

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
Научно-исследовательский институт онкологии
и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова

В.И. Садовский, А.В. Ваккер, А.В. Черныш

ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ

Учебное пособие
для студентов старших курсов медицинских вузов
и врачей-стажеров

Гомель 2005

УДК 616.372.2-006.6-07

ББК 56.8

С 14

Авторы-составители: В.И. Садовский, А.В. Ваккер, А.В. Черныш.

Садовский В.И.

С 14 Диагностика злокачественных опухолей носоглотки. [Текст]: Учебное пособие для медицинских вузов / Авт.-сост. В.И. Садовский, А.В. Ваккер, А.В. Черныш. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2005. — С. 20.: ил.

ISBN 985-6779-17-0

Изложены основные сведения злокачественных опухолях носоглотки, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, краткие сведения о методах лечения. Особая роль в диагностике отводится оптической ринофарингоскопии, как наиболее высокоинформативному методу.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебно-научно-методическим Советом Учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 03 июня 2005 г., протокол № 6.

ISBN 985-6779-17-0

УДК 616.372.2-006.6-07

ББК 56.8

© Коллектив авторов, 2005
© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2005

Введение

Злокачественные опухоли носоглотки в Беларуси составляют 0,25% злокачественных опухолей всех локализаций и 20,2% — злокачественных опухолей глотки.

Несмотря на возможность визуальной диагностики опухолей указанной локализации, 80% больных начинают лечение в III–IV стадии заболевания. Это объясняется несвоевременным обращением больных к врачу из-за отсутствия медицинских знаний у населения, малосимптомности начальных стадий заболевания, недостаточности знаний по онкологии и симптоматике опухолей носоглотки, отсутствия онкологической настороженности у врачей общелечебной сети.

Нельзя не учитывать также отсутствие современной аппаратуры в больших медицинских учреждениях и трудность осмотра носоглотки. Поэтому проблема ранней диагностики опухолей носоглотки остается до настоящего времени.

Анатомо-топографические особенности носоглотки

Носоглотка — верхний отдел глотки и дыхательных путей представляет собой полость неправильной кубической формы.

Анатомическими частями носоглотки являются: купол (свод), боковые, задняя, передняя и нижняя стенки. Верхняя стенка носоглотки образована нижней поверхностью тела основной кости, основной частью затылочной кости и вершинами пирамид височных костей. Передняя стенка — это края хоан и задний край сошника. Задняя стенка соответствует 1–2 шейным позвонкам.

Боковые стенки — медиальные пластинки крыловидных отростков основной кости, мышцы поднимающие и натягивающие мягкое небо и часть верхнего сжимателя глотки.

На боковой стенке находятся устья слуховых труб с трубными валиками, розенмюллеровы ямки. Нижней стенкой является задняя поверхность мягкого неба.

Особенностью носоглотки является обилие лимфоидной ткани в подслизистом слое, значительное количество лимфатических и кровеносных сосудов. Густая сеть лимфатических сосудов, впадающих в верхнюю и среднюю группы лимфатических узлов по ходу внутренней яремной вены, являются причиной раннего метастазирования опухолей носоглотки.



Рис. 1. Основание черепа (вид снизу)

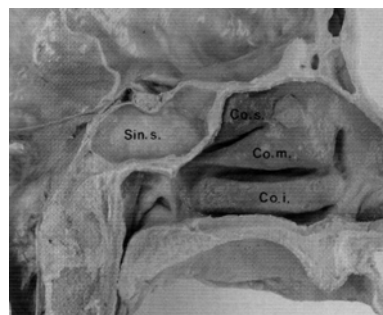


Рис. 2. Плотность носа и носоглотки в боковой проекции на макропрепарате

Оптическая ринофарингоскопия

Учитывая трудность осмотра носоглотки при задней риноскопии, из-за глоточного рефлекса, все более широкое распространение получает методика осмотра носоглотки через полость носа.

Сущность оптической ринофарингоскопии заключается в осмотре носоглотки через полость носа оптическими риноскопами типа Хопкинса (прямым и угловым). Перед исследованием проводится аппликационная или аэрозольная анестезия 10% раствором лидокаина, затем детально осматриваются внутриносые структуры и полость носоглотки прямой и боковой оптикой.

Осмотр носоглотки начинается с сошника: положение, ширина, состояние слизистой оболочки (особенно в месте перехода с задней стенки в свод). При осмотре хоан обращается внимание на состояние задних концов нижних и средних носовых раковин. При продвижении конца световода до уровня хоан становится хорошо обозримой задняя стенка носоглотки. Для исследования свода и боковой стенки лучше использовать угловые риноскопы (от 30° до 70°).

