

Врачу общей практики,
оториноларингологу,
стоматологу
НЕ ПРОПУСТИ РАК!

Практическое пособие для врачей



Колядич Ж.В.,
доктор медицинских
наук



Жуковец А.Г.,
кандидат
медицинских наук,
доцент



Тризна Н.М.,
кандидат
медицинских наук,
доцент



Кузьмин Е.Н.,
кандидат
медицинских наук

Уважаемые коллеги!

Ранняя диагностика злокачественных опухолей является наиболее трудным и важным звеном в системе противораковой борьбы.

Несмотря на то, что в настоящее время истинные причины возникновения рака полностью не установлены, факты, которыми располагает в настоящее время наука, уже сейчас могут быть рационально использованы для предупреждения развития многих форм рака и борьбы с этим тяжелым заболеванием.

Раннее выявление и диагностика предраковых процессов и злокачественных опухолей головы и шеи по существу решают проблему практической онкологии. Современные методы лечения

(хирургическое, лучевое и комплексное) позволяют обеспечить стойкое клиническое излечение подавляющему большинству больных раком в I стадии и многим из находящихся во II стадии заболевания.

Однако, несмотря на некоторое снижение количества запущенных случаев рака, отмечаемое за последние годы число пациентов с ранними формами заболевания, попадающих на лечение в специализированные лечебные учреждения, увеличивается слишком медленно.

Практика показывает, что врачи общелечебной сети все еще сравнительно мало знакомы с признаками ранних стадий злокачественных новообразований головы и шеи. В их повседневной работе недостаточно проявляется онкологическая настороженность, а подчас недоучитываются широко пропагандируемые рекомендации специалистов-онкологов.

В целях улучшения ранней диагностики опухолей основные усилия следует направить на повышение онкологической грамотности врачей, к которым могут обращаться пациенты с различными патологическими состояниями и заболеваниями органов головы и шеи.

Положение о том, что судьба пациента в значительной мере зависит от онкологической

грамотности и онкологической настороженности первого врача, к которому он обратится, остается в силе и в настоящее время.

Онкологическая грамотность подразумевает:

- Знание фоновой (предраковой) патологии;
- Знание симптомов опухолей ранних стадий;
- Адекватное обследование пациента;
- Быстрое направление к онкологу при подозрении на злокачественное новообразование;
- Привычка в трудных диагностических случаях думать о возможности атипичного течения злокачественной опухоли.
- Онкологическая настороженность практически должна выражаться в следующем:
- При обследовании каждого пациента старше 50 лет с патологическим процессом в области головы и шеи нужно мысленно допустить возможность наличия у него рака. Все дальнейшие исследования следует вести в направлении исключения этого диагноза. Если при этом исключить диагноз «рак» не удастся, то следует через 1–2 месяца повторить обследование;

- Анамнез нужно собирать внимательно и целенаправленно, имея в виду выявление признаков рака того или иного органа. Правильно собранный и критически осмысленный анамнез имеет очень большое значение. Практический врач должен не только вдумчиво анализировать анамнестические данные, но и критически осмысливать данные объективного обследования и дополнительных исследований;
- При подозрении на злокачественную опухоль необходимо осуществлять максимум возможных объективных исследований в срок не более 10–14 дней.

Настоящее пособие составлено группой специалистов-онкологов для практических врачей. В нем кратко изложены общепринятые современные методики обследования пациентов при подозрении на злокачественную опухоль головы и шеи. Рекомендации по проведению обследования рассчитаны на обнаружение, возможно более ранних стадий злокачественной опухоли и предраковых заболеваний, так как только своевременно проведенные лечебные мероприятия могут способствовать излечению или предупреждению развития рака.

Следует помнить, что отвергнуть диагноз «рак» столь же ответственное дело, как и подтвердить его, поэтому врач должен использовать все имеющиеся в его руках возможности для обнаружения рака. Обследование пациента можно прекратить только тогда, когда есть абсолютная уверенность в отрицательном диагнозе. При малейшем сомнении следует оставить пациента под наблюдением и через некоторое время повторить все исследования.

При написании пособия мы стремились ограничиться изложением главным образом методики объективного обследования. Однако в ряде разделов мы сочли необходимым привести некоторые данные из симптоматиологии, полагая, что это может навести врача на мысль о начинающемся злокачественном процессе и подсказать ему необходимость соответствующего инструментально-лабораторного обследования пациента в соответствующем направлении.

Авторы.

СОДЕРЖАНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	9
КЛАССИФИКАЦИЯ	16
ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ	21
Опрос пациента.....	22
Анамнез заболевания.....	26
Экзогенные предрасполагающие факторы	27
Эндогенные предрасполагающие факторы	29
Правила осмотра пациента.....	31
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕИ	37
Липома	39
Неврогенные опухоли	39
Хемодектома	40
Саркомы	40
Поражение лимфатических узлов при лимфопрولیферативных заболеваниях	41
Метастазы	42
Обследование полости рта.....	47

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ	51
● ГУБА.....	52
Предопухолевые процессы	52
Рак.....	56
● ПОЛОСТЬ РТА	60
Предопухолевые заболевания.....	60
Рак.....	66
● НОСОГЛОТКА	69
● ПОЛОСТЬ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ	71
● РОТОГЛОТКА	74
Рак небной миндалины.....	74
Рак корня языка	76
Рак мягкого неба	77
Рак гортаноглотки	78
● ГОРТАНЬ	80
Предопухолевые процессы	80
Рак	83

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Наиболее часто злокачественные опухоли головы и шеи поражают:

- губу и полость рта;
- глотку: ротоглотка, носоглотка, гортаноглотка;

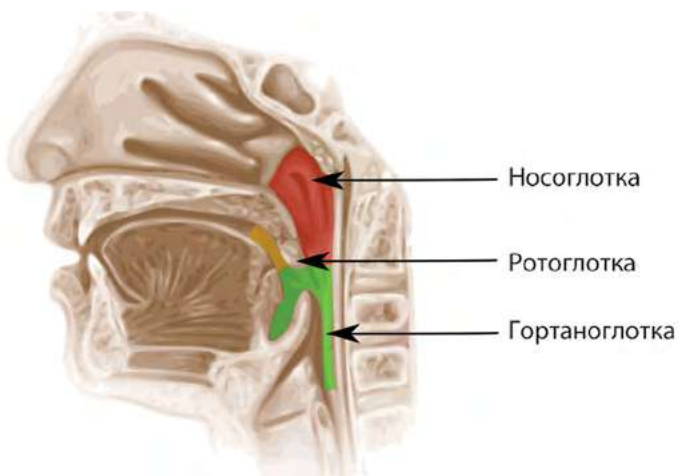


Рисунок 1. Глотка

- гортань:
 - надскладочный отдел,
 - средний отдел (область голосовых складок),
 - подскладочный отдел;



Рисунок 2. Гортань

- полость носа и околоносовые пазухи;

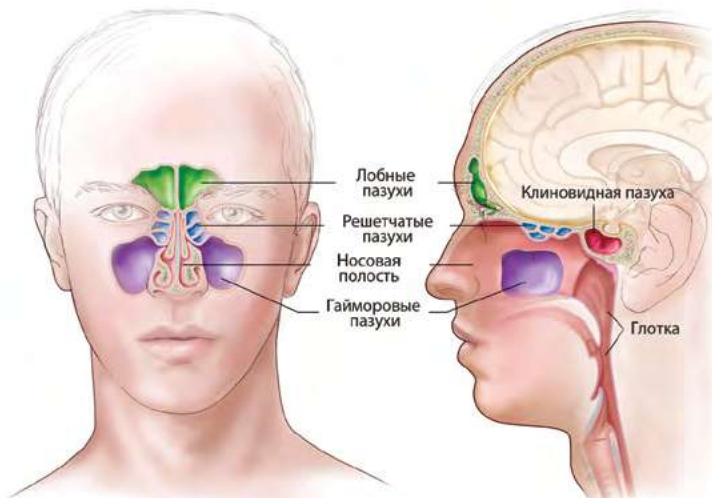


Рисунок 3. Околоносовые пазухи

- слюнные железы;
- щитовидную железу.

Очень часто в опухолевый процесс вовлекаются шейные лимфатические узлы, как вследствие метастазирования собственно опухолей головы и шеи, так рака других локализаций (пищевод, желудок, легкое, молочная железы и др.).

