

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Онкология ЛОР-органов.

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Егорова А.А..

Красноярск, 2018

Содержание:

Рак гортани	3
Саркома гортани	4
Опухоли глотки	5
Опухоли носа и придаточных пазух	8
Злокачественные опухоли уха	9
Список литературы	11

Рак гортани. Он поражает преимущественно мужчин в возрасте от 40 до 70 лет: на 100 мужчин приходится 8 женщин.

В этиологии рака известное значение придают ряду заболеваний гортани, которые называют предраковыми. К ним относятся: папиллома, длительно существующая лейкоплакия слизистой оболочки и дискератозы ее пахидермия фиброма на широком основании бранхиогенные и другого происхождения кисты гортанных желудочков хронические воспалительные процессы, не уступающие лечению, обусловленные сифилисом, алкоголизмом, курением.

Наиболее достоверным является озлокачествление папиллом. Промежуточной формой между предраковыми заболеваниями и раком считается так называемый «рак на месте». Классификация рака гортани 1 учитывает локализацию и стадию опухоли. Это диктуется особенностями течения ее в зависимости от места поражения, что в свою очередь объясняется анатомической структурой гортани, в частности лимфатической системой ее.

Различают следующие три основных отдела гортани:

Верхний, или вестибулярный, отдел гортани, включающий в себя черпало-надгортанные связки с гортанной стороны, ложные голосовые связки, морганиевы желудочки и надгортанник.

Средний отдел — область истинных голосовых связок.

Нижний, или подсвязочный, отдел гортани.

I стадия. Опухоль или язва, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистым слоем и не распространяющаяся за пределы одного отдела гортани.

II стадия. Опухоль или язва, также ограниченная слизистой и подслизистым слоем, занимает целиком какой-либо отдел гортани, но не выходит за его пределы. Подвижность гортани сохранена. В регионарных зонах метастазы не определяются.

III стадия:

а) опухоль переходит на подлежащие ткани, вызывая неподвижность соответствующей половины гортани, но не выходит за пределы какого-либо одного ее отдела;

б) опухоль распространяется на соседние отделы гортани. Наличие единичных или множественных подвижных регионарных метастазов или одиночного ограниченно подвижного метастаза.

IV стадия:

а) обширная опухоль, занимающая большую часть гортани с инфильтрацией подлежащих тканей;

б) опухоль, прорастающая в соседние органы;

в) неподвижные метастазы в лимфатических узлах шеи; г) опухоль любого размера при наличии отдаленных метастазов.

Симптоматология при раке гортани зависит от стадии и локализации его. Опухоль на надгортаннике или на ложных голосовых связках может долго ничем себя не проявлять, оставаться для больного незамеченной. Наоборот, при локализации на истинных голосовых связках очень рано нарушается голосообразование: вначале изменяется тембр голоса, он становится грубоватым, а затем появляется хрипота. Хрипота чаще всего и заставляет больного обратиться к врачу.

В дальнейшем, по мере роста опухоли, хрипота усиливается, больной может говорить только шепотом. Наряду с этим развивается другой симптом — одышка. В запущенных стадиях появляются боли при глотании.

При раке надгортанника и черпаловидных хрящей чувству боли предшествует ощущение неловкости или чего-то постороннего. В случае распада опухоли и присоединения вторичного перихондрита боли значительно усиливаются. Спустя еще некоторое время появляется кровохарканье, поперхивание, присоединяется затруднение при прохождении пищи по пищеводу.

Распадающаяся опухоль издает зловоние. Больные теряют в весе, слабеют, нарастает кахексия. Таким образом, наиболее ранним симптомом при раке гортани чаще всего является хрипота. Так как этот симптом бывает и при многих других заболеваниях гортани, то выяснение причины хрипоты возможно только путем ларингоскопии.

Ларингоскопия, в особенности при локализации новообразования на истинной голосовой связке, позволяет установить наличие опухоли даже в тех случаях, когда размеры ее не больше мелкой горошины. Таким путем обеспечивается выполнение главного условия по борьбе с раковым процессом — ранняя диагностика.

В подсвязочном пространстве первичный рак возникает редко, протекает в течение некоторого времени бессимптомно и диагностируется тогда, когда выходит уже за пределы этого пространства. В последующем опухоль распространяется на истинную голосовую связку, вследствие чего появляется стойкая хрипота. Этот симптом характерен и появляется раньше, чем затруднение дыхания. Навести на мысль об опухоли здесь может одностороннее увеличение черпаловидного хряща.

