

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Северо-Осетинская
государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
Российской Федерации**

Методические рекомендации

«ОНКОЛОГИЯ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ

Раздел 4. Опухоли ротоглотки и гортаноглотки.

Владикавказ 2016г.

УДК:

ББК

Печатается по решению Центрального методического совета ГБОУ ВПО
«Северо-Осетинская медицинская академия» министерства здравоохранения
Российской Федерации, протокол №... от .. 201 г.

Рецензенты:

1.

2.

Преподавание разделов дисциплины «онкология» в клинической ординатуре: методические рекомендации для преподавателей доцент С.М. Козырева – Владикавказ: СОГМА, 2016. - 92с. зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В., ст. лаборант Саутиева М.Г.

Методические рекомендации предназначены в помощь преподавателям медицинских Вузов в организации учебного процесса на кафедрах онкологии последипломного медицинского образования. Рекомендации составлены в соответствии с рабочей программой дисциплины «Онкология» основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования для обучающихся в ординатуре по специальности «Онкология». В рекомендациях предусмотрены теоретические и практические формы организации обучения клинических ординаторов, последовательность проведения занятий для систематизации знаний по клиническому течению, диагностике, лечению, профилактике злокачественных новообразований.

СОГМА, 2016г.

Составители:

**к.м.н. доцент Козырева С.М.
зав. кафедрой, д.м.н. доцент Хасигов А.В.
ст. лаборант Саутиева М.Г.**

ТЕМА 4. «ОПУХОЛИ РОТОГЛОТКИ И ГОРТАНОГОЛТКИ»

1. Продолжительность: 8 академических часов (1академический час - 45 мин).
2. Место проведения: онкологический диспансер.
3. **Цель занятия:**
 - Осмыслить лекционный материал, детально обсудить возможности выявления злокачественных опухолей глотки на амбулаторном приеме. Изучить стандартную методику обследования больных с

подозрением на злокачественную опухоль глотки, распознать это заболевание на амбулаторном приеме.

- Обучить ординаторов основам диагностики опухолей глотки, клиническому обследованию больных, выбору метода лечения на этапах медицинской помощи, диспансеризации и проведению профилактических мероприятий. Закрепить лекционный материал, обсудить "сигналы тревоги" по поводу рака глотки, принципы обследования и лечение больных.

Для этого необходимо:

3.1. Систематизировать знания о биологической сущности опухоли, бластоматозных факторах и причинах, способствующих возникновению злокачественных опухолей глотки.

3.2. Изучить принципы построения классификации новообразований.

Место онкологии в системе противоопухолевой службы.

Диспансеризация больных со злокачественными опухолями глотки.

3.3. Обучить ординаторов проведению обследования и составления плана лечения больных данных локализаций.

3.4. Воспитательное значение темы: разбираемый материал служит развитию у ординаторов клинических навыков обследования и лечения больных данной локализации.

3.5. Истоки темы: исходные знания ординаторы приобрели на кафедрах: нормальной и патологической анатомии, патологической физиологии, гистологии и цитологии, хирургии, терапии.

3.6. Выход темы: знания и навыки, приобретенные на занятиях, необходимы для освоения методов ранней диагностики и принципов лечения рака глотки.

Мотивация темы занятия. Значительные различия, присущие опухолям каждого раздела, диктуют необходимость знания и внедрения мероприятий по своевременной диагностике этого заболевания. Необходимость овладения методами дифференциальной диагностики между злокачественными опухолями глотки и другой патологией этого органа.

План занятия.

1. Контрольные тестовые задания.

2. Устно-речевой опрос по теоретическому материалу (заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от локализации и распространения опухолевого процесса, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения).

Контрольные вопросы:

- Какие виды доброкачественных опухолей наиболее часто встречаются в различных отделах глотки?
- Чем отличаются наиболее часто встречающиеся виды злокачественных новообразований глотки?
- В какие группы лимфоузлов чаще метастазируют опухоли различных отделов глотки?
- Какие опухоли глотки метастазируют чаще?
- Перечислите основные симптомы заболевания злокачественными новообразованиями ротоглотки, гортаноглотки
- Какие методы диагностики опухолей различных отделов глотки?
- Общие принципы лечения больных злокачественными новообразованиями различных отделов глотки: носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки
- Каковы сроки наблюдения за больными после лечения?