Из-за разнообразия локализаций опухолей и тканей, из которых они происходят, новообразования кардинально различаются особенностями опухолевого роста и метастазирования, симптомами заболевания.

Одной из общих особенностей клинического течения большинства злокачественных опухолей головы и шеи является высокий риск развития локорегионарных рецидивов и метастазов в шейных лимфоузлах (до 80%) и новых опухолей, которые наблюдаются не менее чем у 20% пациентов.

Отдаленные метастазы наиболее часто развиваются на фоне распространенного заболевания и обычно локализуются в легких, костях, печени.

По данным канцер-регистра Республики Беларусь, прирост злокачественных новообразований полости рта и глотки за последние десять лет составил 42,3%, гортани – 14,6%.

В 2018 г. рак полости рта и глотки занял 6-е место в общей структуре заболеваемости населения Беларуси (5,9%), рак гортани – 9-е место (2,6%).

Смертность от злокачественных новообразований губы, полости рта и глотки среди пациентов трудоспособного возраста в Республике Беларусь в 2018 г. составила 52,2%.

Удельный вес злокачественных новообразований полости рта и глотки среди лиц мужского пола трудоспособного возраста в 2018 г. составил 9,8% (3-е место).

В 2018 г. частота диагностики новообразований полости рта в 3–4-й стадии составила более 65%.



**В течение года после
установления диагноза
«злокачественные
новообразования полости рта и
глотки» умирают 37,2% пациентов!**

В 2018 г. рак гортани занял 1-е место в общей структуре заболеваемости мужского населения Беларуси среди опухолей с локализацией в области головы и шеи.

Удельный вес злокачественных новообразований гортани среди лиц мужского пола трудоспособного возраста в 2018 г. составил 3,6% (7-е место). Из них 4-я стадия заболевания установлена у 23,3%.



**В течение года после
установления диагноза
«злокачественные
новообразования гортани»
умирают 22,4% пациентов!**

Частота выявления злокачественных новообразований гортани в 3–4-й стадии составила 51%. Одногодичная летальность при данной локализации составила 17,5% (для всех стадий), в то время как пятилетняя выживаемость при 1–2-й стадии заболевания составила 75,0%.



Около 65% злокачественных опухолей полости рта и глотки выявляется в поздних стадиях.



Причиной поздней диагностики является:

- низкая санитарная культура населения,
- поздняя обращаемость к врачам,
- скрытое и атипичное течение болезни,
- ошибки в диагностике и тактике диспансерного наблюдения.

Важными аспектами своевременного выявления злокачественного новообразования являются онкологическая настороженность и применение рациональной диагностической тактики при обследовании пациентов.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Знать симптомы предраковых заболеваний, а также злокачественных опухолей в ранних стадиях.

Тщательно обследовать всех обращающихся к врачам любого профиля для выявления возможного онкологического заболевания.

Знать систему организации помощи онкологическим пациентам, порядок направления онкологического пациента или пациента с подозрением на злокачественную опухоль в специализированное онкологическое учреждение.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Опухоль (син.: новообразование, tumor, neoplasma, blastoma) – патологический процесс, представленный новообразованной тканью и характеризующийся прогрессирующей пролиферацией с нарушением дифференцировки клеток, которая обусловлена изменениями в генетическом аппарате (мутациями). Опухоль возникает с появления небольшой группы атипичных клеток, за счет размножения которых происходит ее рост.

По характеру роста (клиническому течению) различают:

- доброкачественные опухоли – по своей структуре напоминают ткань, из которой они происходят (эпителиальная, жировая, мышечная и др. ткани). Клинически доброкачественные опухоли характеризуются медленным экспансивным ростом, способны отодвигать, сдвигать или (реже) сдавливать окружающие ткани, но никогда не проникают в них (как правило, доброкачественные опухоли образуют четкие границы) и не метастазируют;

- злокачественные опухоли – отличаются от доброкачественных инвазивным ростом (инфильтрируют и разрушают окружающие ткани), а также склонностью к метастазированию – образованию (путем прорастания в лимфатические и кровеносные сосуды и распространения опухолевых клеток с током лимфы и крови, а также имплантации по ходу полых органов) отдаленных от первичного очага вторичных опухолевых очагов (метастазов). По темпам роста большинство злокачественных опухолей превосходит доброкачественные. Клетки злокачественных опухолей претерпевают значительные изменения, ведущие к полной утрате контроля над делением и дифференцировкой. По степени дифференцировки различают высоко-, средне-, мало- и недифференцированные опухоли;
- местнодеструктирующие опухоли имеют отдельные черты злокачественных новообразований, способны к инвазивному росту или являются угрозой для жизни пациента вследствие поражения жизненно важных структур в зависимости от локализации.

Гистологическая классификация:

- опухоли из эпителиальных тканей;
- соединительнотканые опухоли;
- опухоли из гемопоэтической ткани;
- опухоли из эндотелия;
- опухоли из нервной ткани;
- опухоли из клеток APUD–системы;
- опухоли из эмбриональных остатков.

Для характеристики распространенности опухолевого процесса используется **классификация TNM.**

В основу Международной классификации злокачественных опухолей по TNM/pTNM положено определение 3 компонентов анатомической распространенности опухолевого поражения:

- местного распространения злокачественной опухоли (**T** – tumor);
- метастазирования в регионарные лимфатические узлы (**N** – nodul);
- метастазирования в отдаленные органы и ткани (**M** – metastas).

После определения T, N, M и (или) pT, pN и pM категорий может быть выполнена группировка по стадиям.

Группировка по стадиям для опухолей головы и шеи*

I стадия	$T_1 N_0 M_0$
II стадия	$T_2 N_0 M_0$
III стадия	$T_3 N_0 M_0$
	$T_{1-3} N_1 M_0$
IV стадия	$T_4 N_{\text{любая}} M_0$ $T_{\text{любая}} N_{2-3} M_0$ $T_{\text{любая}} N_{\text{любая}} M_1$

Примечание: * для опухолей носоглотки и щитовидной железы имеется своя классификация TNM.



Степень распространения опухолевого процесса по системе TNM или по стадиям устанавливается один раз до начала специального лечения и должна оставаться в медицинской документации без изменений.

Для учета онкологических пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению, принято разделение на **4 клинические группы**:

IA – пациенты с заболеванием, похожим на злокачественное образование;

IB – пациенты с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями;

II – пациенты со злокачественными опухолями, подлежащие специальному лечению;

III – лица, излеченные от злокачественных новообразований (практически здоровые люди);

IV – пациенты с запущенной формой заболевания, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Диагноз «злокачественная опухоль» у пациентов IA клинической группы должен быть подтвержден или отвергнут на основании морфологического исследования в течение 2 недель.

Пациенты IB клинической группы подлежат лечению и диспансерному наблюдению.

ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Диагностика любой опухоли складывается из целого комплекса методов, приемов и организационных решений, цель которых не только установить диагноз, выявить различные функциональные нарушения и сопутствующие заболевания, но и выбрать рациональную схему лечения.

Различают следующие уровни диагностики злокачественных опухолей:

- ранняя диагностика – выявление опухоли на начальных этапах развития (например, carcinoma in situ), когда всегда возможно полное излечение;
- своевременная диагностика – обнаружение злокачественной опухоли в I–II стадиях (T1-2N0M0), когда выполнимо радикальное лечение, и, соответственно, прогноз – благоприятный;
- поздняя (несвоевременная) диагностика – обнаружение злокачественной опухоли, соответствующей T3-4 в сочетании регионарными метастазами (N2-3) или меньшей распространенности, но с отдаленными метастазами (M1), что делает сомнительным или невозможным полное излечение.

Диагностика опухолей включает следующие этапы:

- предположение о возможности наличия у пациента злокачественной опухоли на основании жалоб и осмотра пациента;
- установление диагноза «злокачественное заболевание»;
- уточнение распространенности опухоли в организме.

Опрос пациента

При предъявлении жалоб пациента на припухлость или опухолевидное образование в области головы и шеи, необходимо уточнить сроки его появления и темп роста, имеют ли место при этом болевые ощущения, нарушение функций органов головы и шеи.