Помогает распознаванию опухоли трахеоскопия. При распространении ракового процесса на соседние органы — глотку, корень языка, пищевод — присоединяются новые симптомы: невозможность глотать, непроходимость пищевода. Состояние пищевода выясняется с помощью рентгеноскопии и эзофагоскопии.

Диагноз рака гортани подтверждается микроскопическим исследованием кусочка инфильтрата. Однако, если положительный ответ гистолога в этом случае является решающим, то отрицательное заключение обычно считается сомнительным.

Бывает так, что гистолог расценивает изменения как воспалительный процесс, а ларингоскопически определяется новообразование. Такое расхождение может объясняться взятием пробного кусочка с поверхности, вторичным воспалительным процессом, одновременным наличием двух заболеваний, например рака и сифилиса или рака и туберкулеза. Иногда не помогают выяснить характер процесса и повторные биопсии. Особенную настороженность нужно проявлять в случаях, когда микроскопически диагностируется папиллома у пожилого мужчины.

При раке гортани применяется комбинированное (последовательное) лечение: лучевая терапия и оперативное вмешательство.

Саркома гортани. Саркома встречается в гортани значительно реже рака. М. Я. Харшак на 215 случаев рака гортани встретил только 3 случая саркомы. В. И. Воячек и В. Ф. Ундриц полагают, что соотношение саркомы и рака равно 1 : 35. Согласно данным Калера, саркома возникает чаще всего в возрасте между 40 и 60 годами, но отдельные авторы описали саркому гортани и у более молодых больных даже в 10-летнем возрасте. Женщины заболевают саркомой значительно реже, чем мужчины. Саркома гортани большей частью бывает первичной; вторичная возникает при

переходе опухоли на гортань с окружающих тканей шеи. Саркома гортани исходит чаще всего из подслизистого слоя или из надхрящницы.

По гистологическому строению различают веретенообразноклеточную, круглоклеточную, полиморфноклеточную саркому, лимфосаркому, фибросаркому, миксосаркому и пр. Чаще всего саркома возникает на голосовых связках, реже в подсвязочном пространстве, на желудочковых связках, на черпаловидных хрящах. Величина опухоли значительно колеблется; цвет ее зависит от количества кровеносных сосудов. Изъязвление опухоли происходит реже, чем при раке, и обусловлено, как правило, травматизацией опухоли. Сравнительно редко наблюдается прорастание опухоли сквозь хрящевой скелет гортани; в этом периоде отмечается поражение региональных лимфатических узлов. Отдаленные метастазы встречаются редко. Симптомы зависят от местоположения и объема опухоли. При поражении надгортанника, черпаловидной области больные жалуются на дисфагию, при локализации опухоли на истинных голосовых связках у больных возникает охриплость, а при поражении подсвязочного пространства постепенно возникают стенотические явления. Диагноз не всегда легко установить, он подтверждается биопсией. Альвеолярные саркомы и лимфосаркомы более злокачественны и быстрее развиваются, чем фибросаркомы.

Лечение в основном оперативное. Методы операции те же, что и при раке гортани. Глубокая рентгенотерапия применяется при лимфосаркомах, при саркомах задней стенки гортани.

Опухоли глотки. Рак глотки – это злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия слизистой оболочки глотки. Ежегодно от этой патологии, например, в США, умирает около 7000 человек.

Лучшим методом профилактики этого заболевания – это периодически осматривать свой рот и глотку. Выявление рака на ранней стадии позволяет надеяться на успех лечения. К сожалению, несмотря на довольно простое самообследование, которое помогло бы предупредить переход рака глотки в более тяжелые формы, почти всегда пациент обращается за помощью к врачу, когда рак находится на поздних стадиях.

Как уже было сказано, рак – это злокачественное перерождение клеток эпителия. Эта патология заключается в том, что здоровые до этого клетки под воздействием неизвестных причин начинают безудержно делиться и расти. При этом они прорастают не только во внешнее пространство, но и в соседние органы.

Кроме рака, клетки могут образовывать и доброкачественные опухоли. Такие опухоли отличаются от злокачественных тем, что редко поражают соседние органы и не повреждают окружающие ткани. Кроме того, доброкачественные опухоли легче удалить оперативным путем, кроме того, они не рецидивируют после операции.

Злокачественные опухоли чаще всего прорастают в соседние органы и ткани. Рак можно удалить хирургически, однако на поздних стадиях это становится затруднительно. Более того, хирургическое удаление раковых опухолей требует большего объема, чем доброкачественные. Это означает, что если при доброкачественных опухолях достаточно просто удалить опухоль, то при злокачественных – требуется удаление практически всего пораженного органа.

