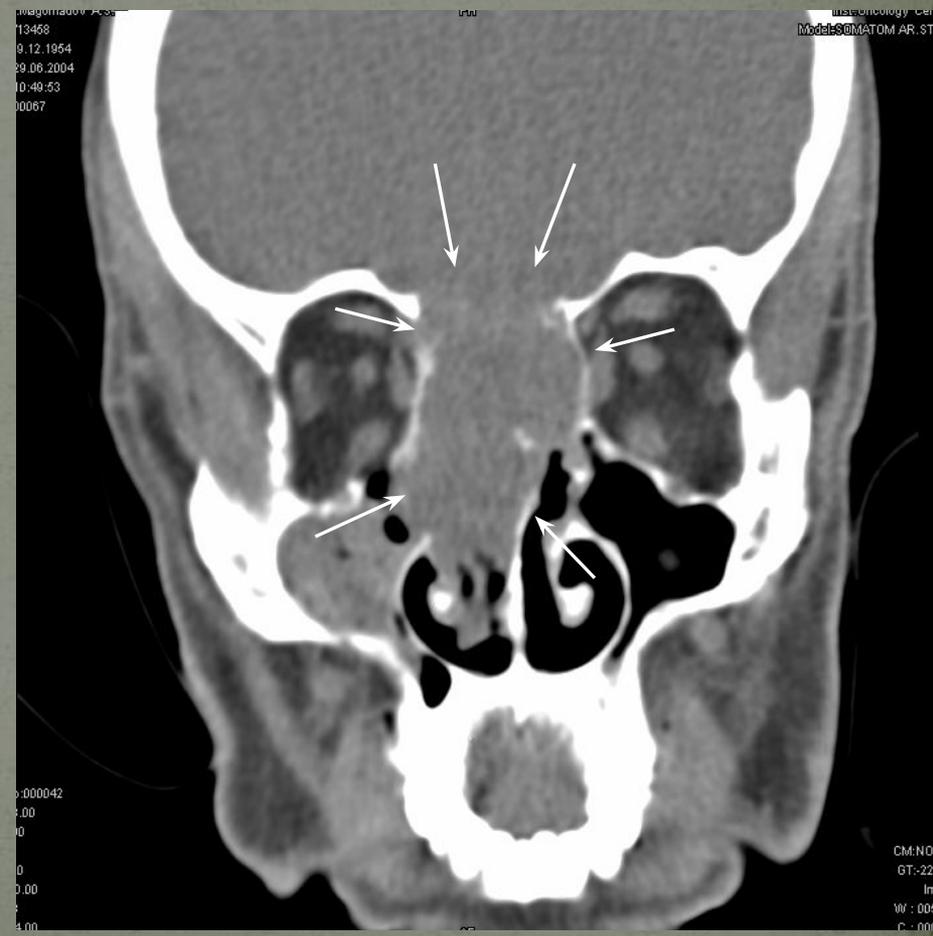


- Располагается в преддверии на перегородке носа, по внешнему виду напоминает цветную капусту.
- Опухоль является доброкачественной