При опросе пациента с подозрением на злокачественное новообразование необходимо также уточнить наличие следующих жалоб:

- Носовое дыхание:
 - заложенность носа,
 - затруднение дыхания через нос,
 - болевые ощущения,

- выделения из носа:
 - характер,
 - количество,
 - кровотечения.
- Кашель:
 - периодичность,
 - частота,
 - продолжительность,
 - время появления;
 - интенсивность:
 - слабый,
 - умеренный,
 - сильный;
 - характер:
 - лающий,
 - грубый,
 - громкий,
 - сильный,
 - с отделением мокроты или нет (влажный или сухой).

- Мокрота:
 - серозная,
 - слизистая,
 - гнойная,
 - кровянистая,
 - вязкая.
- Одышка:
 - периодическая или постоянная;
 - характер:
 - инспираторная,
 - экспираторная,
 - смешанная;
 - связь с физической нагрузкой, с изменением положения тела, окружающей средой.
- Удушье:
 - время появления,
 - длительность приступа;
 - приступ купируется:
 - изменением положения тела,
 - прекращением физической нагрузки,
 - медикаментозными средствами.

- Боль, шум в ушах, снижение слуха, выделения, зуд в наружном слуховом проходе.
- Боль, в глотке, першение, зуд, чувство «комка», «инородного тела», затрудненное глотание, кашель.
- Изменение голоса (охриплость, осиплость, афония), кашель, боль, чувство «инородного тела».
- Затруднённое дыхание.
- Потеря веса: снижение более 10 кг за последние 6 месяцев.
- Слюноотделение:
 - усиленное (гиперсаливация),
 - недостаточное (ксеростомия).
- Затрудненное открывание рта, боли при жевании.
- Глотание:
 - свободное,
 - затрудненное,
 - болезненное при употреблении жидкой, твердой пищи.
- Прогрессирующее расстройство зрения: значительно снижено, незначительно снижено, мелькание «мушек» перед

глазами, диплопия, выпадение полей зрения, ограничение подвижности глазного яблока, сухость или слезотечение.

- Расстройство обоняния: снижено, отсутствует, обострено.
- Нарушение чувствительности кожи: локализация, характер (гиперестезия, гипостезия, анестезия), кожный зуд.

Анамнез заболевания



Злокачественные опухоли головы и шеи, как правило, развиваются в результате трансформации предопухолевых заболеваний.

К предрасполагающим факторам развития злокачественных новообразований данной локализации, на которые следует обратить внимание при сборе анамнеза жизни и заболевания, относятся ниже перечисленные экзогенные и эндогенные факторы.

Экзогенные предрасполагающие факторы

- Физические факторы
 - Механическая травма слизистых оболочек: аномалии прикуса, неправильное положение отдельных зубов, некачественно изготовленные реставрации и протезы, вредные привычки (удерживание во рту карандаша, ручки, гвоздей и т.д.).
 - Хроническая термическая травма: горячая пища, многократное воздействие повышенных температур при курении: прижигание губ сигаретой, горячий воздух при работе на некоторых предприятиях.
 - Метеорологические факторы: воздействие солнечных лучей и ветра.
- Ионизирующее излучение: ранее проведенная лучевая терапия по поводу опухолей головы и шеи.
- Химические факторы
 - Бытовые химические раздражители: табакокурение, высококонцентрированные растворы

этилового спирта (алкоголь), негашеная известь (бетель). Тесная связь курения и рака прежде всего обусловлена образующимися при сгорании табака химическими веществами, получившими название канцерогенов. При курении их обнаружено свыше 1,5 десятков. Наиболее активные из них – бензпирен, бензантрацен, а также трехокись мышьяка и радиоактивный полоний.

- Производственные раздражители: производные бензола, щелочи, кислоты в виде паров и аэрозолей, работа с древесной пылью, никелевыми рудами, лаками, нефтепродуктами, сажой, фенольными смолами.
- Биологические факторы
 - Микроорганизмы факультативно или облигатно патогенные для человека: вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус Эпштейна-Барр, дрожжеподобные грибы и др., вызывающие усиление ороговения слизистой оболочки полости рта.

Эндогенные предрасполагающие факторы

- Анатомо-физиологические предпосылки: склонность слизистой оболочки полости рта к повышенному ороговению, которая усиливается с возрастом.
- Заболевания желудочно-кишечного тракта: при которых могут развиваться пара- или гиперкератозы слизистой оболочки полости рта.
- Хронические и воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта: системная красная волчанка, красный плоский лишай и др.



Анамнез онкологического заболевания характеризуется:

- **постоянным нарастанием симптоматики;**
- **временным, нестойким эффектом от пробного лечения;**
- **взаимосвязью с возможным действием канцерогенов.**

Следует насторожиться при смене привычных для пациента симптомов хронического заболевания, которые могут быть связаны с трансформацией в злокачественную опухоль.

Правила осмотра пациента

1. Внешний осмотр

- Асимметрия лица за счет припухлости, опухолевидных образований, дефектов и деформаций лицевого скелета и мягких тканей лица,
- Наличие свищей, рубцов, язв на коже.
- Симптомы поражения черепно-мозговых нервов (парезы и параличи мимической мускулатуры).
- Подвижность и расположение глазных яблок.
- Припухлость и опухолевидное образование:
 - локализация;
 - размер в сантиметрах;
 - консистенция (мягкое, мягко-эластичное, плотно-эластичное, плотное);
 - форма и очертания (гладкая, бугристая, плоская; с четкими или нечеткими контурами; экзофит, язва, инфильтрат);
 - болезненность (безболезненное, слабо или умеренно выраженная болезненность, сильная боль, боль при пальпации);

- смещаемость (смещаемое, ограниченно смещаемое, несмещаемое);
- спаянность с окружающими тканями (кожей, хрящом, костью).

2. Пальпация шеи.

Последовательно исследуются околоушные, затылочные, поднижнечелюстные, подбородочные области, верхние, средние и нижние трети боковых треугольников шеи, щитовидная железа, с обязательным сравнением симметричных участков.

Регионарные лимфатические узлы: не увеличены, увеличены (с указанием группы увеличенных лимфоузлов), размеры, форма (овоидная, округлая, конгломерат), консистенция (эластическая, плотно-эластическая, плотная), болезненность, подвижность, спаянность между собой и окружающими тканями, изменения кожи над ними (покраснение, изъязвление, свищ).

3. Пальпация мягких тканей лица и костей лицевого черепа.

Уточнение границ, определение болезненности, консистенции опухолевидного образования, подвижность и спаянность с подлежащими тканями. Сравнительное пальпаторное исследование костей лицевого скелета позволяет установить их деформацию.

КАК ДЕЛАТЬ?

Пальпация шейных и надключичных лимфатических узлов осуществляется в положении пациента стоя или сидя. При этом медицинский работник становится позади пациента. Пальпацию проводит двумя руками, при этом четырьмя пальцами каждой руки исследует шейную и надключичную области, а большие пальцы рук располагаются на боковых поверхностях шеи.

Пальпируют область околоушных, пред-ушных, зачелюстных поднижнечелюстных, подподбородочных и шейных лимфатических узлов, расположенных по ходу сосудисто-нервного пучка шеи, надключичные лимфатические узлы.

Сравнительная пальпация лимфатических узлов должна начинаться на интактной стороне. Оценивается их болезненность, плотность, смещаемость, количество.

В норме могут определяться мелкие лимфатические узлы эластической консистенции (размерами до 1,5 см овоидной формы).

В ряде случаев увеличение лимфатических узлов может быть проявлением лимфом или лейкозов.

Увеличенные, плотной консистенции лимфатические узлы в надключичной области могут наблюдаться также при раке желудка (Вирховский метастаз), органов репродуктивной системы, молочной железы, пищевода, легкого.

Лимфатические узлы являются барьером лимфогенного пути распространения злокачественного процесса, но не ограничивают его распространение.

В зависимости от локализации первичной опухоли лимфооток и метастазирование осуществляется через лимфоузлы соответствующего уровня (рисунок 4, таблица 1).