Для злокачественных опухолей характерно образование метастазов. При том, что в различных, иногда отдаленных отделах организма начинают формироваться опухолевые очаги. Это связано с тем, что клетки опухоли распространяются по кровеносным и лимфатическим сосудам.

Причины рака глотки:

В настоящее время медицина не выяснила точную причину развития рака. Однако существуют факторы риска, которые повышают вероятность возникновения опухоли глотки. К одним из таких факторов относятся курение табака, а также жевательный табак. Определенную роль играет и чрезмерное употребление алкоголя.

Факторы риска рака глотки:

Табак. Табачный дым оказывает раздражающее действие на клетки слизистой оболочки рта и глотки. Курящие люди намного больше подвержены риску рака глотки, чем не курящие. Примерно 90% страдающих раком глотки, употребляют табак в той или иной форме. У лиц, использующих жевательный табак, кроме того, повышен риск развития рака десен, щек и губы.

Чрезмерное употребление алкоголя. Алкоголь так же оказывает раздражающее воздействие на слизистую глотки. Около $\frac{3}{4}$ пациентов с раком глотки или ротовой полости злоупотребляют алкоголем. Сочетание курения с чрезмерным употреблением алкоголя значительно повышает риск рака глотки или ротовой полости.

Длительное раздражение зубными протезами. Само по себе раздражение зубными протезами не является фактором риска развития рака глотки или ротовой полости. Однако плохо подходящие зубные протезы могут поглощать табак или алкоголь, которые и оказывают воздействие на слизистую оболочку.

Лейкоплакия. Лейкоплакия – при осмотре имеет вид ограниченного пятна белесоватого цвета, размером до 1 сантиметра. Они практически не возвышаются над поверхностью слизистой оболочки. Эти образования чаще бывают одиночными, хотя изредка бывают и множественными, встречаются на языке или слизистой оболочке щек. Лейкоплакия считается предраковым состоянием.

Эритроплакия – это красноватого цвета образования, которые, как и лейкоплакия встречаются на слизистой оболочке ротовой полости. Это так же одна из форм предрака.

Вирус папилломы человека – вирус, который ответственен за такие образования, как папиллома. Они могут быть как генитальные, так и кожные.

К симптомам рака глотки и ротовой полости относятся:

Язвочка в полости рта, которая не заживает длительное время или увеличивается в размере.

Постоянная боль во рту.

Образования или пятна на слизистой оболочке рта белого или красного цвета.

Истончение слизистой щек.

Затруднение жевания, глотания, а также движений языка.

Затруднение движений нижней челюсти или боли при движениях ею.

Ощущение комка в горле или язвочка на стенке глотки.

Боль в области зубов либо выпадение зубов.

Онемение во рту.

Изменения голоса.

Опухолевидное образование на шее.

Неприятный запах изо рта.

Диагностика рака глотки и ротовой полости

Впервые заметить образование у во рту или глотке может сам пациент либо его стоматолог или другой врач, проводящий осмотр горла.

Для выявления характера того или иного образования во рту или глотке обычно берется кусочек ткани для последующего гистологического исследования. В большинстве случаев рак глотки или ротовой полости представляет собой карцинома.

Кроме биопсии, для уточнения диагноза, для выявления характера роста опухоли, степени поражения соседних тканей и органов, а также наличие метастазов, проводятся следующие методы исследования:

Рентгенография головы и грудной клетки.

Компьютерная томография и магнитно-резонансное исследование. Эти методы исследования позволяют получить намного больше информации о состоянии органов и тканей. Компьютерная томография позволяет получать как бы картинки «слоев» тканей и органов, которые далее обрабатываются компьютером. Магнитно-резонансное сканирование не использует рентгеновских лучей. Для его проведения пациент помещается в особой камере электромагнитное поле. Данный метод позволяет выявить увеличение лимфатических узлов.

Ультразвуковое исследование. Это безопасный и безболезненный метод исследования мягких тканей. Он так же позволяет выявить изменения соседних с опухолью тканей, увеличение лимфатических узлов.

Лечение рака глотки может проводится тремя стандартными методами лечения рака: это лучевая терапия, химиотерапия и хирургическое вмешательство. Вид используемого лечения зависит от многих факторов: это и общее состояние пациента, размер опухоли и степень ее прорастания в соседние органы и ткани, стадия развития опухоли, а также наличие регионарных и отделенных метастазов.

Кроме того, зачастую в лечении может сочетаться несколько видов терапии: например, лучевая терапия с операцией. Причем облучение опухоли проводится либо до операции, либо после нее, либо в оба указанных периода. То же самое относится и к химиотерапии. Такое сочетание применяется с целью повысить эффективность лечения.