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



а



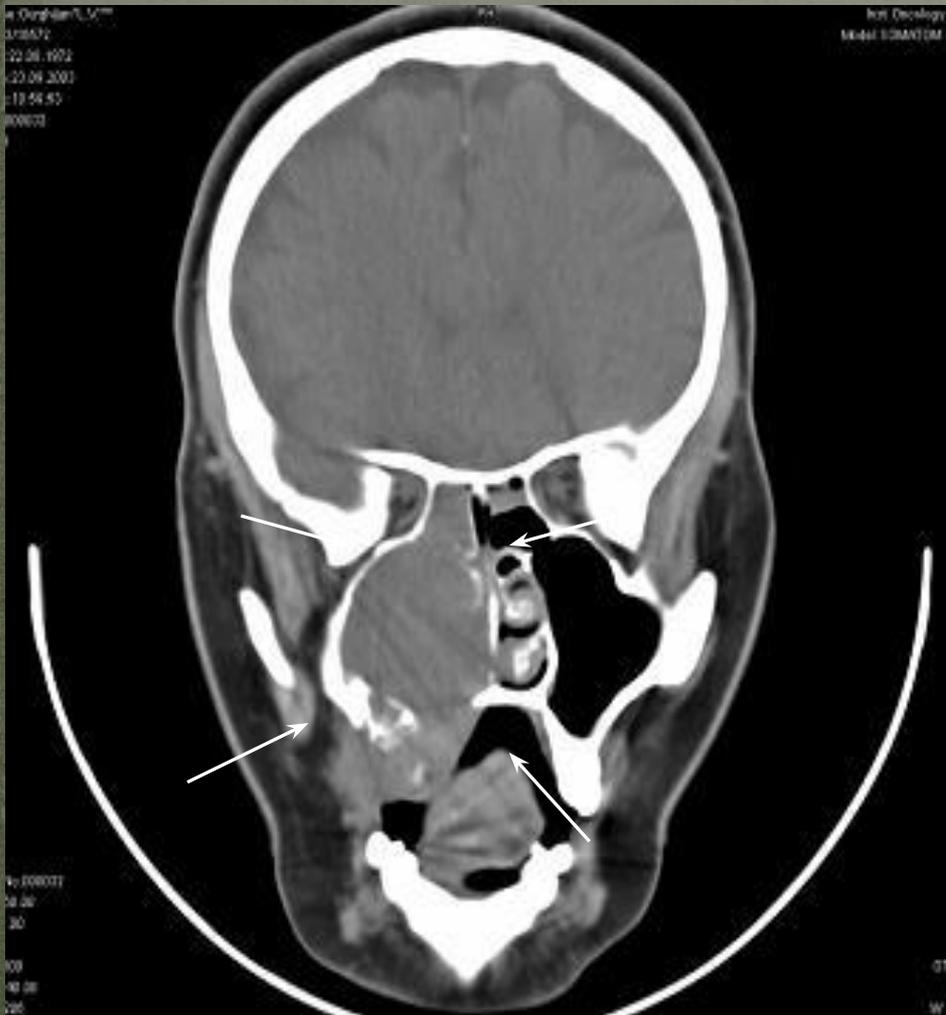
б

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, горчиный газ и др.

Компьютерные томограммы больного распространенным раком верхнечелюстной пазухи.

а — коронарная проекция; б — аксиальная проекция



а



б

**Вид больного злокачественной фиброзной
гистиоцитомой полости носа**



КЛИНИКА

- **Доброкачественные опухоли** часто проявляются как односторонний носовой полип.
- **Злокачественная опухоль**, распространяясь по средней линии, вызывает **назальную обструкцию** или **носовое кровотечение**, распространяясь кзади — **обструкцию евстахиевых труб** и **паралич черепномозговых нервов**, книзу — **разрушение зубов**, а кверху и **проптоз (экзофтальм)** или **слезотечение**. Распространение латерально вызывает **выпячивание щеки**.

ДИАГНОСТИКА

гистологическая диагностика
рентгенографическая оценка
распространенности опухоли с
использованием КТ томографии
пазух.

Карцинома верхней челюсти с поражением твердого неба



Лечение

- **Доброкачественные** опухоли просто удаляют либо эндоскопически, либо через доступ боковой ринотомии.
- **Злокачественные** имеют плохой прогноз вследствие их позднего обнаружения и быстрого распространения.
Комбинируют радикальную операцию (максиллэктомию) и лучевую терапию.
Последующие дефекты устраняют путем изготовления зубной пластины с obturatorом

НОВООБРАЗОВАНИЯ МИНДАЛИН

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ КИСТЫ

- слизистые ретенционные кисты,
- тонзиллолиты или уплотненные участки эпителиального детрита

Они гладкие и локализируются в одной части миндалины.

При наличии симптоматики — тонзиллэктомия.

Ретенционная киста правой миндалины



ЛИМФОМА

Односторонняя припухлость миндалины с интактной слизистой, которая может вызывать дисфагию, заставляет заподозрить лимфому.

На ощупь миндалина резиноподобная.

Диагноз подтверждается с помощью биопсии.

После установления стадии заболевания: при локализованном поражении — лучевая терапия, в более поздней стадии добавляют химиотерапию.

Лимфома миндалины



КАРЦИНОМА

- Проявляется ушной болью, болью в горле или дисфагией.
- Более чем в 50 % случаев поражаются шейные лимфоузлы на той же стороне, что может быть основным проявлением.
- Миндалины твердая, изъязвленная.