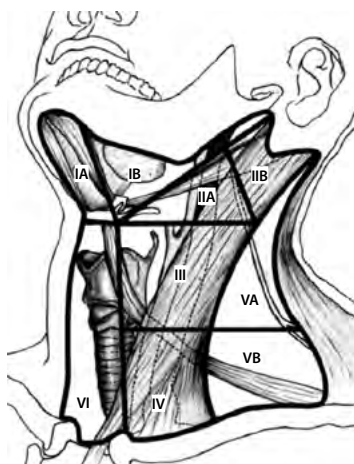


Рисунок 4
Лимфатические узлы шеи

Таблица 1
Лимфатический дренаж в зависимости от локализации
первичной опухоли

Уровень	Локализация первичной опухоли
Уровень I IA Подподбородочный	Нижняя губа, щека, передние отделы полости рта (включая переднюю треть языка и дно полости рта)
IB Подчелюстной	Верхняя и нижняя губа, тело языка, дно рта, кожа лица
Уровень II II A Группа лимфоузлов, лежащих перед добавочным нервом	Полость рта и гортань
II B Группа лимфоузлов, лежащих перед добавочным нервом	Ротоглотка (включая мягкое небо, корень языка и грушевидный синус)

Уровень III	Гортань, гортаноглотка, щитовидная железа
Уровень IV	Гортань, гортаноглотка, щитовидная железа, трахея, шейный отдел пищевода
Уровень V VA Группа лимфоузлов по ходу нижней половины добавочного нерва и выше уровня нижнего края перстневидного хряща	Носоглотка, щитовидная железа, околоносовые пазухи, задние отделы кожи волосистой части головы
VB Поперечные шейные и надключичные лимфоузлы	Верхние отделы дыхательных путей, ЖКТ, молочные железы, отдаленные метастазы опухолей мочеполовой системы и женской половой сферы

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НОВООБРАЗОВАНИЙ ШЕИ

Появившаяся опухоль на шее может сигнализировать о развитии большого количества заболеваний разного происхождения. Тщательный сбор анамнеза, внимательный осмотр и пальпация шеи позволяют сформировать краткий список заболеваний для дифференциального диагноза объемных образований шеи (злокачественные опухоли и метастазы в лимфатических узлах, специфические и неспецифические лимфадениты, кисты, доброкачественные и дисэмбриональные опухоли).

При первичном обращении пациента следует уточнить длительность существования объемного образования на шее. Так, наличие болезненного узла в течение 7–10 дней обычно свидетельствует о развитии лимфаденита вследствие воспалительного процесса в области полости рта, глотки и зубов (наиболее частая причина увеличения лимфатических узлов на шее).

Если длительно существующее образование появилось в детстве или молодом возрасте следует исключить врожденную патологию.

При увеличивающемся объемном образовании, появившемся более 3 мес. назад, в первую очередь, следует исключить опухоль или метастазы.

При определении тактики и объема обследования можно учитывать правило возраста, которое позволяет в общих чертах предположить вероятность развития той или иной патологии.

- Возраст < 20 лет: воспаление > врожденная патология > опухоль
- Возраст > 40 лет: опухоль > воспаление > врожденная патология

У лиц старше 40 лет объемное образование на шее примерно в 80% случаев является опухолью, из них в 80% – злокачественной опухолью, из них в 80% – метастазом в лимфатических узлах.

Для того чтобы точно определить вид новообразования и его основную причину возникновения, необходимо пройти комплексное диагностическое обследование.

Липома

Опухоль образуется из жировой ткани. Наиболее часто она располагается в подкожной клетчатке. Иногда встречаются множественные липомы (липоматоз). Опухоль характеризуется мягкой консистенцией. Она не спаяна с кожей и подвижна по отношению к окружающим тканям. Рост липом медленный (годы). Размеры опухоли различные, иногда довольно значительные.

Неврогенные опухоли

Локализуются по ходу нервных стволов на шее. В 90% случаев опухоль представлена одиночным медленно растущим (годы), плотным, четко ограниченным, веретенообразной или округлой формы узловым новообразованием, располагающиеся по ходу нервного ствола. Для невринома характерно длительное бессимптомное течение. Иногда может отмечаться болезненность при пальпации с иррадиацией болевых ощущений и парестезий по ходу разветвления нерва на периферии.

ХеMODEKтoмa

Опухоль, исходящая из клеток каротидных гломусов. Опухоль может оставаться бессимптомной в течение многих лет. Обычно первым симптомом является появление эластичного, пульсирующего смещаемого в горизонтальном направлении новообразования на уровне или чуть выше бифуркации общей сонной артерии. Развитие общих симптомов связано с раздражающим действием хеMODEKтoмы на синокаротидный узел и продукцией опухолью катехоламинов. Пациенты могут предъявлять жалобы на частые головные боли, головокружение и кризовые подъемы артериального давления.

Саркoмы

Развиваются в толще мягких тканей шеи. На начальном этапе развития саркомы могут расти в виде плотного узла, сохраняя ограниченную подвижность. Обычно саркомы относительно длительно не влияют на общее состояние пациента даже при их больших размерах. Кожа над опухолью обычно изъязвляется поздно.

Поражение лимфатических узлов при лимфопролиферативных заболеваниях

Поражение лимфатических узлов шеи весьма часто наблюдается при лимфомах и хроническом лимфолейкозе. В начальной стадии заболевания лимфатический узел или группа узлов имеют эластическую консистенцию и не слишком большой размер. В дальнейшем образуется единый конгломерат, состоящий из узлов различной плотности, не спаянных между собой и с кожей. Процесс нередко локализуется на шее с двух сторон. Пораженные опухолью лимфатические узлы довольно длительное время остаются безболезненными.

Пациенты нередко отмечают: общую слабость, потливость, кожный зуд, повышение температуры и потерю массы тела. Клиническая картина во многом зависит от формы, распространённости и индивидуального течения заболевания, поэтому описанная симптоматика может иметь размытый характер или отсутствовать (в начальном периоде). Нередко одновременно с увеличением шейных может наблюдаться поражение подмышечных, паховых, медиастинальных и забрюшинных лимфатических узлов.

Метастазы

Самое частое злокачественное поражение лимфатических узлов шеи.

Наиболее часто источником метастазов является плоскоклеточный рак головы и шеи.

Метастазы могут быть одиночными и множественными, односторонними и двусторонними.

По мере роста метастаза(-ов) контуры лимфатических узлов стираются, опухоль инфильтрирует окружающие ткани, возможно также слияние нескольких пораженных узлов в единый конгломерат. В дальнейшем они спаиваются с кожей, которая приобретает синюшный оттенок, истончается и изъязвляется.

Нередко метастазы в шейных лимфатических узлах являются первым клиническим проявлением рака щитовидной железы и носоглотки.

Наряду со злокачественными образованиями головы и шеи метастазы в лимфатических узлах могут выявляться при раке других локализаций (пищевод, желудок, легкое, молочная железы и др.), что свидетельствует о четвертой стадии заболевания.

КАК ДЕЛАТЬ?

Пальпация шеи осуществляется в двух позициях:

1. Врач стоит или сидит лицом к пациенту, как правило, так осуществляется поверхностная пальпация передних отделов шеи, подчелюстных и надключичных областей. Это позволяет уточнить локализацию, объем, форму, консистенцию новообразования, а также определить его соотношение с основанием черепа, сосудисто-нервными пучками шеи и позвоночником.
2. Пациент усаживается на стул, и врач пальпирует шею зайдя со стороны спины. Так становятся доступными более глубокому обследованию глубокие лимфатические узлы яремной цепочки и надключичной области.

