

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

В 2004 г. выявлено 832 злокачественных новообразования полости носа и придаточных пазух. Грубый показатель заболеваемости населения России равен 0,6. Стандартизованные показатели мужчин и женщин составили соответственно 0,6 и 0,3.

Среди злокачественных новообразований носа и придаточных пазух 73,2% составляют опухоли эпителиального (плоскоклеточный рак, переходно-клеточный рак, аденокарцинома) и 26,8% – неэпителиального (меланомы, эстезионейробластомы, рабдомиосаркомы и др.) генеза. Эстезионейробластома – весьма злокачественная опухоль, развивающаяся из обонятельного нейроэпителия, часто прорастает в основание черепа, даёт регионарные и отдалённые метастазы. Меланомы указанной локализации встречаются редко и метастазируют реже, чем опухоли другой локализации. Из малых слюнных желез в носу возникают аденокистозные (цилиндромы) и мукоэпидермоидные карциномы, характеризующиеся местно-деструктирующим ростом. Мужчины и женщины заболевают практически одинаково часто. Преимущественный возраст заболевших 50–70 лет. Злокачественные опухоли чаще всего развиваются в верхнечелюстной пазухе (60–65%), на втором месте по частоте стоят опухоли клеток решётчатого лабиринта (20–23%), на третьем месте – опухоли полости носа (12–20%). Злокачественные опухоли лобных пазух развиваются в 2–3% случаев, а основной пазухи – в 0,5–1%^А. Злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух составляют 0,5% всех злокачественных опухолей.

Чаще заболевают лица старше 40 лет, в основном в возрасте 50–70 лет.

Факторами, способствующими развитию злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух, являются хронические полипозные синуситы, травмы, работа с древесной пылью и никелевыми рудами, лаками, курение, вирусные инфекции – вирус папилломы человека.

ПРОФИЛАКТИКА

Исключение курения и воздействия канцерогенных веществ.

СКРИНИНГ

Ежегодная диспансеризация.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Анатомические области и части полости носа и придаточных пазух:

- Полость носа:
 - ◇ перегородка;
 - ◇ дно;
 - ◇ боковая стенка;
 - ◇ преддверие.
- Гайморова пазуха.
- Пазуха решётчатой кости.
- Лобная пазуха.
- Пазуха основной кости.

Гайморова пазуха

- T1 – опухоль ограничена слизистой оболочкой без эрозии или деструкции кости.
- T2 – опухоль, эрозирующая или разрушающая внутренние структуры, включая твёрдое нёбо и/или средний носовой ход.
- T3 – опухоль распространяется на любую из следующих структур: подкожную клетчатку щеки, заднюю стенку гайморовой пазухи, нижнюю или медиальную стенку орбиты, ячейку решётчатой кости, крылонёбную ямку.
- T4a – опухоль распространяется на любую из следующих структур: передние отделы орбиты, кожу щеки, крыловидные пластинки, подвисочную ямку, решётчатую пластинку, основную или лобные пазуху.
- T4b – опухоль распространяется на любую из следующих структур: верхушку глазницы, твёрдую мозговую оболочку, мозг, среднюю черепную ямку, черепные нервы, кроме места деления тройничного нерва, носоглотку, скат.

Носовая полость и ячейки решётчатой кости

- T1 – опухоль находится в пределах одной части носовой полости или ячеек решётчатой кости с или без разрушения кости.

- T2 – опухоль распространяется на две части одного органа или на смежный отдел в пределах назэтмоидального комплекса с или без инвазии кости.
- T3 – опухоль распространяется на медиальную стенку или нижнюю стенку орбиты, верхнечелюстную пазуху, нёбо или решётчатую пластинку.
- T4a – опухоль распространяется на любую из следующих структур: передние отделы орбиты, кожу носа или щеки, крыловидные пластинки основной кости, лобную или основную пазуху, минимально прорастает в переднюю черепную ямку.
- T4b – опухоль распространяется на любую из следующих структур: верхушку глазницы, твёрдую мозговую оболочку, мозг, среднюю черепную ямку, черепные нервы.

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами для носа и придаточных пазух являются подчелюстные, подбородочные и глубокие шейные лимфатические узлы, расположенные вдоль сосудисто-нервного пучка шеи. Однако злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух метастазируют относительно редко.

N – регионарные лимфатические узлы

- NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
- N0 – нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- N1 – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 3 см и менее в наибольшем измерении.
- N2 – метастазы в одном или нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон или с противоположной стороны размером до 6 см в наибольшем измерении.
- N2a – метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.
- N2b – метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения размером до 6 см в наибольшем измерении.
- N2c – метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны размером до 6 см в наибольшем измерении.
- N3 – метастазы в лимфатическом узле размером более 6 см в наибольшем измерении.

