

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

**Методические рекомендации**

**«ОНКОЛОГИЯ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ОРДИНАТУРЕ**

**Раздел 5. Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух.**

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 5. "ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПОЛОСТИ НОСА И ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ»**

1. Продолжительность: 8 академических часов (1 академический час - 45 мин).
2. Место проведения: онкологический диспансер.
3. **Цель занятия:**
  - Обучить ординаторов основам диагностики злокачественных опухолей носа и придаточных пазух, клиническому обследованию больных,

выбору метода лечения на этапах медицинской помощи, диспансеризации и проведению профилактических мероприятий. Закрепить лекционный материал, обсудить предрасполагающие факторы, доброкачественные опухоли и опухолеподобные процессы, злокачественные новообразования, принципы обследования и лечение больных.

Для этого необходимо:

3.1. Систематизировать знания о биологической сущности опухоли, бластоматозных факторах и причинах, способствующих возникновению злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух.

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 злокачественных опухолей носа и придаточных пазух.

**Мотивация темы занятия.** Необходимость знания и внедрения мероприятий по своевременной диагностике этого заболевания. Необходимость овладения методами дифференциальной диагностики между доброкачественными и злокачественными опухолями носа и придаточных пазух.

#### **План занятия.**

1. Контрольные тестовые задания.

2. Устно-речевой опрос по теоретическому материалу (заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, 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 доброкачественные образования встречаются в полости носа и его придаточных пазух?

- Какие злокачественные новообразования встречаются наиболее часто в полости носа и его придаточных пазух?
- Каковы наиболее ранние признаки злокачественного заболевания полости носа? Верхнечелюстной пазухи? Решетчатого лабиринта? Лобной пазухи? Основной пазухи?
- Какие диагностические мероприятия необходимы для выявления новообразований полости носа и его придаточных пазух?
- Каковы методы и тактика лечения злокачественных опухолей полости носа, верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, лобной и основной пазух?

### 3. Заслушивание и обсуждение рефератов:

- Доброкачественные опухоли полости носа и его придаточных пазух, клиническое течение, симптоматика.
- Злокачественные опухоли полости носа и его придаточных пазух, клиническое течение, симптоматика.
- Диагностика опухолей полости носа и его придаточных пазух.
- Общие принципы лечения опухолей полости носа и его придаточных пазух.

### 4. Практическая работа ординаторов:

#### 4.1. Клинический разбор больных на амбулаторном приеме.

Обучение методике правильной пальпации лимфатических узлов подчелюстной области и шеи.

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

Освоение методики постановки диагноза согласно международной TNM-классификации.

#### 4.2. Решение ситуационных задач.

Факторы, воздействующие на слизистую оболочку носа и провоцирующие перерождение клеток в злокачественные, можно разделить на 3 группы:

- Профессиональные вредности. Регулярное длительное воздействие вредных веществ на производстве нередко приводит к патологическим изменениям слизистых дыхательной системы, в том числе носа и его придаточных пазух. Наибольшую опасность представляют:
  1. обработка дерева;
  2. обработка кожи;
  3. производство никеля.
- Хронические воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух:
  1. риниты;
  2. риносинуситы;
  3. синуситы (гайморит, фронтит, [этмоидит](#) ...).
- Вредные привычки в течение длительного времени:
  1. курение (воздействие на слизистые никотина);
  2. прием алкоголя.

Также стоит отметить, что в определенной степени канцерогенным действием обладает контрастное вещество, вводимое в пазухи носа с целью диагностики их заболеваний – фторотраст.

В зависимости от локализации в носоглотке злокачественные новообразования делятся на:

- злокачественные новообразования передней стенки носоглотки;
- злокачественные новообразования задней стенки носоглотки;
- злокачественные новообразования верхней стенки носоглотки;
- злокачественные новообразования боковой стенки носоглотки;
- злокачественные новообразования иной локализации.