Карцинома правой миндалины



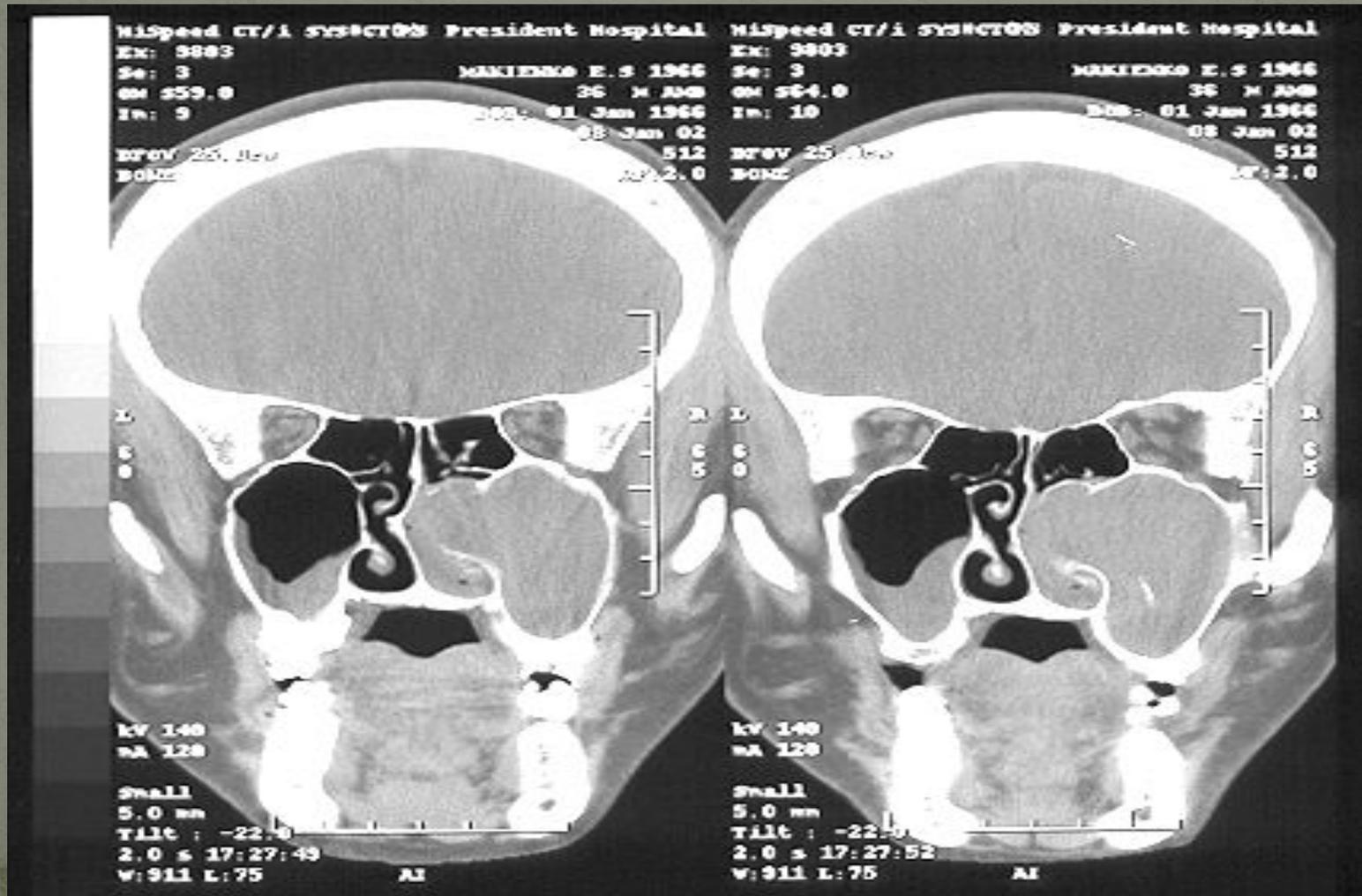
Лечение

- лучевая терапия

- хирургическое лечение

(с лимфодиссекцией шеи, частичной мандибулоэктомией и удалением первичной опухоли) – резервный метод при неэффективности лучевой терапии или при первичной опухоли больших размеров

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



Злокачественные новообразования ушной раковины

На коже ушной раковины могут возникать базальноклеточный рак, плоскоклеточный рак и злокачественные меланомы.

Фактор риска — длительное воздействие солнечного света.

Клиника. Начальные маленькие поверхностные поражения в запущенных случаях прогрессируют в глубокие язвы. Плоскоклеточные карциномы и злокачественные меланомы метастазируют в региональные шейные лимфатические узлы.

Лечение. Показано хирургическое удаление, однако при базальноклеточной и плоскоклеточной карциноме в качестве альтернативы проводится лучевая терапия. Поражение хряща приводит к снижению радиочувствительности опухоли.

Плоскоклеточный рак
ушной
раковины



ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Чаще всего встречаются костные выступы наружного слухового прохода.

Остеомы — единичные истинные доброкачественные новообразования.

Экзостозы обычно множественные, доброкачественные, они возникают при повторяющемся воздействии на наружный слуховой канал холодной воды при плавании и нырянии. При окклюзии слухового прохода серной пробкой возможно развитие наружного отита и снижение слуха.

Лечение. При отсутствии симптомов в лечении нет необходимости. При рецидивирующих наружных отитах остеомы могут быть удалены хирургическим путем.

Экзостозы наружного слухового прохода