Показания и противопоказания к оптической ринофарингоскопии

1. Подозрение на опухоль носоглотки.
2. При установленных опухолях носоглотки с целью определения точных границ и взятии материала для исследования (биопсии).
3. Метастазы в лимфоузлы шеи без выявленного первичного очага.
4. Для определения эффективности лечения опухолей.
5. С целью исключения рецидива опухоли и постлучевых изменений.
6. При новообразованиях полости носа и околоносовых пазух для определения границ распространения (свод, боковые стенки носоглотки).

Противопоказаниями для проведения оптической ринофарингоскопии являются полная обструкция полости носа (полипами, опухолью, деформированной носовой перегородкой), непереносимость местных анестетиков.

Нормальная эндоскопическая картина носоглотки

Сошник: толщина 2–2,5мм, правильной формы, слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, блестящая. Иногда наблюдается гипертрофия слизистой оболочки сошника, бледность или цианоз.

Задние концы нижних носовых раковин: цвет слизистой оболочки бледно-розовый, иногда с белесоватым оттенком, У многих пациентов задние концы нижних носовых раковин гипертрофированы и частично или полностью закрывают хоаны, слизистая оболочка становится цианотичной, гладкой или полипозно измененной.

Свод: слизистая оболочка ярко-красная или розовая с продольными располагающимися веерообразно складками (3–5), сходящимися в области

глоточной миндалины. На задне-нижних отделах свода располагается глоточная миндалина, которая у взрослых не дифференцируется и обнаруживается только при гипертрофии или воспалении.

Задняя стенка носоглотки: слизистая оболочка розового цвета, гладкая, блестящая, поверхность задней стенки несколько вогнутая кпереди.

Боковые стенки: на них расположены трубные валики, глоточные устья слуховых труб и розенмюллеровы ямки.

Трубные валики имеют толщину 4–6 мм, огибают устья слуховых труб сверху и сзади, продолжаются на заднюю стенку глотки. Слизистая оболочка их гладкая, блестящая, бледно-розовая.

Глоточные устья слуховых труб: углубления в виде треугольника, конуса либо округлое, слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, размеры 2–5 мм.

Нижняя стенка носоглотки: задняя поверхность мягкого неба, бледно-розовая, гладкая, блестящая.

TNM-классификация злокачественных опухолей носоглотки

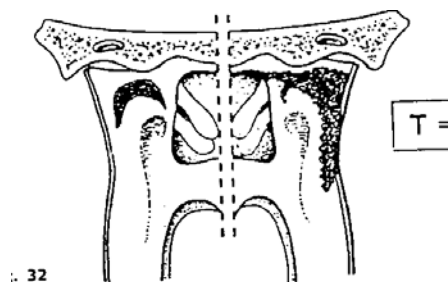
Для описания анатомической распространенности опухоли, TNM система основывается на 3 компонентах:

T — распространение первичной опухоли;

N — отсутствие или наличие метастазов в регионарные лимфатические узлы и степень их поражения;

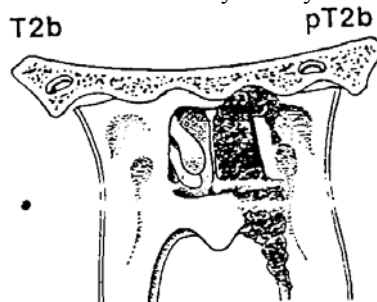
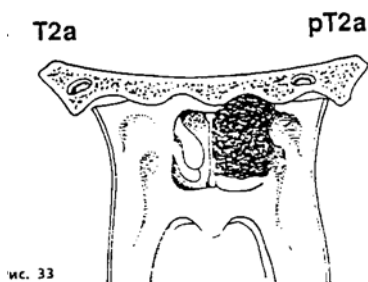
M — наличие или отсутствие отдаленных метастазов;

К этим символам добавляются цифры, указывающие на распространенность злокачественного процесса.



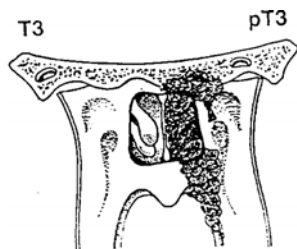
T1. Опухоль в пределах носоглотки

T2. Опухоль распространяется в мягкие ткани верхней части глотки и/или носовую ямку

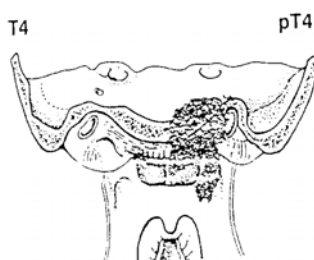


T2a. Без распространения в окологлоточные структуры

T2b. С распространением в окологлоточные структуры



T3. Опухоль распространяется в кость и/или параназальные структуры



T4. Опухоль распространяется в полость черепа с или без вовлечения черепных нервов, поражает орбиту, подвисочную ямку, гортаноглотку или жевательные мышцы

N — регионарные лимфатические узлы

N — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов.