Макроскопически различают 2 формы злокачественных опухолей:

- экзофитную (новообразование растет в полость носа или пазухи; представляет собой гладкий или бугристый узел на широком основании, покрытый слизистой оболочкой; на поздних стадиях развития узел изъязвляется и распадается);
- эндофитную (опухоль растет в толщу тканей; представляет собой плотный бугристый инфильтрат; изъязвляется только тогда, когда достигает достаточно крупных размеров – после этого выглядит как язва с грязно-серым дном).

Согласно международной гистологической классификации злокачественные новообразования носа и придаточных его пазух можно разделить на 7 больших групп.

- Эпителиальные опухоли

1. Плоскоклеточный рак.
2. Переходно-клеточный рак.
3. Аденокистозный рак, или цилиндрома.
4. Аденокарцинома.
5. Мукоэпидермоидный рак.
6. Недифференцированный рак.
7. Другие виды рака.

- Опухоли мягких тканей

1. Злокачественная гемангиоперицитома.
2. Фибросаркома.
3. Рабдомиосаркома.
4. Нейрогенная саркома.
5. Злокачественная фиброксантома.
6. Другие.

- Опухоли хряща и кости

1. Хондросаркома.
2. Остеосаркома.
3. Другие.

- Опухоли лимфоидной ткани

1. Лимфосаркома.
2. Ретикулосаркома.
3. Болезнь Ходжкина.
4. Плазмоцитома.

- Смешанные опухоли

1. Краниофарингиома.
2. Меланома.
3. Эстезионейробластома.

#### 4. Другие.

- Неклассифицируемые опухоли.
- Вторичные опухоли.

Согласно статистическим данным, эпителиальные опухоли составляют 70–75 % злокачественных новообразований полости носа, к остальным 25–30 % относятся неэпителиальные опухоли.

Существует классификация по системе TNM, применимая для двух пазух – гайморовой и решетчатой, где Т обозначает и дает характеристику первичной опухоли; N – определяет метастатическое поражение лимфатических узлов; M – наличие или отсутствие отдаленных метастаз.

Для гайморовой и решетчатой околоносовых пазух существуют собственные значения Т согласно классификации:

- Рак гайморовой пазухи:
  1. T1 – новообразование ограничено слизистой оболочкой, эрозий и признаков деструкции кости нет;
  2. T2 – новообразование с признаками эрозии или деструкции костных структур;
  3. T3 – новообразование из пазухи распространяется в одну из следующих структур: нижняя или внутренняя стенка глазницы, решетчатый синус, кожа щеки;
  4. T4 – новообразование распространяется на структуры глазницы и/или любую из указанных далее структур: задняя решетчатая или клиновидная пазуха, решетчатая пластинка, мягкое небо, носоглотка,

височная ямка, крыловидная часть верхней челюсти, основание черепа.

- Рак решетчатой пазухи:
- T1 – новообразование находится лишь в зоне пазухи, эрозия кости может быть, может – нет;
- T2 – новообразование прорастает в полость носа;
- T3 – новообразование распространяется на передний отдел глазницы и/или верхнечелюстной синус;
- T4 – новообразование распространяется в область верхушки глазницы, полость черепа, лобную или клиновидную пазухи, на кожу носа.

T0 – первичная опухоль не определяется;

Tx – для оценки первичной опухоли данных недостаточно;

Tis – преинвазивная карцинома;

Nx – для оценки регионарных лимфоузлов недостаточно данных;

N0 – признаки поражения лимфатических узлов отсутствуют;

N1 – на стороне поражения обнаружены метастазы в одном лимфоузле до 3 см в диаметре;

N2 – имеются метастазы в одном или более лимфоузлах на стороне поражения, не более 6 см в диаметре, или двусторонние метастазы в шейный лимфоузлах, или противоположной стороны не более 6 см в диаметре:

- N2a – метастазы в одном лимфоузле на стороне поражения, не более 6 см в диаметре;

- N2b – метастазы в нескольких лимфоузлах на стороне поражения, не более 6 см в диаметре;
- N2c – двусторонние метастазы в лимфоузлах или с противоположной стороны, не более 6 см в диаметре.

