Лекция по ЛОР-болезням. №5

ТЕМА: ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЛОР-ОРГАНОВ.

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:

1.        мягких тканей ( соединительнотканые).
2.        Нейрогенные
3.        опухоли из мышечной ткани
4.        опухоли из жировой ткани
5.        нейроэпителиальные опухоли костей и хряща

2. Эпителиальные

3. Опухоли лимфоидной и кроветворной ткани.

4. Смешанные опухоли

5. Вторичные опухоли

6. Опухолеподобные образования.

В каждой из данных групп выделяют доброкачественые и злокачественные опухоли. Такж применяют классификация по системе TNM.

Т1 - опухоль занимает одну анатомическую часть.

Т2 - опухоль занимает 2 анатомических части, либо 1 анатомическую часть, но прорастает соседний орган, поражая не более одной анатомической части.

Т3 - опухоль занимет более 2-х анатомичских частей, либо 2 анатомические части + прорастание в соседний органв.

N0 - нет регионарных метастазов

N1 - регионарные метастазы односторонние и смещаемые

N2 - регионарные метастазы двусторонние смещаемые.

N3 - регионарные метастазы односторонии неподвижные

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

М0 - нет отдаленных метастазов.

М - есть отдаленные метастазы.

Злокачественные опухоли гортани.

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

Рак горатин занимает 4 место среди всех злокачественых опухолей у мужчин, устапает раку желка, лгких и пищвода. Соотношение забоелваеомости, карцинома гортани у мужчни и женщин 22:1.

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

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

Преимущественно встречается экзофитная форма рака, которая растет медленно. При опухоли надгоратинника процесс распространяется вверх и кпереди, при опухли срденго отдела гортани через комиссуру или гортанный желудочек распространение идет на вехний отдел. Опухоль нижнего отдла гортани растет вниз через коническую связку проникает на передие отделы шеи.

Раньше метастазирует рак преддверия гортани чаще на стороне пораения, а медленнее всего при поухоли 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) явялется 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 хирургическом 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 складо с распространением на переднюю комиссуру; при поражении одной голосовой складки; при ограниченном раке нижнего отдела гортани; при ограниченном раке верхнего отдла гортани при условии инактности черпаловидных хрящей.

Виды резекций:

1.        боковая ( сагитальная).
2.        Передне-боковая (диагональная).
3.        Передняя ( фронтальная).
4.        Горизонтальная.

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

5. Расширенная ларингэктомия - удаляется гортань, подъязычная кость, корень языка, боковые стенки гортаноглотки. Операция инвализидизируюая. В итоге формируется трахеостома и вводится пищводный 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 тераиию прерывают и оперируют больного . наиболее радиочувствителен рак среднего этажа гортани, а рак нижнего отдела радиорезистентен. В случае наличия регионарных метстазов производят операция Крайля - удалется клетчатка бокового отдела шеи, глубокие яремные лимфоузлы, кивательная мышцы, внутренняя яремная вена, подчелсюные лимфоузлы, подчелюсная 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 пятилетнаяя выживаемость достигает 71-75%, при третьей стадии 60-73%, при 4 стадии 25-35%, при первой стадии - 90% случаев.

 Основная причины неблаприяных исходов - рецидивы.

НОВООБРАЗОВАНИЯ НОСОГЛОТКИ.

Доброкачественные опухоли - папилломы, локализуеют , 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 нсового дыхания и снижение слуха, так как закрывается слуховая труба, а также нососвуые кровотечения. Образование быстро выполняет собой полость носа и придатчоные пазухи носа, прежде всего клиновидуню пазуху. Может разрушать осование черепа и проникать в его полость. При задней риноскопии можно увидеть синюшнее , бургистое образование. Лечение - хируригческое ( 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 хруригического лечения доступа практически нет, посему 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).

1.        Небная миндалин 58% случаев
2.        задняя стенка глотки 16% случаев
3.        мягкое небо 10% случаев

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

Лечение: при доброкачественных процессах - операция , которая може производится через рот или при подподъязычной фаринготомии. В случае злокачественных опухолей - лучевая терапия + операция. Перед операцией обязательн трахеотомия и перевзяка наружной сонной артерии на стороне поражения.

НОВООБРАЗОВАНИЯ ГОРТАНОГЛОТКИ.

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

Жалобы: в ранней стадии дисфагия, если опухоль локализутся у входае 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 пищвода + резекция трахеи. Формируется фарнигостома, оростома, эзофагостома, трахеостома. Если возможно, то в дальнейшем проводится пластика пищепроводных путей.

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 оухоли. 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: передня и медиальная стенки верхнечелюстной пазузи, нижняя и латеральная стенки полости носа. Из этих подходов можно подойти к основном, лобной пазухам, 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. Мягике ткани отсепаровываются.