Например, проведение химиотерапии или облучения опухоли перед оперативным вмешательством способствует уменьшению размеров опухоли, что облегчает ее хирургическое удаление. Применение этих методов после операции оправдано тем, что во время операции могут остаться не удаленными некоторые очаги опухоли, которые либо не доступны взгляду хирурга, либо их просто невозможно удалить, не повреждая соседние ткани.

Хирургическое лечение

Тип хирургического вмешательства, его объем зависит от размера опухоли, расположения, степени ее прорастания в соседние органы, а также от наличия метастазов. Хирург может удалить опухоль, которая не прорастает в соседние органы или ткани, с минимальными последствиями для пациента. В случае же если опухоль тесно связана с соседними органами, глубоко прорастает в них, операция становится намного тяжелее.

В некоторых случаях хирургу приходится удалять часть нижней челюсти или нёба. В случае рака корня языка или глотки, удаляются ткани, отвечающие за акт глотания. Кроме этого, иногда может понадобиться удаление части гортани. при увеличении лимфоузлов шеи – то есть развитии в них регионарных метастазов – они так же удаляются. В случае больших объемов удаляемых тканей они могут быть восстановлены с помощью протезов.

Опухоли носа и придаточных пазух.

Злокачественные заболевания этой локализации — рак и саркома, как правило, являются первичными. Они встречаются сравнительно редко, чаще у мужчин, в основном среднего и пожилого возраста.

Наиболее часто первичным злокачественным процессом поражаются верхнечелюстные, затем решетчатые, лобные и клиновидные пазухи. Редко источником злокачественной опухоли является носовая перегородка.

Злокачественность опухолей придаточных пазух определяется их относительно быстрым прорастанием в соседние органы и ткани:

в основание черепа,
крылонебную ямку,
глазницу,
полость рта.

Метастазирование обычно наступает поздно, вначале в заглоточные и подчелюстные лимфатические узлы, малодоступные для клинического исследования, а затем и в шейные, хорошо определяемые пальпаторно.

Учитывая, что злокачественность опухоли во многом зависит от ее локализации, верхнечелюстную пазуху делят на более и менее злокачественные сектора. Эта плоскость проходит через пазуху от ее нижнелатерального угла к внутреннему углу глаза, разделяя более доброкачественные и доступные для лечения опухоли передненижнего сектора от более злокачественных и менее доступных для лечения опухолей верхнезаднего отдела верхнечелюстной пазухи.

Распространенность злокачественной опухоли полости носа делят на четыре стадии:

- к I относят новообразования, не выходящие за пределы носовой полости при отсутствии метастазов,
- к II — опухоли, прорастающие стенки полости носа или имеющие единичные подвижные регионарные метастазы,
- к III — опухоли, прорастающие к основанию черепа с метастазами в регионарные узлы,
- к IV — опухоли, имеющие отдаленные метастазы и прорастающие в полость черепа.

Симптоматика. Опухоли носа проявляются рано, но симптомы их не носят вначале тяжелого характера. Больных беспокоит постепенно усиливающееся затруднение дыхания через одну половину носа, отделяемое слизистое, а затем с примесью крови. Позже могут быть носовые кровотечения, заложенность уха, оталгия. Внешне опухоль чаще бугристая, однако, может быть и полиповидная. В этом случае новообразование нередко принимают за полипы, особенно у пожилых людей. Удаление таких полипов сопровождается кровотечением, что должно насторожить хирурга; гистологическое исследование поможет установить точный диагноз. В более поздней стадии опухоли носа прорастают через решетчатый лабиринт в глазницу, вызывая экзофтальм, в лобную пазуху, в основание черепа, что сопровождается соответствующей симптоматикой. Первичная локализация опухоли в верхнечелюстной пазухе характеризуется длительным отсутствием клинических симптомов.

Первыми признаками нередко являются невралгические боли, вторичное поражение зубов, деформация лицевого рельефа, вторичный воспалительный процесс в пазухе, экзофтальм. Из

верхнечелюстной пазухи опухоль может прорасти через соустье в полость носа и решетчатую кость, а затем и в основание черепа. По степени распространенности опухоли и метастазов выделяют также четыре стадии ее развития.