N3 – метастазы в лимфоузлах размером более 6 см.

Mx – наличие метастазов в других органах не может быть определено;

M0 – отдаленные метастазы отсутствуют;

M1 – отдаленные метастазы.

Различные комбинации T, N и M определяют 4 стадии злокачественных новообразований полости носа:

Ст. 0 – TisN0M0;

Ст. I – T1N0M0;

Ст. II – T2N0M0;

Ст. III – T1–2N1M0 или T3N0–1M0;

Ст. IVA – T4N0–1M0;

Ст. IVB – ТлюбаяN2–3M0;

Ст. IVC – ТлюбаяNлюбаяM1.

В 75 % случаев злокачественные новообразования полости носа и придаточных его пазух расположены в области гайморовой пазухи, 10–15 % случаев приходится на область полости носа и решетчатый лабиринт, а лобная и клиновидная пазухи поражаются крайне редко – в 1–2 % случаев.

Высокодифференцированные опухоли в 15 % случаев метастазируют в регионарные лимфоузлы.

Низкодифференцированные опухоли дают метастазы как на стороне поражения, так и на противоположной стороне. Крайне редко при злокачественных новообразованиях полости носа диагностируются отдаленные метастазы, обычно локализованные в печени, легких и костях.

Симптоматика заболеваний данной группы чрезвычайно разнообразна и зависит от вида опухоли, ее локализации и размеров.

Ранние стадии болезни, как правило, протекают бессимптомно или со скудной клинической симптоматикой, маскируясь под [хронический ринит](#) или синусит. Затем, по мере роста опухоли, появляются новые проявления заболевания, побуждающие больного обратиться к врачу.

Итак, первыми жалобами больного являются жалобы на умеренные головные боли и боли в области околоносовых пазух, слизистые или слизисто-гнойные выделения из носа, постоянную заложенность носа, возможно, ухудшение обоняния. На данном этапе больному может быть выставлен ошибочный диагноз «хронический риносинусит» и назначено лечение, впоследствии не приносящее эффекта. Иногда больной обращается к врачу только тогда, когда обнаружит на шее или под подбородком увеличенный лимфатический узел. Грамотного врача насторожит этот симптом, и он назначит полное обследование пациента включая биопсию

пораженного лимфоузла с целью определения его клеточного состава.

Остальные симптомы заболевания зависят от того, где локализовано новообразование и какие структуры оно повреждает:

- интенсивные головные боли и боли в области верхней челюсти, иррадиирующие в висок или ухо на стороне поражения, затруднение носового дыхания, серозно-гнойные или же кровянистые выделения из носа свидетельствуют о вовлечении в патологический процесс медиального отдела гайморовой (максиллярной, или верхнечелюстной) пазухи;
- при поражении задненаружного отдела максиллярного синуса, когда опухоль прорастает в жевательные мышцы, больного беспокоят трудности при открывании рта и пережевывании пищи;
- опухоли, локализованные в передненижнем отделе максиллярного синуса, нередко прорастают в твердое небо и ткани верхней челюсти, что клинически проявляется изъязвлением слизистой десен, расшатыванием зубов, мучительной зубной болью; при проникновении опухоли в височно-нижнечелюстной сустав и жевательные мышцы наблюдается сведение челюстей; если новообразование распространяется на мягкие ткани лица, внешне определяются его деформации;
- выпячивание глаза (экзофтальм), его сужение, слезотечение, отечность и инфильтрация нижнего века характеризуют опухоль, расположенную в

области верхнезадневнутреннего отдела гайморовой пазухи;

- опухоли, расположенные в лобных пазухах, протекают с высокоинтенсивными болями в области поражения, деформированием лица по мере роста новообразования, смещением глазного яблока кнаружи и кверху, отеком века – в случае прорастания опухоли в глазницу.

