КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 28 (1708)

Рак полости носа и околоносовых пазух

Рак полости носа и околоносовых пазух встречается достаточно редко и составляет 0,5% всех злокачественных опухолей и менее 3% злокачественных новообразований головы и шеи. В последнее время число больных, страдающих раком данной локализации, увеличивается. Отмечено, что мужчины заболевают чаще женщин в соотношении примерно 2:1. Чаще заболевают люди в возрасте 50-70 лет. Злокачественные опухоли чаще всего развиваются в верхнечелюстной пазухе (70-80%), на втором месте по частоте – клетки решётчатого лабиринта (10-20%). В лобной и клиновидной пазухах рак возникает редко (5%). Рак полости носа составляет 20-30% наблюдений. Поскольку полость носа свободно сообщается с околоносовыми пазухами и находится с ними в сложных анатомических взаимоотношениях, рак, возникнув в одном из участков, быстро распространяется на соседние структуры и к моменту распознавания уже поражает несколько областей. Поэтому иногда бывает трудно или невозможно установить место, где впервые начала развиваться опухоль.

Этиология рака полости носа и околоносовых пазух точно не установлена. Однако известно, что некоторые профессиональные вредности могут быть причиной заболевания. К ним относятся:

– древесная пыль (пыль твёрдых сортов дерева, например, красного, диаметр частиц менее 5 мкм);

– промышленные дымы, очистка никеля, дубление кож, хром, асбест, формальдегид;

– мебельная, кожеперерабатывающая и текстильная промышленность.

Перечисленные факторы повышают риск возникновения злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух в 20-100 раз.

Классификация. Согласно Международной гистологической классификации ВОЗ опухоли полости носа и околоносовых пазух подразделяются следующим образом:

I. Эпителиальные опухоли

А. Доброкачественные:

1. Плоскоклеточная папиллома.
2. Переходноклеточная папиллома (цилиндроклеточная папиллома, папиллома из респираторного эпителия):
   а) инфильтративная;
   б) экзофитная.
3. Аденома.
4. Оксифильная аденома (онкоцитома).
5. Полиморфная аденома (смешанная опухоль).

Б. Злокачественные:

1. Плоскоклеточный рак.
2. Веррукозный (плоскоклеточный) рак.
3. Спиноцеллюлярный (плоскоклеточный) рак.
4. Переходноклеточный рак (цилиндроклеточный рак, неороговевающий рак, рак из респираторного эпителия).
5. Аденокарцинома.
6. Муцинозная аденокарцинома.
7. Аденокистозная карцинома
8. Мукоэпидермоидная карцинома.
9. Другие.
10. Недифференцированный рак.

II. Опухоли мягких тканей

А. Доброкачественные:

1. Гемангиома.
2. Гемангиоперицитома.
3. Нейрофиброма.
4. Неврилеммома (шваннома).
5. Миксома.
6. Фиброксантома.
7. Другие.

Б. Злокачественные:

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

III. Опухоли костей и хрящей

А. Доброкачественные:

1. Хондрома.
2. Остеома.
3. Оссифицирующая фиброма.
4. Другие.

Б. Злокачественные:

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

IV. Опухоли лимфатической и кроветворной ткани

Лимфомы:

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

V. Опухоли смешанного генеза

А. Доброкачественные:

1. Тератома.
2. Менингиома.
3. Одонтогенные опухоли.
4. Меланогенная нейроэктодермальная опухоль.
5. Другие.

Б. Злокачественные:

1. Злокачественная меланома.
2. Эстезионейробластома.
3. Другие.

VI. Вторичные опухоли

VII. Неклассифицированные опухоли

VIII. Опухолеподобные поражения

1. Псевдоэпителиоматозная гиперплазия
2. Онкоцитарная метаплазия и гиперплазия.
3. Кисты.
4. Мукоцеле.
5. Ангиогранулема.
6. Полип носа.
7. Фиброматоз.
8. Фиброзная дисплазия.
9. Гигантоклеточная «репаративная» гранулёма.
10. Инфекционная гранулёма.
11. Холестериновая гранулёма.
12. Гранулёма Стюарта.
13. Гранулёматоз Вегенера.
14. Гетероплазия глиальная в носу.
15. Менингоцеле.

Доброкачественные опухоли.

Папилломы носа подразделяются на папилломы преддверия и полости носа. Папилломы преддверия носа имеют серую окраску, ворсинчатую поверхность, они плотные, не достигают значительных размеров и не озлокачествляются. Папилломы полости носа могут быть единичными и множественными, чаще локализуются в области нижних носовых раковин или носовой перегородки. Они представляют собой дольчатые или полиповидные образования мягкой консистенции, серо-белого цвета, по виду напоминают цветную капусту, легко кровоточат. Папилломы носа проявляются затруднением носового дыхания, обильными слизисто-гнойными выделениями, часто с примесью крови. О малигнизации папилломы полости носа свидетельствуют упорное рецидивирование, распространённость поражения и появление костной деструкции.