Первичное поражение злокачественной опухолью лобных и особенно клиновидных пазух встречается редко; возникающая при этом симптоматика соответствует локализации опухоли. Здесь на первый план могут выступать проявления неврологического, мозгового характера. Диагностика. В раннем периоде роста злокачественных опухолей носа и придаточных пазух представляет значительные трудности, поэтому, проявляя онкологическую настороженность, необходимо всякий болезненный процесс в области верхних дыхательных путей оценивать и с точки зрения возможности развития злокачественного процесса. Опухоли этой локализации очень часто проявляются симптомами обычных, неопухолевых, заболеваний, поэтому лишь скрупулезное выяснение точных и полных причин появления того или иного симптома поможет заподозрить опухоль и не пропустить начало ее развития. Если опухоль заподозрена, с помощью существующих диагностических методик ее уже нетрудно распознать.

Кроме эндоскопических методов, для диагностики применяются

пункции и зондирование придаточных пазух,

отсасывание содержимого и введение в них контрастного вещества,

рентгенография в различных проекциях,

а при обнаружении опухоли или подозрительной на нее ткани — биопсия с гистологическим исследованием.

Лечение. В ранней стадии заболевания комбинированное — удаление опухоли с применением диатермокоагуляции, затем лучевая терапия на пути лимфооттока.

Некоторые хирурги предпочитают предоперационное облучение для подавления активности роста опухоли, а в послеоперационную рану закладывают препараты радия. При наличии метастазов в регионарных лимфатических узлах или подозрении на них показано широкое их иссечение вместе с клетчаткой. Прорастание опухоли в основание черепа, глубоко в крылонебную ямку исключает возможность радикального иссечения опухоли, — таким больным проводятся лучевое лечение и общая или регионарная химиотерапия. Вовлечение в опухолевый процесс тканей орбиты или твердого неба и альвеолярного отростка верхней челюсти допускает возможность широкого хирургического вмешательства с резекцией верхней челюсти и с экзентерацией глазницы. Операцию проводят под интубационным наркозом. Косметические дефекты лица устраняют затем с помощью пластических операций и индивидуальных протезов.

Злокачественные опухоли уха могут быть как первичными, т.е. развиваются непосредственно в том или ином отделе уха, так и возникать при прорастании новообразования из соседних органов и тканей.

Злокачественные опухоли в наружном ухе у взрослых чаще диагностируется рак, у детей — саркома. Из других видов может быть саркома. Течение опухолей наружного уха относительно медленное, внешне они напоминают гранулирующую, кровоточащую язву или полип. В диагностике таких процессов основная роль принадлежит гистологическому методу.

Лечение при раке наружного уха может быть как лучевое, так и хирургическое. Выбор метода зависит от морфологической структуры опухоли и ее распространенности. Возможности хирургического лечения чаще ограничены из-за близости жизненно важных органов. Терапия саркомы и меланомы только лучевая. В последнее время небольшие меланомы могут быть ликвидированы криовоздействием.

В среднем ухе из злокачественных опухолей у взрослых чаще диагностируется рак, у детей – саркома. Симптоматика злокачественных опухолей среднего уха определяется главным образом нарушением слуха в виде ощущений заложенности и теми неврологическими симптомами, которые возникают в результате распространения новообразования на нервы, сосуды и ткани головного мозга. Рост опухоли в височной кости довольно рано приводит к ее секвестрации, а присоединение вторичной инфекции – к появлению зловонных гнойных выделений. Одновременно возникает боль в ухе и головная боль. При отоскопии в поздней стадии процесса определяется легко кровоточащая при дотрагивании зондом ткань опухоли, полипозные массы и большое количество гноя.

Диагноз рака среднего уха ставится на основании отоскопической картины (большое количество легко кровоточащих полиповидных образований), данных гистологического анализа удаленных кусочков ткани, результатов рентгенологического исследования (наличия обширной деструкции костной ткани).

Лечение рака среднего уха в ранней стадии комбинированное (хирургическое, лучевое), а в поздней - лучевое, химиотерапия. Терапия сарком предусматривает использование только лучевого метода.

Прогноз в ранней стадии заболевания, когда опухоль не вышла за пределы барабанной полости, относительно благоприятный. В позднем периоде, при вовлечении в процесс соседних органов, неблагоприятный.

Список литературы:

- 1.Болезни уха, горла и носа / В.Т.Пальчун, Н.Л.Вознесенский. -М, 1986.
- 2.Пальчун, В.Т.: Практическая оториноларингология. - М.: Медицинское информационное агентство, 2006
3. Заболевания наружного уха. Карпищенко С.А.
4. Учебно-методическое пособие по оториноларингологии для студентов лечебного факультета Панин В.И.
5. Практическая оториноларингология Ходжаева К.А., Воробьёва А.Г.
6. Оториноларингология Петряков В.А.
7. Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта челюстей, лица и шеи Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н.
8. Оперативная оториноларингология Еланцев Б.В.