М – отдалённые метастазы

- MX – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов.
- M0 – нет признаков отдалённых метастазов.
- M1 – имеются отдалённые метастазы.

G – гистопатологическая дифференцировка

- GX – степень дифференцировки не может быть установлена.
- G1 – высокая степень дифференцировки.
- G2 – средняя степень дифференцировки.
- G3 – низкая степень дифференцировки.
- G4 – недифференцированные опухоли.

R-классификация

Наличие или отсутствие остаточной опухоли после лечения обозначают символом R. Определения R-классификации применимы ко всем локализациям опухолей головы и шеи.

- RX – наличие остаточной опухоли не определяется.
- R0 – остаточной опухоли нет.
- R1 – микроскопическая остаточная опухоль.
- R2 – макроскопическая остаточная опухоль.

Группировка по стадиям

- Стадия 0 – T in situ N0M0.
- Стадия I – T1N0M0.
- Стадия II – T2N0M0.
- Стадия III:
 - ◇ T1–2N1M0;
 - ◇ T3N0–1M0.
- Стадия IVA:
 - ◇ T1–3N2M0;
 - ◇ T4aN0–2M0.
- Стадия IVB:
 - ◇ T4b любая NM0;
 - ◇ T любая N3M0.
- Стадия IVC – любая T любая N M1.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

Основные симптомы заболевания: затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа, боли в зубах, смещение глазного яблока, деформация лица и твёрдого нёба.

Опухоли полости носа. В полости носа наблюдают как первичные, так и вторичные новообразования (прорастающие из окружающих полостей). Несмотря на доступность осмотра, большинство больных поступают на лечение с распространёнными процессами, так как длительно лечатся по поводу хронических заболеваний.

Опухоли верхнечелюстной пазухи. От момента начала заболевания до появления первых признаков опухоли этой локализации проходит от 6 до 10 мес. Большое значение при этом имеет исходное место роста опухоли в пазухе: верхняя, нижняя, медиальная и другие стенки. Позднее всех появляются жалобы при опухолях, расположенных на задней стенке пазухи, так как они прорастают в крылонёбную ямку.

Опухоли решётчатого лабиринта. Изолированные поражения решётчатой пазухи возникают редко (8–10%), обычно опухоли диагностируют уже при прорастании в окружающие образования. При этом чаще поражаются полость носа, верхнечелюстная пазуха, орбита, основная пазуха, носоглотка. Наиболее ранними жалобами больных являются затруднение носового дыхания, гнойные выделения, припухлость в области внутреннего угла орбиты, экзофтальм.

Опухоли лобных пазух возникают редко. Наиболее ранними проявлениями могут быть припухлость тканей лобной области или верхнечелюстной стенки орбиты, экзофтальм. Эти опухоли обычно диагностируют как гнойный фронтит. Ошибку обнаруживают во время операции по поводу фронтита.

Опухоли основной пазухи. Первичные опухоли возникают исключительно редко. Обычно эта пазуха поражается вторично. При первичном поражении больные жалуются на тупые головные боли в затылке, что характерно для артериальной гипертензии. Диагностируют опухоли поздно, когда они прорастают в носоглотку или основание черепа и приводят к поражению отводящего нерва, птозу, диплопии и др.^В

Физикальное обследование

- Пальпация области лица, лимфатических узлов подчелюстной области и шеи.
- Орофарингоскопия.
- Передняя и задняя риноскопия.
- Обзорная рентгенография придаточных пазух носа.
- КТ придаточных пазух носа. Затенение полости, разрушение кости и другие признаки — основание для более углублённого исследования.

- ✧ Пункция верхнечелюстной пазухи с цитологическим исследованием пунктата или промывной жидкости.
- ✧ Фиброскопия, риноантроскопия.
- ✧ Биопсия опухоли и получение мазков-отпечатков для цитологического исследования. При отсутствии видимой части опухоли необходимо вскрытие пазухи для её осмотра и взятия биопсии.
- ✧ Сканирование скелета.
- ✧ ЭКГ.

