

**ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ
ОНКОЛОГИИ
ОПУХОЛИ
ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Для индивидуального
использования,
© «ГЭОТАР-Медиа»

ЭТИОЛОГИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Процесс канцерогенеза опухолей головы и шеи включает динамические взаимодействия многих факторов. Приблизительно 90% опухолей головы и шеи возникает после воздействия канцерогенов, известных как канцерогены верхнего отдела дыхательного и пищеварительного тракта.

Основной канцероген плоскоклеточной карциномы головы и шеи — табак и табакоподобные вещества, такие, как листья бетеля. С табаком тесно взаимосвязано употребление алкоголя, который может усиливать канцерогенный эффект. Другие важные этиологические факторы — вирусы, генетическая предрасположенность, профессиональные вредности, воздействие радиации и питание^B.

Воздействие табака и алкоголя

Наиболее значимый, широко распространённый и в принципе устранимый канцерогенный фактор — курение. Распространённость курения в России — одна из самых высоких в мире. Около 50–60% мужчин являются активными курильщиками; возраст начала курения, по данным социологов, в последние годы снизился до 10 лет.

Табак оказывает канцерогенное действие, в котором более важна продолжительность, чем интенсивность. Основная канцерогенная активность сигаретного дыма обусловлена содержащимися в нем смолами. Хотя риск возникновения бронхогенного рака при курении сигар ниже, чем при курении сигарет, курение сигар также связано с развитием плоскоклеточного рака головы и шеи. Часто встречающаяся локализация плоскоклеточного рака ротовой полости по латеральной поверхности языка и на дне ротовой полости может быть связана с канцерогенами, попадающими в слюну. У курильщиков, имеющих привычку постоянно держать сигарету в одной и той же части рта, рак развивается именно в этом месте. Это говорит о том, что физическое и термическое воздействие может быть способствующим фактором. Вместе с тем у людей, бросивших курить, по сравнению с людьми, никогда не курившими, риск возникновения рака остается повышенным в течение 15 лет^B.

Количество курящих людей в развивающихся странах увеличивается на 2% в год, напротив, в развитых странах отмечается уменьшение числа курящих на 1,5% в год.

Различные локализации и поражаемость раком головы и шеи наблюдаются в разных регионах, культурах и демографических груп-

пах, соответствующих многочисленным разновидностям табака и других веществ.

В США, где людей, курящих табак, больше, чем людей, его жующих, плоскоклеточный рак ротовой полости и гортаноглотки насчитывает около 3% среди всех видов рака, а в Бомбее, где привычно жевать листья бетеля, лайма (разновидность лимона), катеху и аркового ореха, — соответственно 50%. Для тех регионов Азии, где обычно курят сигары домашнего производства, держа зажжённый конец во рту, эндемичен плоскоклеточный рак твёрдого нёба. Наибольшее число случаев рака ротовой полости отмечено в Юго-Восточной Азии, рака губ — в Ньюфаундленде, рака носоглотки — в Южном Китае. Соотношение заболеваемости плоскоклеточным раком головы и шеи у мужчин и женщин колеблется от 12:1 во Франции до 1:1 в Бангалоре (Индия). В США 40 лет назад это соотношение составляло 4:1, сегодня — 1:2. Заболеваемость раком головы и шеи изменяется на протяжении времени в зависимости от изменения обычаев применения табака. Увеличение употребления табака женщинами, подростками, детьми предполагает повышение смертности от рака головы и шеи в следующие несколько десятилетий.

Занимая ведущее место, табак тем не менее не является единственным канцерогенным фактором возникновения опухолей головы и шеи. Накоплены неопровержимые доказательства высокой синергической канцерогенной активности курения и злоупотребления алкоголем. Алкоголь является важным канцерогенным фактором, способствующим возникновению по крайней мере 75% опухолей головы и шеи. Большинство исследователей считают, что этанол сам по себе является важным фактором^В.

