

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой
дмн, профессор С.Г. Вахрушев
Куратор
кмн, доцент М. А. Петрова



Реферат

На тему: Злокачественные образования ЛОР-органов.

Выполнила: Клинический ординатор 1 года

115 гр, С.А. Августовская

Красноярск , 2023 г

Из всех злокачественных новообразований на долю ЛОР-органов приходится 23%, у мужчин - 40%, причем преобладает рак гортани. 65% всех опухолей ЛОР-органов выявляются в запущенном состоянии. 40% больных умирают, не прожив и 1 года с момента постановки диагноза.

У больных раком гортани был ошибочным диагноз у 34%, рак глотки - 55%. У больных с локализацией опухолей в полости носа и его придаточных пазух ошибочный диагноз составляет 74% случаев.

Таким образом можно сделать вывод, насколько должна быть велика онкологическая настороженность, особенно в ЛОР-практике.

Исходя из классификации 1978 года выделяют:

1. Неэпителиальные опухоли:

- · мягких тканей (соединительнотканые).
- · Нейрогенные
- · опухоли из мышечной ткани
- · опухоли из жировой ткани
- · нейроэпителиальные опухоли костей и хряща

2. Эпителиальные

3. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

4. Смешанные опухоли

5. Вторичные опухоли

6. Опухелеподобные образования.

В каждой из данных групп выделяют доброкачественные и злокачественные опухоли. Также применяют классификация по системе TNM.

T1 - опухоль занимает одну анатомическую часть.

T2 - опухоль занимает 2 анатомических части, либо 1 анатомическую часть, но прорастает соседний орган, поражая не более одной анатомической части.

T3 - опухоль занимает более 2-х анатомических частей, либо 2 анатомические части + прорастание в соседний орган.

N0 - нет регионарных метастазов

N1 - регионарные метастазы односторонние и смещаемые

N2 - регионарные метастазы двусторонние смещаемые.

N3 - регионарные метастазы односторонние неподвижные

N4 - регионарные метастазы двусторонние неподвижные, либо односторонний конгломерат метастазов, прорастающий в соседние органы.

M0 - нет отдаленных метастазов.

M - есть отдаленные метастазы.

Злокачественные опухоли гортани.

Превалирует рак, почти всегда плоскоклеточный, реже базальноклеточный. Саркома гортани встречается крайне редко.

Рак гортани занимает 4 место среди всех злокачественных опухолей у мужчин, уступает раку желудка, легких и пищевода. Соотношение заболеваемости, карцинома гортани у мужчин и женщин 22:1.

Встречается рак гортани у лиц моложе 30 лет и старше 40 лет, а у женщин моложе 20 лет.

Чаще поражается верхний отдел гортани - средний, еще реже - нижний отдел.

Преимущественно встречается экзофитная форма рака, которая растет медленно. При опухоли надгортанника процесс распространяется вверх и вперед, при опухоли среднего отдела гортани через комиссуру или гортанный желудочек распространение идет на верхний отдел. Опухоль нижнего отдела гортани растет вниз через коническую связку проникает на передние отделы шеи.

Раньше метастазирует рак преддверия гортани чаще на стороне поражения, а медленнее всего при опухоли переднего отдела гортани.

Выделяют 3 периода развития опухолей гортани:

1. Начальный - 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 невозможности.
3. Период метастазирования.

Дифференциальный диагноз проводят с туберкулезом, склеромой, сифилисом. Окончательным (решающим) является гистологическое исследование либо проведение превентивной терапии без достаточно хорошего результата.

Лечение рака гортани. Чаще всего - экстирпация гортани, реже - ее резекция, еще реже - реконструктивные операции. Прежде чем приступить к хирургическому лечению,

обязательно производят трахеотомию, для проведения интубационного наркоза, а для обеспечения дыхания в последующем послеоперационном периоде.

Виды операций при раке гортани:

1. 1. эндоларингеальное удаление опухоли - показано при опухоли 1 стадии, среднего отдела.

2. 2. Удаление опухоли наружным доступом: а. Тиреотомия, ларингофиссура - при 2 стадии, средний этаж; б. Подподъязычная фаринготомия. Производят при опухолях нефиксированной части надгортанника экстирпацию надгортанника.

3. 3. Резекция гортани. Производят при локализации опухоли в передних 2/3 голосовых складок с распространением на переднюю комиссуру; при поражении одной голосовой складки; при ограниченном раке нижнего отдела гортани; при ограниченном раке верхнего отдела гортани при условии интактности черпаловидных хрящей.

Виды резекций:

· · боковая (сагитальная).

· · Передне-боковая (диагональная).

· · Передняя (фронтальная).

· · Горизонтальная.

4. Ларингэктомия - производится, если невозможна резекция, либо при третьей стадии.

5. Расширенная ларингэктомия - удаляется гортань, подъязычная кость, корень языка, боковые стенки гортаноглотки. Операция инвалидизирующая. В итоге формируется трахеостома и вводится пищеводный зонд для питания.