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

N1 — односторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N2 — двусторонние метастазы до 6 см выше надключичной ямки.

N3 — метастазы более 6 см или в надключичной ямке.

N3a — метастазы более 6 см.

N3b — метастазы в надключичной ямке.

M0 — нет отдаленных метастазов.

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Гистопатологическая дифференцировка — G

Gx — степень дифференцировки не может быть установлена;

G1 — высокая степень дифференцировки;

G2 — средняя степень дифференцировки;

G3 — низкая степень дифференцировки;

G4 — недифференцированные опухоли.

Группировка опухолевого процесса по стадиям:

I стадия	T1 N0 M0
II A	T2a N0 M0
II B	T1 N1 M0 T2 N1 M0 T2a N1 M0 T2b N0 M0 T2 b N1 M0
III стадия	T1 N2 M0 T2a N2 M0 T2b N2 M0 T3 N0 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0
IV A стадия	T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0
IV B	Любая T N3 M0
IV C	Любая T любая N M1

Алгоритм диагностики

- Тщательный анамнез.
- Общий осмотр наружного носа, полости носа с применением передней и задней риноскопиями (при необходимости с оттягиванием мягкого неба).
- Отоскопия.
- Орофарингоскопия.
- Пальпация шеи (от сосцевидного отростка до ключицы) с 2-х сторон.
- Микробиологическое исследование (посев на анаэробы, грибы, бактерии) с определением чувствительности к антибиотикам.
- Определение функции носового дыхания (проба Воячека, ринопневмометрия).
- Определение функции обоняния (ольфактометрия).
- Оптическая риноскопия и ринофарингоскопия.
- Рентгенологическое исследование (рентгенография околоносовых пазух, носоглотки, органов грудной клетки, КТ, МРТ).
- УЗИ лимфатических узлов шеи.
- Цитологическое исследование.
- Гистологическое исследование (биопсия).
- Общий анализ крови, группа крови, резус-фактор, РВ, глюкоза крови, общий анализ мочи.

Симптоматика опухолей носоглотки

Симптоматика злокачественных опухолей носоглотки обусловлена первичной локализацией и преимущественным направлением роста опухоли. Выделяют 4 группы симптомов: ранние — носовые и ушные (в пределах носоглотки) и поздние — неврологические и метастазы.

➤ **Носовые симптомы:**

1. Непостоянное, одностороннее затруднение носового дыхания.
2. Ощущение заложенности носа.
3. Слизистые, слизисто-гнойные или сукровичные выделения из носа или в полость рта.
4. Постепенное нарастание всех симптомов и появление новых: гнусавость, снижение слуха, обоняния, головные боли, сухость во рту и глотке.

➤ **Ушные симптомы:**

1. Заложенность уха, односторонняя.
2. Шум в ухе.
3. Снижение слуха по типу звукопроводения.
4. Боль в ухе.
5. Серозный, гнойный отит.
6. Постепенное нарастание симптомов: постоянные боли в ухе, выраженное нарушение слуха (глухота), сильная головная боль, экзофтальм, асимметрия носа, выпячивание мягкого неба, тризм жевательной мускулатуры, ощущение инородного тела, дисфагия.

➤ **Неврологические симптомы:** обусловлены распространением опухоли за пределы носоглотки и сдавливанием черепных нервов (III, IV, VI пар, симпатического ствола), что приводит к поражению наружной стенки кавернозного синуса — сдавливаются III, IV и VI пар черепных нервов: VI пара — диплопия, сходящееся косоглазие, ограничение подвижности); III пара — птоз верхнего века, расходящееся косоглазие, расширение зрачка; IV пара — расходящееся вертикальное косоглазие, глазное яблоко повернуто кверху и кнутри.

При распространении опухоли в заглоточное пространство могут поражаться IX–XII пары черепных нервов, что сопровождается расстройством глотания и фонации: мягкое небо провисает на стороне поражения, язычок отклоняется в здоровую сторону, голосовая складка и половина гортани неподвижны, слабость плечевых мышц и опущение плеча на стороне поражения, атрофия половины языка, отклонение в больную сторону, синдром Горнера при поражении симпатического ствола. При расположении опухоли в устье слуховых труб — триада Троттера — одностороннее снижение слуха, невралгия тройничного нерва, нарушение подвижности мягкого неба.