Форма нормальных лимфатических узлов обычно бобовидная. Длина их варьирует от 1 мм до 20 мм. В норме лишь небольшая их часть определяется при пальпации:

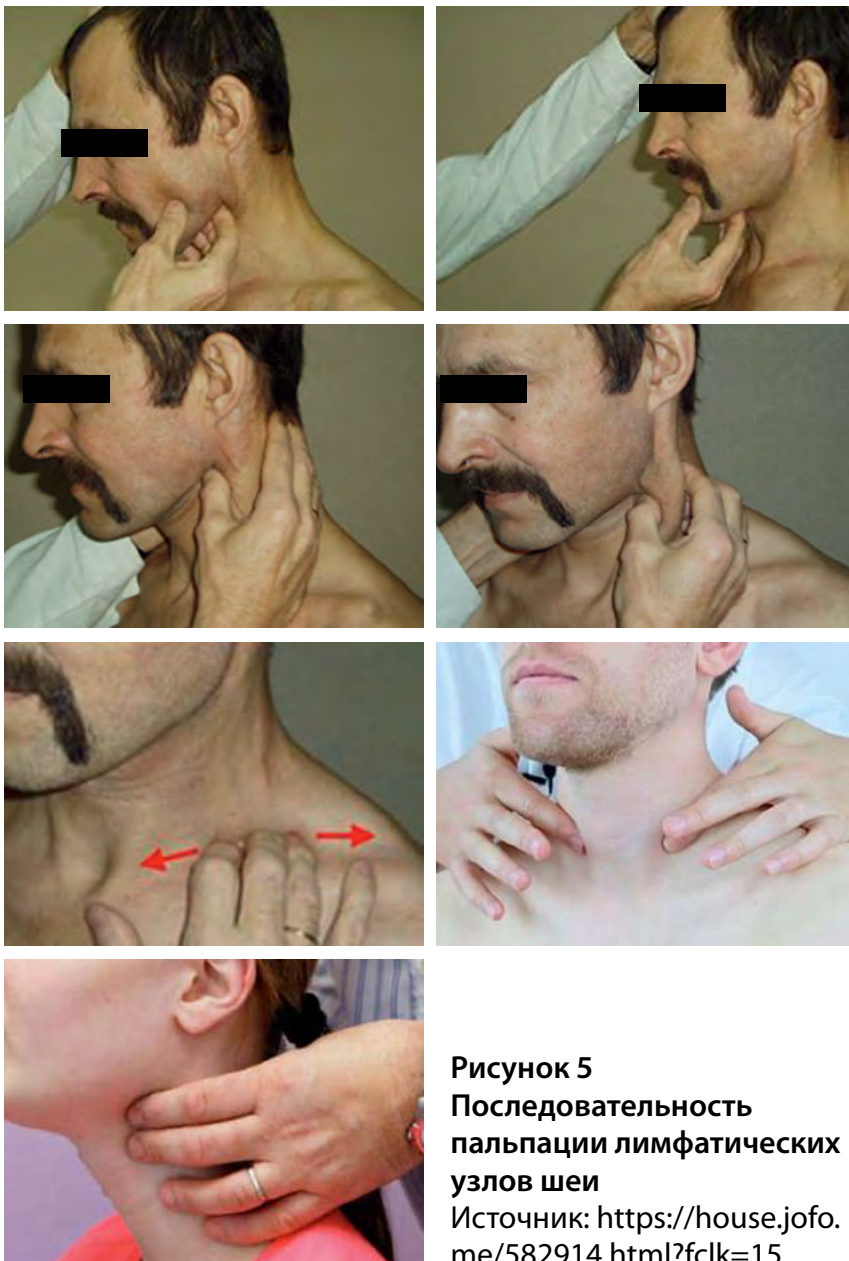
- поднижнечелюстные по 1–3 с обеих сторон (от 0,3 мм до 10 мм), редко 1–2 подподбородочных (до 5 мм);
- поверхностные шейные в виде цепочек по заднему краю кивательных мышц (до 5 мм); яремные – обычно одиночные (до 10 мм).



При остром воспалительном процессе лимфоузлы увеличены, болезненны, при абсцедировании в центре определяется очаг флюктуации.

Метастазы в лимфатических узлах шеи приводят к изменению формы, размеров, структуры и экзогенности узлов.

Если лимфатический узел приобретает округлую форму, то велика вероятность его злокачественного поражения.



Как правило, после осмотра (с учетом анамнеза) полученные данные позволяют ориентироваться в назначении дальнейшего обследования.

При подозрении на опухолевое поражение, особенно при подозрении на метастазы в лимфатических узлах шеи, необходим тщательный осмотр ротоглотки, глотки, носоглотки, гортани.

Ультразвуковое исследование и пункционная биопсия новообразования, которую лучше выполнять после ультразвукового исследования шеи или под его контролем, в большинстве случаев позволяет установить природу заболевания.



У пациентов в возрасте старше 40 лет любую опухоль на шее нужно расценивать как злокачественную, пока не будет доказано обратное!

Обследование полости рта

Открытие рта в норме должно быть свободное и безболезненное, на 5 см или три поперечника II–IV пальцев, введенных между центральными резцами.

Нарушение открывания рта при опухолях полости рта и глотки свидетельствует о распространении процесса на крыловидные мышцы.

Различают 3 степени ограничения открывания рта:

- I (легкая) – раскрывание рта на 2 пальца в поперечнике;
- II (средней тяжести) – раскрывание рта на 1 палец в поперечнике;
- III (тяжелая) – зубные ряды сомкнуты настолько, что между ними трудно ввести стоматологическое зеркало или шпатель.

Запах изо рта может быть кислым, гнилостным, аммиачным и др. Неприятный запах (галитоз) может быть обусловлен распадом опухоли, заболеваниями зубов, десен, пищевода (рак, дивертикулы), желудка (рак, гастрит), легких (абсцессы).

Исследование преддверия полости рта начинают с осмотра красной каймы губ, слизистой оболочки губ, щек, десен, уздечек

губ и языка. При этом обращают внимание на окраску (гиперемия, бледность, цианоз, пигментация), степень увлажненности слизистой оболочки, наличие афт, эрозии, трещин, опухолей.

Исследование собственно полости рта следует проводить при хорошем освещении.

Осматривают слизистую оболочку, покрывающую язычную поверхность альвеолярного отростка нижней челюсти, десневого края и дна полости рта. При обнаружении язв и опухолей акцентируют внимание на состоянии краев патологического очага и окружающей слизистой оболочки, плотность, наличие грануляций, эпителизации, фибринового налета.

Исследуют подъязычные валики, располагающиеся по обе стороны от средней линии нижней поверхности языка, под слизистым слоем которых находятся подъязычные слюнные железы.

Далее осматривают челюстно-язычные желобки (углубление между подъязычным валиком и языком). Для этого шпателем оттесняют боковую поверхность языка в области корня к средней линии.

Заканчивается исследование челюстно-язычных желобков пальпацией.

Затем осуществляют осмотр ретромолярного пространства (участок слизистой оболочки полости рта позади третьих моляров у основания ветви нижней челюсти).

При осмотре слизистой оболочки, покрывающей верхнюю челюсть, обращают внимание на ее состояние, наличие опухолей, язв, деформаций альвеолярного отростка и твердого неба. При обнаружении свища следует выяснить его связь с верхнечелюстной пазухой, полостью носа.

Исследуя глотку, необходимо осмотреть мягкое небо (небный язычок, небно-язычные и небно-глочные дужки), небные миндалины (гипертрофия или атрофия миндалин, наличие налетов, некрозов).

При обследовании пациентов следует определить степень подвижности мягкого неба, наличие деформации, опухолей.

Исследование языка начинается с осмотра его спинки, боковых поверхностей и поверхности, обращенной ко дну полости рта, обращая внимание на форму языка, состояние слизистой оболочки, ее цвет, степень влажности, выраженность сосочков, наличие налета, трещин, язв, отпечатков зубов, отклонение языка в сторону при высывании. Для того, чтобы выполнить пальпацию языка, его кончик захватывают марлевой салфеткой и выдвигают вперед.

Заканчивают обследование полости рта бимануальной пальпацией тканей дна полости рта и корня языка, подчелюстных и подподбородочной областей.

ЧТО ДЕЛАТЬ?

Заподозрив опухоль или предраковый процесс, направить пациента:

- к врачу-оториноларингологу амбулаторно-поликлинического учреждения городского или районного уровня на углубленное обследование (поражение слизистой полости носа, небных миндалин, гортани, мягкого неба, гортаноглотки)
- к врачу хирургу-стоматологу (поражение языка, слизистой полости рта, губы).

В задачу врача общей практики не входит установление точного диагноза заболевания.

Окончательный диагноз может быть установлен только при морфологическом исследовании.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Предопухолевые заболевания – неспецифические изменения в органах и тканях, которые способствуют возникновению рака, но генетически с ним не связаны (клинические изменения, характеризующие латентный период онкогенеза).

Делятся на две группы:

- облигатные предопухолевые заболевания – патологические процессы, которые почти неизбежно трансформируются в злокачественную опухоль;
- факультативные предопухолевые заболевания – вероятность злокачественного превращения не столь велика, а в случае устранения канцерогенного воздействия может наблюдаться обратное развитие патологического процесса.

● ГУБА

Предопухолевые процессы



Более чем в половине случаев рак губы развивается на фоне предопухолевых процессов.