Кроме хирургического , используют лучевое лечение. Его начинают проводить до операции в 1 и 2 стадиях процесса. Если после половины сеансов лечения отмечается значительный регресс опухоли, то лучевую терапию продолжают до полной дозы (60-70 Гр). В случаях , когда после половинного облучения регресс опухоли менее 50%, то лучевую терапию прерывают и оперируют больного . наиболее радиочувствителен рак среднего этажа гортани, а рак нижнего отдела радиорезистентен. В случае наличия регионарных метастазов производят операция Крайля - удалится клетчатка бокового отдела шеи, глубокие яремные лимфоузлы, ключичная мышца, внутренняя яремная вена, подчелюстные лимфоузлы, подчелюстная слюнная железа. В случае наличия отдаленных метастазов проводится симптоматическая и химиотерапия. Исключением являются метастазы в легкие, здесь допустимо их оперативное лечение.

ХИМИОТЕРАПИЯ.

Используется в дополнение к основному методу лечения, либо в запущенных случаях. Используют: проседил, блеомицин, метотрексат, фторбензотек, синстрол (2500-3500 мг, используют у мужчин).

Результаты лечения.

При комбинированном лечении при раке гортани 2 стадии пятилетняя выживаемость достигает 71-75%, при третьей стадии 60-73%, при 4 стадии 25-35%, при первой стадии - 90% случаев.

Основная причины неблагоприятных исходов - рецидивы.

НОВООБРАЗОВАНИЯ НОСОГЛОТКИ.

Доброкачественные опухоли - папилломы, локализуют , как правило на задней поверхности мягкого неба, реже на боковой и задней стенках носоглотки. Лечение - хирургическое.

Юношеская ангиофиброма. Локализуется в своде носоглотки. Через хоаны часто проникает в полость носа. Состоит из соединительной ткани и сосудов. Обладает быстрым ростом. Клиника: нарушение носового дыхания и снижение слуха, так как закрывается слуховая труба, а также носовые кровотечения. Образование быстро выполняет собой полость носа и придаточные пазухи носа, прежде всего клиновидную пазуху. Может разрушать основание черепа и проникать в его полость. При задней риноскопии можно увидеть синюшное , бургистое образование. Лечение - хирургическое (по Муру).

Злокачественные опухоли. Чаще возникают у мужчин старше 40 лет. Сопровождается синуситами поэтому диагностика очень часто ошибочка. Появляются кровянистые выделения из носа, характера закрытая гнусавость, процесс обычно односторонний. Для хирургического лечения доступа практически нет, поэтому применяют лучевую терапию.

НОВООБРАЗОВАНИЯ РОТОГЛОТКИ.

Доброкачественные. Относят папиллому, гемангиому.

Злокачественные. Преобладает рак. Выделяют дифференцированные радиорезистентные опухоли, встречаются в молодом возрасте и у детей.

Исходная локализация (по частоте).

- · Небная миндалина 58% случаев
- · задняя стенка глотки 16% случаев
- · мягкое небо 10% случаев

Рост стремительный, быстро изъязвляются, часто метастазируют. Клиника зависит от исходной локализации опухоли. К симптоматике подключается кахексия так как нарушено глотание.

Лечение: при доброкачественных процессах - операция, которая может производиться через рот или при подъязычной фаринготомии. В случае злокачественных опухолей - лучевая терапия + операция. Перед операцией обязательна трахеотомия и перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ.

Рак гортаноглотки обычно развивается в грушевидном синусе, несколько реже на задней стенке и в позадиперстневидной области. Наиболее характерна экзофитная форма роста.

Жалобы: в ранней стадии дисфагия, если опухоль локализуется у входа в пищевод и затруднение дыхания при локализации у входа в гортань. В дальнейшем присоединяются боли, охриплость, кровохарканье, неприятный запах. Лечение как хирургическое, так и лучевое малоэффективно.

Операция - ларингэктомия с циркулярной резекцией шейного отдела пищевода + резекция трахеи. Формируется фарингостома, оростома, эзофагостома, трахеостома. Если возможно, то в дальнейшем проводится пластика пищевода и трахеи.

ОПЕРАЦИИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ.

Операции доступом через рот (по Денкеру). Показания - локализация опухоли в передне-нижнем отделе носа, опухоль у пожилых - злокачественные, доброкачественные опухоли. Операция щадящая.

Разрез под губой со стороны поражения продолжающийся на противоположную сторону. Обнажается лицевая стенка верхней челюсти, грушевидное отверстие, нижневнутренний угол орбиты. Мягкие ткани отсепаровывают и поднимают вверх. Возможные пути подхода: передняя и медиальная стенки верхнечелюстной пазухи, нижняя и латеральная стенки полости носа. Из этих подходов можно подойти к основному, лобной пазухе, клеткам решетчатого лабиринта.

Операция по Муру (наружным доступом). Показания: опухоли решетчатого лабиринта, основной пазухи.

Разрез проводится по надбровью, по боковой стенке носа, огибая крыло носа. Мягкие ткани отсепаровываются.