➤ **Метастазы.** У 30–40% больных первым симптомом злокачественной опухоли носоглотки, с которыми больные обращаются к врачу, являются метастазы на шее. Большая часть указанных больных обращаются к хирургу. Правильный диагноз устанавливается не сразу, и многим из них проводится противовоспалительное лечение, тепловые процедуры и даже производится удаление или биопсия. По данным литературы, у 50–70% больных с опухолями носоглотки при первом обращении за помощью в верхних или средних отделах шеи уже имеются часто большие и множественные метастазы, но из-за недостаточных знаний врача и неправильного осмотра больного эти метастазы не выявляются. При пальпации шеи метастатические лимфоузлы безболезненны, имеют округлую или продолговатую форму, плотные, вначале смещаемые, затем спаиваются между собой в пакеты, а при прорастании в окружающие ткани образуются несмещаемые конгломераты тканей. Отдаленные метастазы при злокачественных опухолях носоглотки наблюдаются в 7–28% — 50% — в костях, печени и легких (30%).

Эндоскопическая картина опухолей носоглотки

Среди злокачественных опухолей носоглотки чаще встречаются эпителиальные: различные формы плоскоклеточного рака, растущего инфильтративно. Из неэпителиальных опухолей в местах скопления лимфаденоидной ткани (носоглоточная миндалина, тубарный валик) встречаются лимфосаркомы и лимфомы, крупнобугристые опухоли, растущие экзофитно. У детей наблюдаются мезенхимальные опухоли (рабдомиосаркома) и др.

По характеру роста различают 3 формы роста опухоли: экзофитная, эндофитно-язвенная и дольчатая.

▪ *Экзофитная форма* имеет вид узла или нескольких узлов с бугристой поверхностью, округлыми контурами, иногда с некрозом в центре. Воз-

можны очаги кровоизлияний. Опухоль растет со свода носоглотки, может obturировать хоаны и распространяться в полость носа. Эта форма роста характерна для лимфом и лимфоэпителиом.

▪ *Эндофитно-язвенная форма* чаще наблюдается при раке и располагается на задней и верхней стенках. При эндоскопическом исследовании в начальной стадии обнаруживается небольшой инфильтрат без нарушения целостности слизистой оболочки. Опухоль быстро изъязвляется и имеет вид плоского бугристого изъязвленного инфильтрата без четких границ. Растут раки относительно медленно. Клинически такой рак проявляется поздно и часто единственным его проявлением могут быть метастазы на шее.

▪ *Дольчатая форма* рака обычно наблюдается при возникновении опухоли в устье слуховой трубы, вызывая одностороннее понижение слуха.

➤ **Лимфомы.** Среди злокачественных опухолей носоглотки занимают по частоте второе место. Растут лимфомы обычно экзофитно, покрыты гладкой не измененной слизистой оболочкой, редко изъязвляются.

▪ *Экзофитная форма* опухоли по внешнему виду часто напоминает аденоиды, имеет бугристую поверхность, эластическую или мягко-эластическую консистенцию. Цвет слизистой оболочки серовато-розовый. На ранних стадиях развития лимфомы могут выглядеть в виде плоского инфильтрата и локализоваться в области свода, задней стенки и розенмюллеровой ямке.

Нередко при лимфомах носоглотки одновременно поражаются и небные миндалины.

➤ В носоглотке может встречаться и **ангиосаркома**. При эндоскопии опухоль имеет вид бугристого, плотного образования, инфильтрирующего окружающие ткани.

Лимфоэпителиома (разновидность плоскоклеточного рака). Растет экзофитно, быстро с ранним регионарным метастазированием (двусторонним) в шейные лимфатические узлы, которые нередко опережают рост самой опухоли. Лимфоэпителиома рано изъязвляется.

➤ **Плазмоцитома (солитарная форма миеломной болезни)** может развиваться в любом участке слизистой оболочки верхних дыхательных путей. При эндоскопии опухоль может иметь вид узловатого возвышения слизистой оболочки или полиповидного образования. Для подтверждения диагноза плазмоцитомы необходима гистологическая верификация, рентгенологическое исследование скелета, стерильная пункция.

Клиническая характеристика стадий злокачественных опухолей носоглотки

Первая стадия. Опухоли носоглотки не суживают резко ее просвета, но дыхание одной или обеими половинами носа из-за отека бывает уже затруднено. При опухолях, возникающих у устья слуховой трубы и нарушающих ее вентиляционную функцию, в этой стадии появляются шумы в ушах и понижение слуха, иногда развивается серозный отит. Такая сим-

птоматика ошибочно рассматривается как результат скопления в носоглотке секрета (назофарингит, предшествующий опухоли или сопутствующий ей). Поэтому опухоль в этой стадии обычно и проходит под диагнозом хронического ринита, назофарингита, катара слуховой трубы. Выявлению опухоли в этой стадии может способствовать лишь онкологическая настороженность врача, побуждающая к тщательной задней риноскопии с применением (при повышенных рефлексах) анестезии, оттягивания мягкого нёба, крючком или резиновой трубкой, проводимой через нос и рот и оптической риноскопии.