Ограниченный дискератоз (локализованный)

Проявляется в продуктивной и деструктивной формах.

Очаги локализованного дискератоза могут возникать на фоне диффузного дискератоза губы.

Продуктивный очаговый дискератоз характеризуется чрезмерным ороговением, которое проявляется ограниченным утолщением эпителия на границе кожи и красной каймы губы, формированием шероховатого роговой консистенции возвышения.

Деструктивная форма отличается тем, что на красной кайме губы появляются ограниченные дефекты эпителиального покрова – эрозии, язвы, трещины.

Озлокачествление дискератоза может произойти спустя 6 месяцев после начала заболевания.

Развитие плоскоклеточного рака на фоне этих образований нелегко определить клинически и истинный характер процесса может выявить только гистологическое исследование.



Рисунок 6
Продуктивная
форма
дискератоза



Рисунок 7
Деструктивная
форма
дискератоза

Абразивный преканцерозный хейлит Манганотти

Клинические проявления характеризуются образованием на губе эрозии размерами 0,5–1 см, часто с гладкой, как бы полированной поверхностью насыщенно-красного цвета.

Обычно имеет место одиночный очаг поражения.

На поверхности эрозии могут образовываться корочки в виде напластований. Уплотнения тканей в основании и вокруг эрозии нет.

Возможна спонтанная эпителизация с последующими рецидивами.

Озлокачествление может наступить в широком временном диапазоне от 3 месяцев до 30 лет после начала заболевания.



Рисунок 8
Хейлит
Манганотти

Папиллома (простая или с ороговением)

Это обычно четко ограниченное доброкачественное новообразование, представляющее собой разрастание сосочков соединительной ткани, покрытых гиперплазированным эпителием, с явлениями гипер- и паракератоза.

Поверхность папилломы ворсинчатая или шероховатая и иногда покрыта роговыми массами.

При наличии выраженных процессов ороговения папилломы имеют серовато-белый цвет.

Косвенными признаками трансформации в рак являются: усиление процессов ороговения на поверхности и появление инфильтрата в области основания папилломы.



Рисунок 9
Папиллома
красной каймы
нижней губы

Хронические язвы и трещины нижней губы

Рассматриваются в качестве фоновой патологии. В случае отсутствия положительного эффекта от консервативного лечения в течение 2–3 недель проводится цитологическое исследование отпечатков или биопсия.



Рисунок 10
Хроническая
трещина
нижней губы

Рак

Рак губы – злокачественные опухоли, которые возникают в области слизистой оболочки красной каймы губы.

Новообразования, развившиеся на коже рядом с губой или слизистой преддверия рта, в эту группу опухолей не включаются.

Наиболее часто рак нижней губы наблюдается у мужчин старше 70 лет.

Рак наиболее часто ($\approx 95\%$) поражает нижнюю губу, видимую часть красной каймы на середине расстояния между средней линией и комиссурой губ.

Рак нижней губы метастазирует преимущественно в подчелюстные (60%), поверхностные и глубокие шейные (20%), подчелюстные, подбородочные (15%), подбородочные (5%) лимфатические узлы.

Примерно в 15–20% случаев метастазы являются двусторонними.

Различают две основные клинические формы опухолей:

- экзофитная,
- эндофитная.

Между ними существуют переходные формы.

Экзофитный рак нижней губы представляет собой неправильной формы (округлая, бугристая, плоская) опухоль, возвышающуюся над поверхностью красной каймы.

Имеет две формы:

- папиллярная – может развиваться из папилломы или на фоне очагового продуктивного дискератоза;



Рисунок 11
Папиллярная
форма рака
нижней губы

- бородавчатая (фунгозная) – развивается на фоне продуктивного дискератоза, характеризуется слиянием множественных мелких выростов на губе («вид цветной капусты»), постепенным увеличением инфильтрации подлежащих тканей и распадом опухоли.

Эндодентный рак нижней губы представлен двумя формами:

- язвенной,
- язвенно-инфильтративной.

Язвенная форма характеризуется образованием язвенного дефекта на губе с постепенным

углублением язвенной поверхности, дно ее становится неровным, форма неправильной, края возвышающимися над уровнем красной каймы, вывернутыми. При присоединении воспалительных явлений, появляется болезненность.



Рисунок 12
Инфильтративно-язвенная форма рака нижней губы



Рисунок 13
Язвенная форма рака нижней губы

● ПОЛОСТЬ РТА

Предопухолевые заболевания

Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта:

- Облигатные предраки с высокой степенью озлокачествления:
 - болезнь Боуэна;
 - эритроплакия;
 - ограниченный предраковый гиперкератоз;
- Факультативные предраки с вероятностью озлокачествления 15–30%:
 - лейкоплакия (веррукозная, эрозивно-язвенная);
 - папилломатоз;
 - кератоакантома;
 - эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки;
 - постлучевой стоматит;
 - хроническая декубитальная язва с псевдоэпителиоматозной гиперплазией.

Лейкоплакия

Выделяют три формы:

- плоская,
- веррукозная,
- эрозивно-язвенная.

Плоская лейкоплакия характеризуется белым пятном или бляшкой с ровной поверхностью и умеренным ороговением.

Веррукозная лейкоплакия выглядит как неравномерно возвышающийся серебристо-белого цвета мелкобугристый очаг со значительным ороговением, сосудистая сеть не просвечивает.

Эрозивно-язвенная лейкоплакия проявляется лейкокератозом с изъязвлением, мелкобугристой поверхностью с различной степенью ороговения и разнообразной сосудистой архитектурой. Веррукозная и эрозивно-язвенная лейкоплакия в 15–30% трансформируется в рак.

Болезнь Боуэна

Является облигатным предраком и проявляется в виде эритем, папул, эрозий.

Поверхность поврежденного участка слизистой оболочки гиперемирована, гладкая или бархатистая с мелкими сосочковыми разрастаниями, возможно шелушение и зуд.

Эритроплакия

Выглядит в виде резко очерченных ярко красных очагов с бархатистой поверхностью, возвышающихся над поверхностью слизистой оболочки.

Постепенно на поверхности очага появляются изъязвления, в 100% трансформируется в рак.

Папилломатоз

Характеризуется мелкими папилломами серо-белого или застойно-красного цвета, ороговение отсутствует или умеренное, сосуды петлевидные.

Гиперкератотическая формы красного плоского лишая и красной волчанки

Имеет форму пятен белого цвета с элементами ороговением. Для красной волчанки характерно наличие участков атрофии слизистой оболочки.

Эрозивно-язвенные формы красного плоского лишая и красной волчанки

Характеризуются выраженным воспалением, на фоне которого возникают эрозии, трещины, язвы, покрытые серозными, серозно-кровоянистыми корками.



Рисунок 14
Плоская лейкоплакия
слизистой оболочки
альвеолярного отростка
верхней челюсти (а),
боковой поверхности тела
языка (б), нижней губы (в)



Рисунок 15
Веррукозная лейкоплакия слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти



Рисунок 16
Папиллома уздечки языка



Рисунок 17
Папиллома слизистой оболочки кончика языка

Признаки озлокачествления предраковых состояний:

- неэффективность консервативного лечения;
- появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- кровоточивость;
- появление плотных, увеличенных, безболезненных регионарных лимфатических узлов.

Рак

Рак языка чаще всего локализуется в передних двух третях (50–75%).

Среди других локализаций злокачественных опухолей полости рта 20–35% приходится на слизистую оболочку дна полости рта; 8–11% – на слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба, 5–6% – альвеолярного отростка нижней челюсти.

Наиболее частым проявлением злокачественной опухоли полости рта является наличие язвы, для которой характерны следующие признаки:

- значительная плотность;
- края язвы вывернуты, бугристые, при пальпации – ощущение хрящевидного уплотнения ее краев;
- дно покрыто некротическим налетом;
- язва кровоточит при пальпации.

При осмотре полости рта необходимо выявить возможность длительной механической травмы, причиняемой тканям плохо изготовленными зубными протезами, пломбами, полуразрушенными коронками зубов, а также

при неправильном смыкании зубов, когда зубы-антагонисты в течение длительного времени травмируют слизистую оболочку.



Следует обратить внимание на наличие участков патологически измененной слизистой оболочки – характерно несоответствие размеров маленькой язвы на слизистой оболочке полости рта и большого и глубокого инфильтрата вокруг нее, который выявляется при пальпации.