Лабораторные исследования

- Определение группы крови и резус-фактора.
- Реакция Вассермана.
- Определение антител к ВИЧ.
- Исследование крови на австралийский антиген и гепатит С.
- Общий анализ крови.
- Общий анализ мочи.
- Биохимический анализ крови.
- Биохимическая коагулограмма.
- Цитологическое исследование отпечатка с опухоли.
- Цитологическое исследование пунктата лимфатического узла шеи.
- Срочное цитологическое исследование отпечатков с операционного материала (по показаниям).
- Консультация, пересмотр стёкол цитологических препаратов.
- Изготовление и патоморфологическое исследование операционного препарата срочное (по показаниям).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Синуситы.
- Риниты.
- Полипоз и папилломатоз полости носа и придаточных пазух.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Все злокачественные опухоли носа и придаточных пазух лечат только комбинированным методом. Консервативное лечение не приводит к излечению.

Больным с новообразованиями данной локализации показано комбинированное лечение с предоперационной лучевой или химиолучевой терапией. При распространённых опухолях верхней челюсти лечение целесообразно начинать с системной или реги-

онарной химиотерапии. С целью проведения последней катетерируют поверхностную височную или наружную сонную артерию. Через несколько дней после окончания химиотерапии начинают дистанционную лучевую терапию до суммарной очаговой дозы (СОД) 40–50 Гр (2 Гр/день). После 2–3-недельного перерыва производят хирургическое вмешательство в необходимом объёме (от резекции различных стенок и частей верхнечелюстной пазухи до расширенной резекции с окружающими тканями и органами). При невозможности перед операцией провести химиолучевое лечение больные получают только лучевую терапию в дозе 40–50 Гр.

При распространённом раке решётчатого лабиринта показаны системная химиотерапия или только предоперационное лучевое лечение СОД 40–50 Гр с последующим хирургическим вмешательством.

При раке лобной и основной пазух без прорастания в череп также показано комбинированное лечение. При прорастании опухолей в полость черепа необходимо дополнительное обследование для решения вопроса о возможности краниоорбитальных или краниофациальных резекций.

При опухоли верхнечелюстной пазухи облучение проводят с переднего и бокового полей на стороне поражения. При облучении с бокового поля создают наклон его на 5–10° кзади, что позволяет исключить из зоны облучения глаз на противоположной стороне. Для исключения попадания языка и нижней челюсти в зону облучения лечение следует проводить с открытым ртом (фиксирующее приспособление).

При поражении верхнечелюстной пазухи в зону облучения включают всю верхнюю челюсть — верхняя граница поля проходит выше нижнеглазничного края, а при прорастании опухоли в орбиту в зону облучения включают также нижние отделы орбиты или всю орбиту. Нижнюю границу поля устанавливают с учётом инвазии новообразования в сторону полости рта и щеки + 1 см клинически неизменённых тканей. Задняя граница бокового поля зависит от степени распространения опухоли в область бугра челюсти и крылонёбной ямки. Расположение медиальной границы переднего поля обусловлено распространением опухоли в полость носа и по твёрдому нёбу. Если опухоль не прорастает в полость носа и не распространяется до средней линии твёрдого нёба, медиальная граница проходит по средней линии. Зоны регионарного метастазирования шеи облучают с передних или переднезадних полей^А.

Лечение рака придаточных пазух носа в зависимости от стадии

I–II стадия – комбинированное лечение: предоперационная дистанционная лучевая терапия в СОД 40–50 Гр на очаг, операция наружным доступом. При низкодифференцированных опухолях облучение зоны регионарных метастазов на стороне опухоли в СОД 50 Гр.

III стадия – комбинированное лечение: предоперационная дистанционная лучевая терапия в СОД 40–50 Гр на первичный очаг + операция. Зоны регионарного метастазирования на стороне опухоли облучают в СОД 40–50 Гр. При недостаточной эффективности лучевой терапии производят радикальную шейную диссекцию.

IVA стадия – комплексное лечение: предоперационная регионарная или системная полихимиотерапия, дистанционная лучевая терапия в СОД 40–50 Гр на очаг и 50 Гр на зону регионарных лимфатических узлов на стороне поражения (N0). Операция на первичном очаге. При наличии регионарных метастазов после СОД 40 Гр решают вопрос о продолжении лучевого лечения на область шеи или необходимости радикальной шейной диссекции^B.

IVB стадия – паллиативная лучевая терапия.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ

Срок наблюдения:

- Первые полгода – ежемесячно.
- Вторые полгода – через 1,5–2 мес.
- 2-й год – через 3–4 мес.
- 3–5-й год – через 4–6 мес.
- После 5 лет – через 6–12 мес.

Объём обследования

- Пальпация подчелюстной области и шеи.
- Орофарингоскопия.
- Передняя и задняя риноскопия.
- УЗИ шеи.
- Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
- Томография придаточных пазух или КТ.