Генетическая связь

Уровень арильной гидрокарбонгидроксилазы — фермента, который активизирует полициклический гидрокарбонат (главный канцероген в сигаретном дыме), выше у больных раком гортани, чем в контрольной группе. Об ассоциации между развитием плоскоклеточного рака головы и шеи и специфичными человеческими лейкоцитарными антигенами тоже были сообщения. У пациентов с плоскоклеточным раком головы и шеи повышена чувствительность повреждённой кластогениндуцированной хромосомы. О повышении риска плоскоклеточного рака головы и шеи было сообщено в анализе мутагениндуцированных повреждённых хромосом. Генетические факторы и факторы окружающей среды, возможно, могут прогнозировать заболеваемость раком^В.

Профессия

Факторы риска развития рака — вредные производства (никель, асбест и др.).

Радиация

Не существует прямой корреляции между экспозицией ионизирующей радиации и развитием плоскоклеточного рака головы и шеи. Рак кожи ассоциируется с β -ультрафиолетовым воздействием; известны только две ассоциации между радиацией и опухолями верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта — опухоли околоносовых пазух и щитовидной железы. Пациенты, подвергшиеся облучению головы и шеи в детстве, имеют высокий риск возникновения сарком в зрелом возрасте^B.

Питание

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что витамин А и β -каротин играют профилактическую роль в развитии эпителиальных новообразований. Дефицит каротиноидов является фактором риска плоскоклеточного рака верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта и рака лёгких. Профилактическую роль могут играть другие микроэлементы в пище, богатой каротином^B.

САРКОМЫ

Саркомы, возникающие в костях или внекостных мягких тканях головы и шеи, встречаются редко. Чаще всего наблюдаются остеогенная саркома, злокачественная фиброгистиоцитома, рабдомиосаркома, фибросаркома, синовиальная саркома, ангиосаркома и хондросаркома. Полное удаление — главное в лечении этих опухолей, роль радиации или химиотерапии менее определённа^B.

Остеогенная саркома — наиболее часто встречающееся злокачественное новообразование костей, хотя редко поражает кости черепа и лицевого скелета (менее 10%). При черепно-лицевой остеогенной саркоме прогноз лучше, чем при саркоме длинных костей; 5-летняя выживаемость составляет приблизительно 35–40%.

10% хондросарком наиболее часто образуются в челюстях, околоносовых пазухах и гортани. Хондросаркомы глотки имеют тенденцию к медленному росту, хорошо дифференцированы, вероятность метастазирования небольшая. Благоприятный прогноз наблюдается при радикальном хирургическом удалении опухоли, которое часто дополняется реконструктивной и косметической операцией. Выживаемость при хондросаркоме прямо пропорциональна раз-

меру и стадии опухоли; 5-летняя выживаемость больных с медленно растущими, радикально удалёнными опухолями варьирует от 70 до 90%^A.

Злокачественная фиброгистиоцитома — самая распространённая саркома мягких тканей у взрослых, но только в 3–10% эта опухоль развивается на голове и шее. Околоносовые пазухи — самая частая первичная локализация опухоли, далее следуют черепно-лицевые кости, глотка, мягкие ткани шеи и ротовая полость. Эти опухоли очень агрессивны, с высокой частотой рецидивов и отдалённых метастазов (25–30%). Метастазы в регионарные лимфатические узлы редки; 2-летняя выживаемость колеблется от 30 до 40%^B.

Лимфомы могут возникать в любых структурах в области головы и шеи.

Эстеziонейробластома

Эстеziонейробластома (нейробластома органов обоняния) составляет около 3% опухолей носа. Она образуется в обонятельном эпителии верхней носовой полости и решётчатой пазухи. Внутричерепное распространение происходит через естественные отверстия решётчатой кости. Способ лечения зависит от размера и локализации опухоли. Обычно на начальном этапе заболевания выполняют широкое хирургическое иссечение, с краниофасциальной резекцией, которое дополняют полным удалением всего решётчатого комплекса. Дополнительно лучевую и химиотерапию используют для больших опухолей.

Опухоль имеет высокую склонность к множественным локальным рецидивам. Количество отдалённых метастазов составляет 10–20%.