У пациентов рано возникают болезненные ощущения и нарушения жевания, глотания, речи.

Затруднение и ограничение подвижности языка свидетельствуют о вовлечении в процесс глубоких мышц дна полости рта.

По мере роста опухоли боль приобретает постоянный характер.



Характерной особенностью рака полости рта и языка является частое и раннее метастазирование в регионарные лимфатические узлы.



Часто пациенты, обнаруживая опухолевый узел на шее, обращаются к врачу-хирургу или терапевту. Если врач оценивает эти проявления как лимфаденит, то неправильная лечебная тактика приводит к запущенности опухолевого процесса!

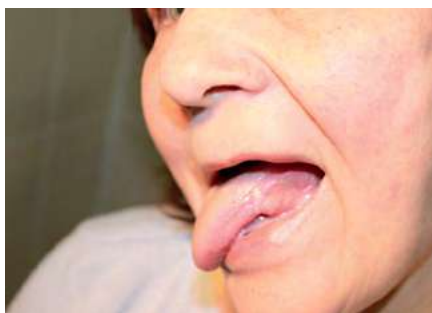


Рисунок 18
Рак тела языка

● **НОСОГЛОТКА**

Среди опухолей носоглотки часто встречаются низко дифференцированные варианты рака, которые сопровождаются ранним метастазированием в лимфоузлы шеи.

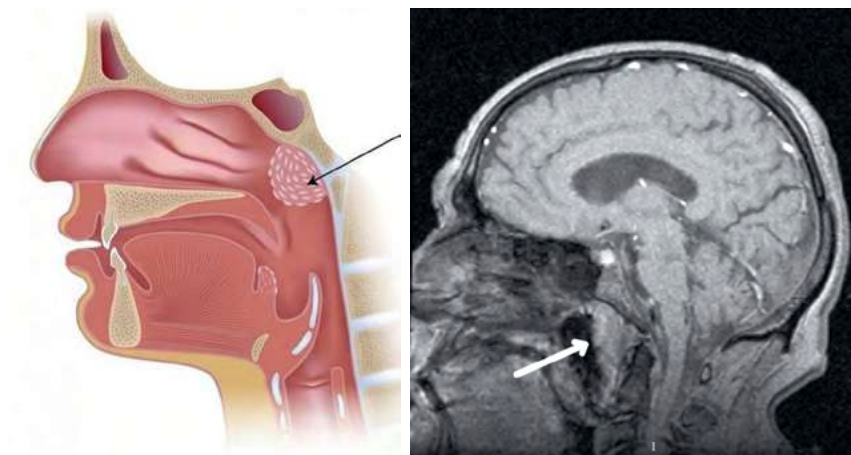


Рисунок 19
Рак носоглотки

Признаки опухолевого поражения носоглотки:

- затрудненное носовое дыхание;
- гнусавость;
- нарастающее снижение слуха, чаще всего на одно ухо;
- рецидивирующие, не поддающиеся лечению отиты;

- кровянисто-слизистые выделения из носа;
- уплотнения в области шеи (лимфатические узлы);
- необъяснимые боли в челюстно-лицевой области.

Дифференциальная диагностика рака носоглотки проводится с:

- аденоидной вегетацией (у взрослых пациентов встречаются только при различных иммунодефицитных состояниях);
- ювениальной ангиофибромой (характерными являются носовые кровотечения и обнаружение опухолевой ткани темно-красного цвета в носоглотке и области хоан).



Операционный материал при удалении аденоидов обязательно должен быть отправлен на морфологическое исследование с целью дифференциальной диагностики с злокачественным новообразованием.

● ПОЛОСТЬ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ

Инвертированная папиллома – новообразование полости носа и околоносовых пазух, характерными свойствами которой являются местно-деструктивный рост, высокая частота малигнизации и рецидивов.

Инвертированная папиллома обычно диагностируется на поздней стадии, через 1–4 года после первого появления симптомов.

Клиническими признаками являются:

- заложенность носа,
- передняя и / или задняя ринорея,
- головная боль,
- гипосмия или аносмия,
- носовые кровотечения,
- лицевая боль.

В 20% случаев заболевание протекает бессимптомно и диагностируется случайно.

Клинически при осмотре полости носа обнаруживают красновато-серую дольчатую опухоль, более твердую, чем воспалительный полип, с довольно характерным «малиновым» видом.

При пальпации инвертированная папиллома рыхлая и кровоточит при контакте.

Решающее значение для диагностики инвертированной папилломы имеет патоморфологическое исследование.

Рак слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа встречается почти одинаково часто у лиц обоего пола в возрасте старше 40 лет.

Пик заболеваемости (до 65% случаев) отмечается в возрасте 50–70 лет.

Злокачественные этой локализации характеризуются длительным бессимптомным течением, быстрым распространением на орбиту и основание черепа.

Наиболее часто встречающейся злокачественной опухолью является плоскоклеточный рак – 60–98%.

Кроме плоскоклеточного рака достаточно часто в полости носа и пазухах развиваются:

- аденокарцинома,
- эстезионейробластома,
- саркомы,
- неходжскинская лимфома и др.

Наиболее часто поражаются верхнечелюстная пазуха (55%), решетчатая кость (23%) и слизистая полости носа (12%), другие локализации встречаются реже – на долю злокачественных новообразований лобной и основной пазух приходится не более 3%.



Для дифференциальной диагностики полипозного риносинусита, инвертированной папилломы и рака необходимо выполнение биопсии.

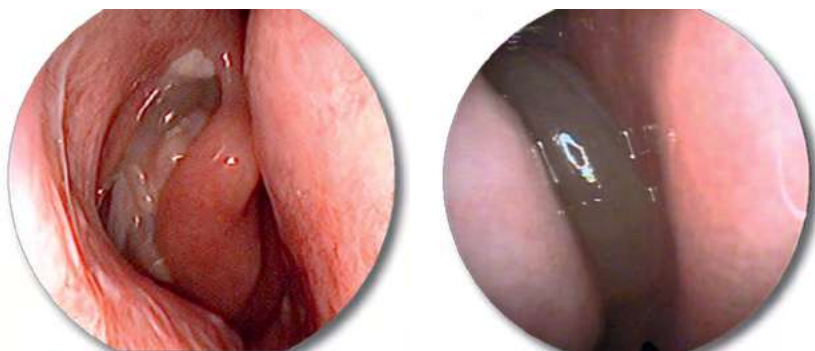


Рисунок 20
Рак полости носа

● РОТОГЛОТКА

Злокачественные опухоли ротоглотки занимают 2-е место по частоте встречаемости среди опухолей глотки (30–35%).

Новообразования чаще всего развиваются в области небных миндалин (64–85%), корне языка и мягком небе (10–26%), задней стенке глотки (5–9%).

Основной клинической формой роста рака ротоглотки является инфильтративно-язвенная.

Рак небной миндалины

Рак небной миндалины является наиболее частой опухолью ротоглотки. В начальной стадии развития рак миндалины выглядит как экзофитное бугристое образование.



Жалобы на неловкость при глотании и боли появляются несколько позже.

В этом периоде опухоль, как правило, изъязвлена и инфильтрирует окружающие ткани (мягкое небо, корень языка).

Для всех форм опухолей миндалин характерно раннее регионарное лимфогенное метастазирование (50–80%).



Рисунок 21
Рак небной миндалины

Лимфоэпителиома (опухоль Шминке), лимфомы и низкодифференцированные формы рака чаще наблюдается у лиц молодого возраста.

При лимфоэпителиоме небной миндалины определяется увеличенная, плотная миндалина с растянутой гиперемированной слизистой оболочкой. Впоследствии опухоль изъязвляется.

Лимфомы небной миндалины составляют до 70% аналогичных опухолей глоточного кольца. Опухоль растет экзофитно и быстро инфильтрирует окружающие ткани.

Течение лимфом часто сопровождается симптомами интоксикации (повышение температуры тела выше 38°C, лихорадка, ночные поты и др.)

Рак корня языка



Первые симптомы рака корня языка проявляются чувством неловкости при глотании.

Характерной особенностью этих опухолей является тенденция к быстрому инфильтративному росту и раннему лимфогенному метастазированию (60%).

По мере прогрессирования заболевания нарушается подвижность языка, появляются боли при глотании и поперхивание.