Вторая стадия опухолей носоглотки может быть названа стадией функциональных расстройств, поскольку она сопровождается характерными нарушениями ряда функций носоглотки. Эти нарушения вызываются прямо или косвенно давлением или прорастанием уже хорошо видимой опухоли, распространившаяся на одну или две смежных стенки носоглотки. В первую очередь расстраиваются, или даже выключаются, носовое дыхание, обоняние и изменяется речь приобретающая носовой оттенок. Ринит, бывший еще в первой стадии, вследствие застоя секрета и нарушения крово- и лимфообращения усиливается, становится гнойным; присоединяются и синуситы.

К функциональным расстройствам звукопроводящего аппарата часто рано присоединяется катаральный или гнойный отит. Возникают местные тригеминальные и разлитые головные боли. В этой стадии опухоль уже хорошо видна не только при задней риноскопии, но иногда и при передней или средней, и особенности после удаления секрета.

Третья стадия опухолей носоглотки — стадия начинающегося прорастания опухоли за пределы носоглотки. В возникновении многочисленных расстройств в этой стадии играет роль сочетание воспалительного компрессионного и дистрофического механизмов при прорастании опухоли за пределы носоглотки зоны прохождения крупных нервов и сосудов. Вследствие застойных явлений усиливается склонность к повторным кровотечениям (носовым и носоглоточным); прогрессируют воспалительные процессы — риниты, синуситы, отиты дакриоциститы. При сдавлении образований крылонёбной ямки появляются тригеминальные боли невралгического типа, иррадиирующие в область виска и зубов; возникают также нарушения моторной функции тройничного нерва вначале в виде спазма, а далее пареза и паралича жевательных мышц. Появляется гнусавость, как следствие obturации опухолью носоглотки и нарушения подвижности мягкого нёба. Склонные к распаду опухоли изъязвляются, кровоточат и обуславливают появление гнилостного запаха.

На рентгенограммах выявляются деструктивные изменения костей. Так, на профильных, передне-задних, полуаксиальных снимках отмечается нечеткость границ в области стенок основной пазухи, тела основной кости,

ее крыловидных отростков, дуги атланта и других отделов. Регионарные метастазы злокачественных опухолей в этой стадии становятся множественными и малоподвижными при пальпации.

Четвертая стадия опухолей носоглотки — стадия глубокого прорастания пограничных зон, а при некоторых опухолях — и генерализации. Прорастание опухоли распространяется не только в крылонёбную, височную и подвисочную ямки, но и далее — в глазницу, в основание черепа, в среднюю черепную ямку. Вследствие атрофических и деструктивных процессов в костях, окружающих носоглотку, возникают смещение костей лицевого скелета и деформация лица. Еще в начале этой стадии к характерной отоларингологической симптоматике присоединяются тяжелые и многочисленные офтальмоневрологические симптомы. Они начинаются с ощущения напряжения в глазнице и тригеминальных болей, локализуемых вначале позади глазного яблока. В дальнейшем присоединяется ограничение отведения глаза наружу. Позднее нарушается подвижность глаза и в других направлениях. Появляется диплопия, понижается острота зрения, изменяется глазное дно. Прорастание опухоли до переднего рваного отверстия сопровождается поражением черепно-мозговых нервов от III до VI пар, появлением сильных болей в зонах разветвления тройничного нерва и понижение чувствительности иннервируемых им зон. При распространении опухоли до яремного отверстия возникают признаки нарушения функций IX–XII черепно-мозговых нервов; наиболее демонстративно при этом нарушение функции подъязычного нерва в виде ослабления, затем паралича и атрофии соответствующей половины языка. Наблюдаются парезы и параличи мягкого нёба, односторонним парезы голосовых складок, ослабление и выпадение глоточного рефлекса, нарушение тонуса шейных мышц. Прорастание опухоли до верхних шейных позвонков приводит к ограничению подвижности головы и шеи. Сопутствующие воспалительные процессы, анемия и кахексия ускоряют летальный исход.

Дифференциальная диагностика злокачественных новообразований носоглотки

Дифференциальная диагностика злокачественных опухолей носоглотки проводится с доброкачественными опухолями, кистами, аденоидами, эпифарингитом, опухолями парафарингеального пространства и основания черепа.