3. Заслушивание и обсуждение рефератов:

- Доброкачественные опухоли глотки, клиническое течение, симптоматика.
- Клинические проявления опухолей глотки в зависимости от локализации и распространения опухолевого процесса.
- Диагностические мероприятия по выявлению опухолей различных отделов глотки.
- Рак небных дужек и миндалин, корня языка и валлекул, задней и боковой стенок глотки и мягкого неба, мягкого неба. Клиническая картина, диагностика.
- Общие принципы лечения опухолей различных отделов глотки.

4. Практическая работа ординаторов:

4.1. Клинический разбор больных на амбулаторном приеме.

Обучение методике правильной пальпации шеи и подчелюстной области, осмотру носоглотки.

Освоение методики выполнения биопсии опухоли для забора материала на цитологическое исследование.

Освоение методики постановки диагноза согласно международной TNM-классификации.

4.2. Решение ситуационных задач.

1.1 Определение Рак гортаноглотки – злокачественная опухоль, развивающаяся из элементов неороговевающего эпителия гортаноглотки. 1.2 Этиология В большинстве случаев в анамнезе больных отмечается длительный период курения, употребления алкоголя, работы в условиях повышенной запылённости (текстильное производство), вдыхание вредных канцерогенных веществ (нефти, продуктов ее перегонки, бензола, фенольных смол, асбеста). Высокий риск озлокачествления отмечается при папилломах (ВПЧ-ассоциированный рак), рецидивирующем папилломатозе, пахидермии, дискератозе. Кроме того, к факторам риска относятся хронические воспалительные процессы (ларингиты). 1.3 Эпидемиология Стандартизованные показатели заболеваемости раком глотки в РФ в 2015 году среди мужчин составила 6,87 на 100 тыс. населения, среди женщин 0,95 на 100 тыс. населения, абсолютное число впервые заболевших раком глотки мужчин и женщин составило 4658 чел. и 749 чел. соответственно. 1.4 Кодирование по МКБ 10 C12 Злокачественное новообразование грушевидного синуса C13.0 Злокачественное новообразование заперстневидной области C13.1 Черпалонадгортанной складки нижней части глотки C13.2 Задней стенки нижней части глотки C13.8 Поражение нижней части глотки, выходящее за пределы одной и более вышеуказанных локализаций C13.9 Нижней части глотки неуточненное. 1.5 Классификация TNM Клиническая классификация TX Недостаточно данных для оценки первичной опухоли KР27 7 T0 Первичная опухоль не определяется Tis Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ) T1 Опухоль ограничена одной анатомической областью гортаноглотки и не более 2см в наибольшем измерении T2 Опухоль поражает несколько анатомических частей гортаноглотки или прилежащих структур не более 4см в наибольшем измерении без фиксации половины гортани T3 Опухоль более 4см в наибольшем измерении или с фиксацией половины гортани T4a Опухоль распространяется на любую из следующих структур: щитовидно/перстневидный хрящ подъязычную кость, щитовидную железу и/или пищевод, центральную часть мягких тканей I T4b Опухоль распространяется на предпозвоночную фасцию, оболочку сонных артерий, структуры средостения P r и m e ч а н и e 1 Центральная часть мягких тканей шеи включает предгортанные мышцы и подкожную жировую клетчатку. N – Регионарные лимфатические узлы NX Недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов N0 Нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов N1 Метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см. в наибольшем измерении N2 Метастазы в одном лимфатическом узле на стороне пораже- ния до 6 см. в наибольшем измерении, или метастазы в не- скольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении, или метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон до 6 см в наибольшем измерении N2a Метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см. в наибольшем измерении N2b Метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6см в наибольшем измерении N2c Метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см. в наибольшем измерении KР27 8 N3 Метастазы в лимфатических узлах более 6 см. в наибольшем измерении Лимфатические узлы средней линии расцениваются как узлы на стороне поражения. M – Отдалённые метастазы MX Недостаточно данных для определения отдалённых метастазов M0 Нет признаков отдалённых метастазов M1 Имеются отдалённые метастазы pTNM Патологоанатомическая классификация pT, pN, pM категории соответствуют T, N и M категориям. pN0 В материале, полученном при частичной шейной лимфодиссекции, должно находиться не менее 6 лимфатических узлов для гистологического исследования. В материале, полученном при радикальной или модифицированной радикальной лимфодиссекции, должно содержаться не менее 10 лимфатических узлов для морфологического исследования. Если лимфатические узлы негативны, а исследовано меньше 6 и 10, классифицируются как pN0.