Вкратце рассмотрим отдельные, наиболее часто диагностируемые виды опухолей.

Плоскоклеточный рак полости носа и его придаточных пазух

Составляет от 60 до 70 % всех опухолей данной локализации. Чаще диагностируется у мужчин. Имеет вид плотных очагов, иногда с язвочками, на слизистой оболочке. По мере роста видоизменяется до мягкого бело-серого узла, заполняющего всю полость носа. Как и многие другие опухоли, на ранних стадиях этот вид рака маскируется под хронические синуситы, проявляясь заложенностью носа, выделениями из него слизистого характера, умеренными болями в области поражения. На поздних стадиях появляется выпячивание глазного яблока, припухлость над скуловой костью, расшатывание и выпадение зубов, гиперемия и онемение части лица, его деформация.

Аденокарцинома полости носа

Эта железистая опухоль встречается довольно редко и характеризуется весьма агрессивным течением: быстро растет, рано метастазирует, в конце концов изъязвляется и распадается. Из клинических проявлений,

малохарактерных для других опухолей, следует отметить боль возле глаз, нарушения зрения, чувство давления в ушах и трудности при открывании рта.

Цилиндрома, или аденокистозный рак полости носа

Развивается из слюнных желез слизистой, выстилающей верхнюю челюсть. Поражает полость носа и гайморову пазуху. Имеет вид плотного крупнобугристого новообразования бело-серого цвета. Проявляется упорными головными болями, расшатыванием и болью в зубах, односторонней заложенностью носа, слизисто-гнойными или гнойными выделениями из носа или же носовыми кровотечениями, слезотечением, смещением глазного яблока в направлении от опухоли, ухудшением зрения и ограничением подвижности глазных яблок.

Саркома полости носа

Соединительнотканная опухоль. Достаточно резкое новообразование, чаще диагностируемое у пожилых лиц мужского пола. Представляет собой опухоль округлой формы с четкими контурами и отчасти бугристой поверхностью. Покрыта слизистой. Агрессивна: быстро растет, врастая в орбиту и полость носа. Имеет тенденцию к изъязвлению и распаду. На ранних стадиях проявляется признаками хронического синусита, позднее присоединяются симптомы невралгии тройничного нерва, вздутие костей, деформация носа, смещение глазного яблока в направлении от опухоли, вздутие костей, признаки поражения мозга, симптомы интоксикации, анемия.

## Диагностика злокачественных новообразований полости носа

Диагностический поиск при заболеваниях данной группы должен проводиться отоларингологом по следующему алгоритму:

1. Сбор жалоб больного.
2. Сбор анамнеза заболевания (как давно болеет, как протекает заболевание, обращался ли ранее к врачу, получал ли лечение, какое, эффективно ли оно было) и жизни (наличие хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух, условия жизни и труда, вредные привычки).
3. Осмотр полости носа – передняя и задняя риноскопия – уже на этой стадии может быть обнаружена опухоль.
4. Осмотр полости рта – фарингоскопия.
5. Пальцевое исследование носоглотки.
6. Визуальное исследование носоглотки с помощью специального прибора, фиброскопа – фиброскопия.
7. В процессе фиброскопии – взятие клеток опухоли на исследование – биопсия.
8. Пункция пораженной пазухи с взятием опухолевого материала для исследования.
9. Анализ крови на вирус Эпштейна–Барр – стойкое увеличение титров антител к нему является косвенным признаком злокачественного заболевания полости носа.
10. Рентгенография полости носа и его придаточных пазух.
11. Рентгенография с контрастированием костей лицевого черепа.