Юношеская ангиофиброма носоглотки составляет половину всех доброкачественных опухолей носоглотки. Опухоль исходит из глоточно-основной фасции свода носоглотки, реже — из надкостницы шейных позвонков или основной кости. Опухоль растет в направлении полости носа, околоносовых пазух, орбиты, реже — в полость черепа, обладает местно-деструкующим ростом, рецидивирует после удаления. Развивается у мальчиков (14:1) в начале периода полового созревания (средний возраст 16 лет), с наступлением поло-

вой зрелости уменьшается и может подвергнуться полной инволюции. Первые признаки опухоли — затруднение носового дыхания и гнусавость, затем возникают рецидивирующие носовые кровотечения. Диагностика с помощью классической, оптической и пальцевого исследования не вызывает затруднений. При оптической ринофарингоскопии определяется экзофитная опухоль, покрытая гладкой, блестящей слизистой оболочкой розового цвета с выраженным сосудистым рисунком. Биопсия сопровождается значительным кровотечением. Лечение опухоли хирургическое.

Гемангиома носоглотки при оптической риноскопии имеет характерный вид: образование синюшного цвета с темно-красными участками мягко-тканной консистенции на широком основании. Иногда опухоль в виде полипа на ножке, свисает в ротоглотку. Реже в носоглотке можно выявить фиброму, хондрому, плеоморфную аденому, тератому.

Кисты, локализующиеся в носоглотке бывают фолликулярные и ретенционные. Фолликулярные возникают на фоне хронического воспалительного процесса аденоидной ткани. Ретенционные — из-за закупорки выводных протоков акциозных желез. Протекают бессимптомно. Лечение оперативное с помощью аденотома или под эндоскопическим контролем эндоназальным подходом.

Тератома является следствием пороков зародышевого развития, возникает чаще у детей, вызывая затруднение носового дыхания. Растет медленно, может малигнизироваться.

Эндоскопические признаки: обнаруживается в виде узла или полипа плотно связанного со слизистой оболочкой латеральной стенки носоглотки.

Менингиома. Менингиома чаще является вторичной опухолью и может прорасти из полости черепа. Выделяют две формы менингиомы: латеральная краниофациальная менингиома (поражающая латеральные отделы основания черепа и распространяющаяся в подвисочную и крылонебную ямки) и медиальная — разрушая решетчатую пластинку и таким образом проникает в полость носа в область верхних отделов. Источником опухоли являются арахноидальные отщепления твердой мозговой оболочки.

Эндоскопическая картина: менингиома в полости носа может обнаруживаться как изолированный узел или в виде полипа, локализующегося в области верхнего носового хода, при сохранении анатомической целостности продырявленной пластинки решетчатой кости.

Лечение оперативное, транскраниальным доступом, включающим костно-пластическую трепанацию и удаление внутричерепной и внечерепной частей опухоли.

Аденоидит. Аденоидит у взрослых диагностируется довольно часто. При аденоидитах больные жалуются на ощущение инородного тела в глотке, стекание слизи или гноя в ротоглотку, частое закладывание ушей. При эпифарингоскопии обнаруживаются дольчатые образования, свисающие со

свода носоглотки, гиперемизированные, инфильтрированные с гнойным отделяемым в бороздках или двусторонние симметричные образования, исходящие из розенмюллеровых ямок.

Хронический гипертрофический назофарингит (эпифарингит). Частые ОРВИ, курение, злоупотребление алкоголем, хронические заболевания полости носа и околоносовых пазух, искривления носовой перегородки нередко сопровождаются гипертрофией слизистой оболочки носоглотки. При эпифарингоскопии определяется гиперемия слизистой оболочки, резкое утолщение задней стенки, неровность поверхности и неоднородность окраски, расширение кровеносных сосудов, воспаление лимфоидных гранул и боковых валиков глотки. Конфигурация носоглотки изменяется, на поверхности, как правило, имеется слизисто-гнойное отделяемое, стекающее в носоглотку.

Эндоскопическая методика забора материала для патогистологического исследования

Ценность оптической ринофарингоскопии не только в визуальной диагностике и изучении патологических участков, но и в возможности проведения прицельной биопсии. Забор материала проводится после предварительной оптической ринофарингоскопии и под ее контролем биопсийными щипцами (кусочки — 0,2–0,4 см). Приготовить цитологический материал можно различными способами: соскоб, пункция, мазки отпечатки с биоптата.

Биопсия производится из любого подозрительного участка, даже при незначительных изменениях слизистой оболочки, при больших опухолях — из разных участков, а при лимфосаркомах — из одного и того же.

Оптическая ринофарингоскопия позволяет расширить возможности визуального обзора и оценки макроскопической картины опухолей носоглотки.