Гистопатологическая дифференцировка

GX Степень дифференцировки не может быть установлена

G1 Высокая степень дифференцировки КР27 9

G2 Средняя степень дифференцировки

G3 Низкая степень дифференцировки

G4 Недифференцированные опухоли

2. Диагностика 2.1 Жалобы и анамнез На ранних стадиях клиническое течение рака гортаноглотки бессимптомное. Основными жалобами и главными причинами обращения к врачу являются дисфагия (локальная болезненность при глотании иногда с иррадиацией в ухо на стороне поражения; функциональные расстройства: поперхивание пищей, ощущение перекатывания слюны через валик, задержка пищи, и т.д.) и нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания. При сборе анамнеза обращают внимание на выявление этиопатогенетических факторов развития заболевания. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), а также оценка нарушений глотания и питания. Также могут настораживать такие симптомы, как постоянный кашель, боль в горле, не проходящая на фоне антибактериального, противовоспалительного лечения, боль при глотании, увеличение шейных лимфатических узлов. 2.2 Физикальное обследование При физикальном обследовании рекомендовано обращать внимание на изменение контуров шеи, увеличение регионарных лимфатических узлов. Следует оценивать подвижность, размер остова гортани. Непрямая ларингоскопия позволяет визуализировать и заподозрить наличие опухоли. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) 2.3 Лабораторная диагностика Рекомендовано проведение гистологического исследования. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Комментарий: Основным методом дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований гортаноглотки является гистологическое исследование. Взятие биоптата в гортаноглотке может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой ларингоскопии, при прямой ларингоскопии врачом оториноларингологом или КР27 10 врачом-эндоскопистом или врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. 2.4 Инструментальная диагностика Рекомендовано проведение следующих исследований: непрямая ларингоскопия, фиброларингоскопия, прямая микроларингоскопия для оценки распространенности процесса Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется выполнить УЗИ л/у шеи с пункцией непальпируемых л/у. Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - III) Рекомендуется выполнить УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется выполнить рентгенографию грудной клетки. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется выполнить ЭКГ. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется выполнить КТ с внутривенным контрастированием в случае подозрения распространения опухоли на хрящи гортани, основание черепа. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia) Рекомендуется выполнить остеосцинтиграфию при подозрении на метастатическое поражение костей скелета. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется выполнить ТАБ под контролем УЗИ при подозрении на метастазы л/у шеи Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется при подготовке к хирургическому лечению с целью оценки функционального статуса по

показаниям проводить дополнительное обследование: эхокардиографию, холтеровское мониторирование сердечной деятельности, исследование функции внешнего дыхания, УЗИ сосудов шеи и нижних конечностей, консультации кардиолога, эндокринолога, невропатолога и т.п. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) КР27 11 2.5. Иная диагностика Рекомендовано проведение МРТ, ПЭТ исследований для уточнения распространённости опухолевого процесса при подозрении на распространение опухоли за пределы органа или диссеминации опухолевого процесса. Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств - IV) Рекомендуется проводить гистологическое исследование хирургически удаленного опухолевого препарата, при этом в морфологическом заключении рекомендуется отразить следующие параметры: 1. Размеры опухоли; 2. Глубина инвазии опухоли 3. Гистологическое строение опухоли; 4. Степень дифференцировки опухоли; 5. Наличие лимфоваскулярной, периневральной инвазии (отрицательный результат также должен быть констатирован 6. pT; 7. pN (с указанием общего числа исследованных и поражённых лимфоузлов, признаков экстранодального распространения опухоли); 8. Наличие поражения краев резекции (отрицательный результат также должен быть констатирован); Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – IV) 3. Лечение 3.1 Тактика лечения Тактика лечения рака гортаноглотки направлена не только на излечение больного, но и восстановление глотательной, голосовой, дыхательной и защитной функций органа и зависит от локализации поражения гортаноглотки, распространённости опухолевого процесса, чувствительности опухоли к лучевому или медикаментозному лечению.