Опухоль может инфильтрировать челюстно-язычные желобки.

Рак мягкого неба

Большинство злокачественных новообразований мягкого неба возникают на его передней поверхности.

Опухоли этой локализации быстро изъязвляются и вызывают боли при глотании.

Регионарные метастазы выявляются у 30–44% пациентов.

Билатеральные или контрлатеральные шейные метастазы наблюдаются примерно в 15% случаев.



Рисунок 22
Рак мягкого неба

Рак гортаноглотки

Частота развития рака гортаноглотки среди опухолей верхних дыхательных путей составляет около 10%.

Большинство (до 75%) опухолей гортаноглотки возникает в грушевидных синусах, примерно в 20% – на задней стенке глотки.

Опухоли за перстневидным хрящом возникают значительно реже.

На момент постановки диагноза метастазы в регионарных лимфатических узлах выявляются в 70–80% случаев.

Билатеральные и контрлатеральные метастазы выявляются в 10–20% случаев.



На ранних стадиях пациенты могут отмечать появление периодических болей в горле, характерных также и для воспалительного процесса.

В последующем появляются нарастающие: дисфагия, нарушение дыхания и голоса.

Опухоль в грушевидном синусе обычно представлена экзофитным новообразованием с бугристой поверхностью или инфильтративной опухолью с явлениями распада. Просвет грушевидного синуса обычно сужен или полностью закрыт, нередко в нем отмечается скопление слюны. Слизистая оболочка гортани обычно отечна и гиперемирована.

● ГОРТАНЬ

Предопухоловые процессы

Рак гортани может развиваться на фоне разнообразных предопухоловых процессов.

Лейкоплакия

Имеет вид продолговатого белого пятна с неровной поверхностью, локализирующегося на голосовых складках.

Клинически может проявляться нарушением фонации и кашлем.

Лейкокератоз чаще располагается на голосовой складке, передней комиссуре, межчерпаловидном пространстве. Очаг поражения чаще небольшого размера и имеет неровную ворсинчатую поверхность серовато-белого цвета.

Пахидермия

Гиперплазия слизистой оболочки гортани.

Процесс локализуется вблизи голосовых отростков черпаловидных хрящей или в межчерпаловидной области и редко на

вестибулярных и голосовых складках, где выявляется патологическое образование напоминающее бородавчатые разрастания розового цвета.

Папилломы

Составляют 40–58% доброкачественных опухолей гортани.

Излюбленной локализацией являются голосовые складки.

Различают твердую и мягкую папиллomu.

Твердая папиллома имеет бледно-серый цвет и мелкобугристую поверхность, мягкая – выглядит как гроздевидное образование темно-красного цвета.

Поражение может быть одиночными или множественным.

Первым клиническим проявлением заболевания обычно является нарушение фонации.

Нарастание охриплости, появление прожилок крови в мокроте и затруднение дыхания являются косвенным признаком малигнизации процесса.

Контактная фиброма

Чаще развивается у мужчин.

Представляет собой симметричное опухолевое поражение в задних отделах голосовых складок.

Постоянная травматизация приводит к изъязвлению опухолей и росту грануляций.

Фиброма

Как правило, одиночная опухоль округлой формы с гладкой поверхностью, локализующаяся в передней трети голосовой складки.

Различают плотные и мягкие фибромы.

Цвет опухоли серовато-белый или розовый. При наличии в новообразовании большого количества расширенных кровеносных сосудов (ангиофиброма) цвет новообразования интенсивно красный, иногда с синюшным оттенком.

Опухоль может быть на ножке или широком основании.

Рак

В структуре злокачественных новообразований головы и шеи занимает 1-е место.

Заболевание развивается преимущественно у лиц старше 50 лет.

В 30–35% опухоль развивается в надсвязочном отделе, в 60–65% - в области голосовых связок и примерно в 5% - в подсвязочном отделе.

Регионарные метастазы обнаруживаются у 35–60% пациентов. Поражаются преимущественно лимфатические узлы верхней и средней групп глубокой яремной цепи.

При раке гортани различают три формы роста опухоли:

- экзофитная форма характеризуется наличием бугристых или папилломатозных разрастаний на широком основании с четкими границами;
- эндофитная форма представляет плоский или крупнобугристый, часто изъязвленный, инфильтрат;
- смешанная форма сочетает в себе оба варианта.

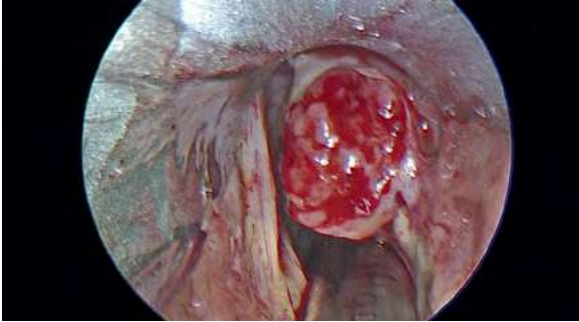


Рисунок 23
Экзофитная
форма

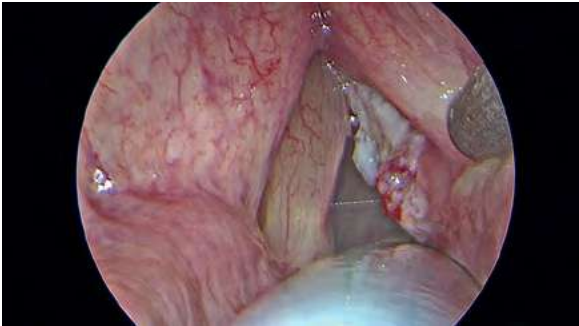


Рисунок 24
Эндофитная
форма

Рак надсвязочного отдела

Первыми клиническими симптомами рака надсвязочного отдела являются чувство неловкости при глотании, поперхивание, дисфагия, иррадиирующая оталгия.

На гортанной поверхности надгортанника, вестибулярных или черпалонадгортанных складках определяется несколько возвышающийся или бугристый ограниченный инфильтрат.

Рак гортанного желудочка выглядит в начале как выпячивание вестибулярной складки над опухолью.

В дальнейшем новообразование распространяется из желудочка над голосовой складкой, прикрывая последнюю, и ограничивает подвижность соответствующей стороны гортани. Впоследствии в процесс вовлекаются вестибулярная и голосовая складки.

Рак среднего отдела



Основным ранним симптомом рака среднего отдела гортани является прогрессирующая охриплость, переходящая в афонию.

Опухоль обычно распространяется по краю складки на переднюю комиссуру и далее на противоположную складку.

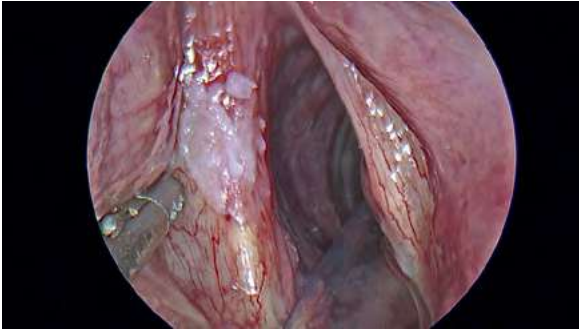


Рисунок 25
Рак среднего отдела гортани

Новообразования задних отделов голосовой складки прорастают на гортанный желудочек и черпаловидный хрящ. Возможно распространение на подскладочный отдел гортани. При экзофитном росте опухоли на голосовой складке определяется образование преимущественно сосочкового вида белорозового цвета, которое может внешне напоминать папиллому, фиброму, полип или гиперкератоз. При инфильтративном росте видна утолщенная гиперемированная, ограничено подвижная или неподвижная голосовая складка.

Рак подскладочного отдела



Ведущим клиническим проявлением рака подскладочного отдела является нарушение воздухопроводимости, поэтому для новообразований данной локализации характерно длительное бессимптомное течение.

Рост опухоли носит преимущественно подслизистый характер в направлении трахеи.

При распространении опухоли на голосовую складку присоединяется охриплость.

С дальнейшим ростом опухоли появляются общие для всех локализаций симптомы: кашель с большими количеством мокроты, иногда с примесью крови, гнилостный запах изо рта (изъязвление и инфицирование опухоли), односторонние боли с иррадиацией в ухо, нарастание дыхательной недостаточности, связанной с обтурацией дыхательных путей.