Общие принципы лечения злокачественных опухолей носоглотки

Лечение больных злокачественными опухолями носоглотки только консервативное — химиолучевое или лучевое, хирургическое лечение невозможно. При раке лечение целесообразно начинать с неoadьювантной полихимиотерапии, при лимфомах — с системной химиотерапии. Первичный очаг и лимфатические узлы шеи облучаются отдельно. При облучении первичного очага в зависимости от размеров опухоли используются два, три или четыре поля, но чаще — два боковых поля размерами 4–6 на 6–8 см. При локализации опухоли в пределах носоглотки в объем облучения включают всю носоглотку + 1 см за пределами ее границ. Верхняя граница бокового поля проходит на 1 см выше верхней стенки наружного слухового прохода, задняя — на 1–1,5 см за заднюю стенку наружного слухового прохода. Нижняя и передняя границы зависят от распространенности опухоли.

Трехпольное облучение включает два боковых и переднее прямое (носовое) поле, четырехпольное — два боковых и два параназальных поля. Обычно с боковых полей доза облучения подводится в 2 раза большая, чем с передних.

Верхняя граница переднего поля проходит по нижнему краю орбиты, нижняя — параллельно верхней на расстоянии 4–5 см от нее. Внутренняя и наружная границы выбираются индивидуально.

При трехпольном облучении верхняя граница переднего поля проходит по переносице и нижнему краю орбиты, нижняя — по носогубной складке, наружная — на 2,5–4 см снаружи от середины носа, глаза защищаются блоками.

В случае недостаточной резорбции опухоли в носоглотке после 50–60 Гр наружное облучение может быть дополнено внутриволостной терапией (брахитерапией) до 80 Гр. Лимфатические узлы шеи облучаются до СОД 50–70 Гр. Более высокие результаты достигаются при проведении химиолучевой терапии.

При наличии лимфоэпителиомы после лекарственного лечения проводится лучевая терапия (СОД 70 Гр). После окончания облучения с перерывом в 1–1,5 месяца осуществляются 3–4 курса химиотерапии.

В случае неполной резорбции шейных метастазов после излечения первичного очага производится радикальная шейная диссекция, включающая ткани подчелюстного треугольника.

Лечение рака носоглотки в зависимости от стадии заболевания

I–II стадии (T1 N0; T2a N0; T2bN0). Лучевая (в том числе сочетанная) или адьювантная химиолучевая терапия на очаг до 70–80 Гр. Зоны регионарного метастазирования облучаются в дозах до 50–60 Гр.

II B стадия (T1 N1; T1 N2; T2 N1; T2 N2; T2a N1; T2b N1). Лучевая (в том числе сочетанная) или адьювантная химиолучевая терапия на очаг до 70–80 Гр. Зоны регионарного метастазирования облучаются в дозах до 60 Гр (при необходимости локально до 70–80 Гр). При полной регрессии первичного очага и недостаточной резорбции регионарных метастазов выполняется радикальная шейная диссекция с тканями подчелюстной области.

III–IV стадии (T2-4 N0-3). Неoadьювантная полихимиотерапия, лучевая (сочетанная) или химиолучевая терапия до 70–80 Гр. Зоны регионарного метастазирования облучаются в дозах 60–70 Гр. При полной регрессии первичного очага и недостаточной эффективности облучения регионарных метастазов выполняется радикальная шейная диссекция с тканями подчелюстной области (операции Крайла).

Сроки наблюдения:

- первые полгода — ежемесячно;
- вторые полгода — через 1,5–2 месяца;
- второй год — через 3–4 месяца;
- третий-пятый годы — через 4–6 месяцев;
- после пяти лет — через 6–12 месяцев.

Заключение

Ранняя диагностика злокачественных опухолей носоглотки — это своевременное начало лечения. 5-летняя выживаемость при сочетанной лучевой терапии: 50% при отсутствии регионарных метастазов, 40% — при односторонних регионарных метастазах, 30% — при двусторонних. По данным А.С. Павлова, Л.Д. Стиопа, 5-летняя выживаемость при раке I–II стадии составляет 93%, III–IV — 47,3%.

Иллюстрации

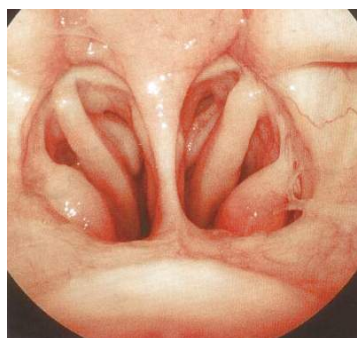


Рис. 3. Эндофотография носоглотки с помощью фибринофарингоскопа



Рис. 4. Эндофотография носоглотки с помощью оптической ринофарингоскопии

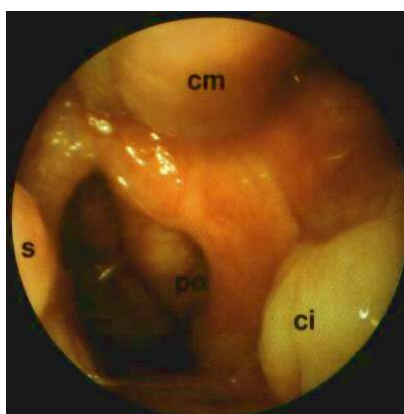


Рис. 5. Эндофотография входа в носоглотку.