3.2 Хирургическое лечение Хирургический метод лечения включает в себя операции различных объемов, направленные на удаление первичного опухолевого очага, включая органосохраняющие техники (эндоларингеальная лазерная резекция, эндоскопическая резекция), открытые резекции поражённых отделов гортаноглотки (грушевидного синуса, задней стенки гортаноглотки), комбинированную горизонтальную резекцию гортани с резекцией заднечерпаловидной области гортаноглотки, и ларингэктомию. При N+ рекомендовано одновременно выполнить шейную лимфодиссекцию соответствующей стороны. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia) 3.3 Консервативное лечение Режимы ЛТ Послеоперационная ЛТ: Интервал между оперативным вмешательством и сроком начала послеоперационной ЛТ не должен превышать 6 недель. Высокий риск – наличие неблагоприятных морфологических признаков – 60-66 Гр (2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течение 6-6,5 недель. Низкий или средний риск клинически не изменённые л/у от 44-50 Гр (2.0 Гр/фракция) до 54-63 Гр (1,6-1,8 Гр/фракция). ЛТ в самостоятельном варианте: Рекомендована ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы 66-70 Гр (2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-7 недель; на клинически не изменённые ЛУ 44-60 Гр (2.0 Гр/фракция) Уровень убедительности рекомендаций - В (уровень достоверности доказательств - IIa) Конкурентная ХЛТ: Рекомендована ЛТ на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы – 70Гр (2,0 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-7 недель; на клинически неизменённые л/у от 44-60 Гр (2.0 Гр/фракция). Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ib) КР27 14 3.4. Принципы системной химиотерапии Выбор ХТ должен быть индивидуализирован в зависимости от характеристик пациента (общее состояние, цели лечения). Индукционная ХТ с последующей последовательной ХЛТ Рекомендована индукционная ПХТ: Доцетаксел 75мг/м² 1-й день + цисплатин 75мг/м² 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м²/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели. В качестве конкурентной (одновременная) ХЛТ после индукции рекомендовано проведение ХТ с включением цисплатина 100мг/м² 1-й, 22-й, 43-й дни или еженедельное введение

карбоплатина 1,5-2,0 АУС или цетуксимаба 400мг/м² за неделю до начала лучевой терапии и 250мг/м² еженедельно во время проведения ЛТ. Уровень убедительности рекомендаций – 2В (уровень достоверности доказательств - Ia) Рецидивные неоперабельные опухоли или наличие отдаленных метастазов • Рекомендовано: цисплатин 100мг/м² 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м²/сут 1-4 дни или паклитаксел 175мг/м² 1-й день + карбоплатин АУС 5-6 1-й день или доцетаксел 75мг/м² 1-й день + цисплатин 75мг/м² 1-й день или гемцитабин 1250мг/м² 1-й и 8-й дни + цисплатин 75мг/м² 1-й день. Количество курсов ХТ зависит от эффективности проводимого лечения. Уровень убедительности рекомендаций - А (уровень достоверности доказательств - Ia) Одновременная ХЛТ. Рекомендовано: Цисплатин + ЛТ. ЛТ на первичный очаг и • клинически определяемые регионарные метастазы – 70Гр (2,0 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-7 недель; на клинически неизмененные ЛУ 44-60 Гр (2.0 Гр/фракция); Цисплатин в дозе 100 мг/м² на фоне гипергидратации в 1, 22 и 43-й дни ЛТ (суммарная доза во время ЛТ – 300 мг/м²). Уровень убедительности рекомендаций – 2В (уровень достоверности доказательств - Ia) 4. Реабилитация Рекомендуется проводить реабилитацию, ориентируясь на общие принципы • реабилитации пациентов после проведенных хирургических вмешательств, лучевой терапии и/или химиотерапии. Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – IV) Комментарии: Голосовая реабилитация возможна путем голосового протезирования, использования электрогортани, формирования пищеводной речи. Для адекватной реабилитации речевой, глотательной функции целесообразна консультация логопеда. 5. Профилактика Анамнез и физикальное обследование: – 1-й год – каждые 1–3 мес; КР27 15 – 2-й год – каждые 2–4 мес; – 3–5-й годы – каждые 4–6 мес; – > 5 лет – каждые 6–12 мес. • Первая контрольная визуализация (КТ, МРТ) первичной локализации опухолевого очага (и шеи, если проводилось лечение) рекомендуется при стадиях Т3-4 или N2-3 через 6 мес после окончания терапии (УД 2В). Дальнейшее повторение снимков проводится по показаниям в зависимости от наличия признаков/симптомов (для бессимптомных пациентов рутинно не рекомендуется). • Визуализация органов грудной клетки по клиническим показаниям. • Определение уровня ТТГ каждые 6–12 мес, если проводилось облучение шеи. • Оценка речи/слуха и глотания, реабилитация по клиническим показаниям. • Отказ от вредных привычек (курения, потребление алкоголя).