12. Магнитно-резонансная и компьютерная томография.
13. Диагностическая гайморотомия – вскрытие гайморовой пазухи с целью уточнения вида и строения опухоли.
14. Рентгенография органов грудной клетки – для обнаружения метастаз.
15. УЗИ органов брюшной полости – также для обнаружения метастаз.

Лечение заболеваний данной группы подбирается индивидуально каждому больному и зависит от гистологического вида опухоли, ее размеров и повреждений, ею вызванных. Обычно используют комбинации химиотерапевтического, лучевого и хирургического методов.

Перед операцией и/или после нее проводится системная и региональная химиотерапия по специальным схемам. Наиболее востребованными в настоящее время являются циклофосфан, метотрексат, препараты группы хлорэтиламинов (Спиразидин, Сарколизин, Допан, Эндоксан) и этиленимины (Тепадина). Регионарная химиотерапия является более эффективной, чем системная, поскольку при проведении ее в очаге поражения создается максимальная концентрация лечебного вещества.

Суть лучевой терапии заключается в локальном применении дистанционной телегамматерапии 40–45 Грэй продолжительностью до 1 месяца. Существуют и новые, современные методы лучевой терапии, одним из которых

является радиохирургическое лечение – кибер-нож. Излучение максимальной силы в данном случае направляется непосредственно в область патологического очага.

Опухоли, диагностированные на 1–2 стадиях, удаляют оперативным путем, предварительно осуществив перевязку сонных артерий, чтобы избежать массивной кровопотери во время операции. После операции проводят общую и регионарную химиотерапию или лучевую терапию.

Опухоли, диагностированные на 3–4 стадиях, удаляют путем экстраназального (с наружным подходом) хирургического вмешательства после предварительной перевязки сонных артерий. Когда опухоль удалили, на место ее локализации наносят клеевую композицию, содержащую цитостатики. Кроме того, перед операцией и после нее больной проходит курсы химио- и лучевой терапии.

Если опухоль проникает в череп, операция проводится с участием как оториноларинголога, так и нейрохирурга. Для создания пути эффективного оттока жидкости устанавливают люмбальный дренаж. После операции больному показан постельный режим, системная антибактериальная терапия, местнодействующие растворы антисептиков (фурацилин) и сосудосуживающих препаратов (Галазолин).

Если следствием операции становятся выраженные косметические дефекты, необходимо последующее использование методов пластической хирургии.

В случае проникновения новообразования глубоко в полость черепа и существенного поражения внутричерепных структур оперативное вмешательство становится невозможным – для лечения таких больных используют лишь методы лучевой и химиотерапии.

Параллельно с вышеуказанными методами с целью достижения максимальной эффективности проводится медикаментозное лечение:

- противоопухолевые антибактериальные препараты (Доксорубицин, Даунорубицин, Эпирубицин);
- антиметаболиты (Азатиоприн, Флударабин, Децитабин);
- антидоты биохимического действия;
- гормоны (Преднизолон, Метилпреднизолон).

Для того чтобы уменьшить токсическое воздействие противоопухолевых препаратов на организм, проводят местную гипотермию.

В течение 1 года после проведенного оперативного лечения возможны рецидивы опухоли. Лечат их либо лучевой терапией, либо различными сочетаниями комбинированной терапии.

## Прогноз

После проведенного комбинированного лечения рака носовой полости и гайморовой пазухи 1–2 стадии порядка 75 % больных живут следующие 5 лет. При более запущенных формах болезни процент снижается в 2–3 раза.

В случае наличия метастазов в лимфоузлах выживают в течение 5 лет лишь 37 % больных.

В случае комбинированного лечения ограниченных опухолей носовой полости пятилетняя выживаемость больных составляет 83–84 %. В случае же распространенных опухолей такое же лечение приводит к трехлетней выживаемости 37 % пациентов.

Если хирургическое вмешательство или лучевая терапия используются в отдельности друг от друга как самостоятельное лечение, выживают в течение 5 лет лишь 18–35 % больных.