Рис. 6. Эндофотография устья слуховой трубы

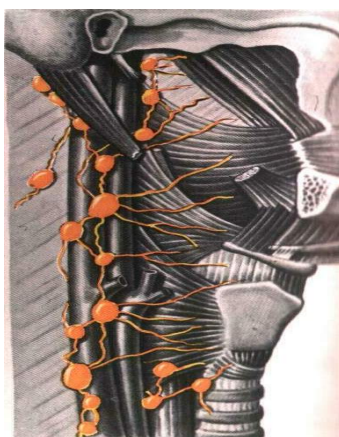


Рис. 7. Основные пути оттока лимфы от трех отделов глотки



Рис. 8. Рак носоглотки (эндофото-графия)



Рис. 9. Инфильтративно-язвенная форма рака носоглотки (эндо-фотография)



Рис. 10. Лимфоэпителиома носоглотки

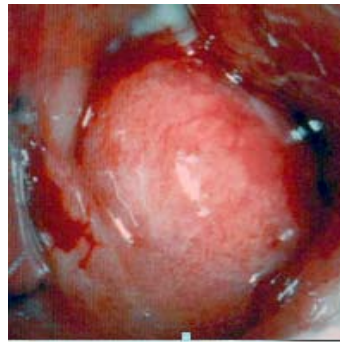


Рис.11. Ангиофиброма носоглотки

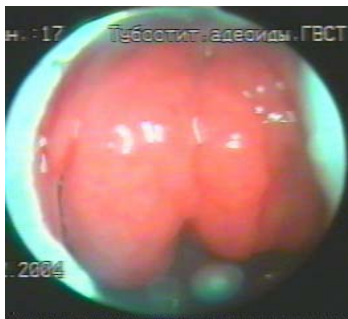


Рис. 12. Аденоиды (эндофотография)



Рис. 13. Гипертрофия трубного валика (эндофотография)



Рис. 14. Гипертрофический назофарингит (эндофотография)

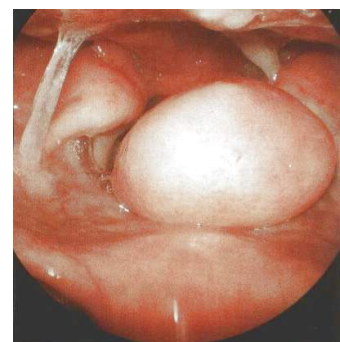


Рис. 15. Хоанальный полип (эндофотография)

Литература:

1. Белоусова Н.В., Поддубный Б.К., Шабаров В.Л. и др. Фиброскопия в распознавании и злокачественных опухолей верхних дыхательных путей. // Мат. 1 Всесоюзной конф., — Томск, 1983. — С. 89–92.
2. Бородавко Н.С., Ракова С.Н. Киста носоглотки. Материалы V республиканского съезда оториноларингологов: Тез. докл. съезда. — Мн., 30–31 мая. — Мн., 2002. — С. 174.
3. Копнев В.Б., Шацкая Н.Х. Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки и околоносовых пазух в г. Москве. — Рос. Ринол.-Прил 2. — С. 94.
4. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л. Опухоли ЛОР органов. — М., 1979. — С. 95.
5. Мельников М.Н., Соколов А.С. Возможности эндоскопической хирургии носоглотки: Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. — Сочи, 2001. — С. 397–399.
6. Огольцова Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. — М.: Медицина, 1984. — 222 с.
7. Движков А.М., Черехаев В.А. — РР прил. 2. — 1994. — С. 92.
8. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. — М.: Медицина, 1983. — 415 с.
9. Павлов А.С., Стиоп Л.Д. Злокачественные опухоли носоглотки и их лучевое лечение. — М.: Медицина, 1985. — 238 с.
10. Садовский В.И., Черныш А.В. Грибач Л.И. Иванов С.А. // Материалы V республиканского съезда оториноларингологов. Тез. докл. съезда. — Мн., 30–31 мая. — Мн., 2002. — С. 150–153.
10. Шварц Б.А. Злокачественные новообразования ЛОР органов. — М.: Медгиз, 2002. — 355 с.

Учебное издание

Авторы-составители:

Садовский Валерий Иванович
Ваккер Артур Вернерович
Черныш Александр Валерьевич

ДИАГНОСТИКА
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ НОСОГЛОТКИ

Учебное пособие

Редактор **Лайкова В.Г.**

Подписано в печать 06. 06. 2005
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 1,16. Тираж 55 экз. Заказ № 92

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