Аденома слизистой оболочки носа встречается редко и локализуется в области носовых раковин, сошника, задних отделов полости носа. Это инкапсулированная опухоль на широком основании, розово-серого цвета, покрыта неизменённой слизистой оболочкой. Аденому отличает медленный рост, опухоль достигает не более 2 см в диаметре. Озлокачествление аденомы сопровождается быстрым увеличением опухоли, прорастанием её в окружающие ткани.

Фиброма носа имеет бугристую поверхность, широкое основание, серовато-синюшный цвет, эластическую консистенцию, характерный симптом опухоли – затруднение носового дыхания. При изъязвлении поверхности фибромы появляется слизисто-гнойное отделяемое с примесью крови. Растущая опухоль может вызвать смещение носовой перегородки и деформацию наружного носа.

Гемангиомы носа (капиллярные и кавернозные) относятся к редким опухолям, локализуются чаще на латеральной стенке. Опухоль отличается быстрым ростом, вызывает частые носовые кровотечения. Гемангиомы склонны к рецидивированию, могут озлокачествляться. Гемангиомы (кровоточащие полипы) хрящевого отдела носовой перегородки имеют красный цвет, округлую форму, гладкую поверхность.

Хондрома, невринома и остеома полости носа встречаются редко, растут медленно. Их клиническое течение зависит от размера, локализации новообразования и направления роста.

Смешанные опухоли наблюдаются в полости носа крайне редко, по микроскопическому строению не отличаются от аналогичных новообразований малых слюнных желёз полости рта и относятся к доброкачественным опухолям.

Основной метод лечения доброкачественных опухолей носа – хирургический. Объём оперативного вмешательства определяется локализацией поражения, его распространённостью и гистологической формой. Могут быть использованы как эндоназальный, так и наружный доступы.

Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух составляют 0,5% всех злокачественных новообразований. В 80% случаев они имеют строение плоскоклеточного рака. Меланомы указанной локализации встречаются редко. Чаще меланома локализуется в области дна и передних отделов полости носа.

Эстезионейробластома среди неэпителиальных злокачественных опухолей встречается наиболее часто. Эстезионейробластома развивается из обонятельного нейроэпителия и является исключительно злокачественной. Эстезионейробластома чаще локализуется в верхнем носовом ходе и представляет собой мягкотканый полип, нередко заполняющий всю половину носа, прорастающий в придаточные пазухи, орбиту, основание черепа, лобную долю головного мозга. Метастазирует в лимфатические узлы шеи, средостения, плевру, лёгкие и кости.

Аденокистозные (цилиндромы) и мукоэпидермоидные карциномы полости носа и верхнечелюстной пазухи наблюдаются примерно в 15-20% случаев, возникают из малых слюнных желёз. Они склонны к местнодеструирующему росту и поэтому относятся к эпителиальным злокачественным опухолям.

Регионарное метастазирование рака полости носа и придаточных пазух встречается достаточно редко: при верхневнутренней локализации рака верхнечелюстной пазухи в 7,3% случаев, при нижненаружной локализации – в 14,9%. От тканей полости носа и придаточных пазух лимфа оттекает в основном в заглоточные и верхние глубокие шейные лимфатические узлы. Из передних отделов лимфа оттекает в подчелюстные лимфатические узлы. От тканей верхнечелюстной пазухи лимфа оттекает также в околоушные лимфатические узлы.

Клиническая картина. Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух часто не проявляются клинически, пока не достигнут значительных размеров или не распространятся за пределы кости, ограничивающей придаточную пазуху, или основания черепа.

Основные клинические симптомы рака полости носа и околоносовых пазух следующие:

– симптомы со стороны полости рта (25-35%): боль, тризм, отёк десны или нёба с выпадением зубов;

– симптомы со стороны полости носа (50%): нарушение проходимости, носовые кровотечения, боль, рецидивирующий синусит;

– изменения глаз (25%): слезотечение, диплопия, проптоз;

– изменения лица: видимый отёк щёки, онемение при поражении подглазничного нерва;

– симптомы со стороны полости и основания черепа: головная боль, неврологический дефицит, обусловленный поражением центральной нервной системы.

Боль при злокачественных опухолях носа и придаточных пазух не свидетельствует о распространённости процесса. Иногда распространённые новообразования не вызывают боли и диагностируются только в связи с нарушением носового дыхания. Тупые и ноющие боли чаще наблюдаются на поздних стадиях развития процесса. Обычно боль локализуется в области новообразования или иррадиирует в зубы, височную область, ухо, глаз. Часто отмечаются головные боли, нередко с различными парестезиями в области лица на стороне расположения опухоли. Головные боли различного характера нередко являются первым, но не ранним признаком заболевания, боли не имеют определённой локализации и сопровождаются чувством тяжести.

Одностороннее затруднённое носовое дыхание появляется в различные периоды развития новообразования и зависит от его исходной локализации и направления роста опухоли. Раньше всего этот симптом появляется при опухолях решётчатого лабиринта и в области среднего носового хода. При новообразованиях в верхнечелюстной пазухе носовое дыхание затрудняется вследствие выпячивания опухолью внутренней её стенки, прорастания опухоли и заполнения опухолевыми массами носовых ходов.

Кровотечения из носа, экзофтальм и слезотечение, прорастание опухоли в рот, увеличение шейных лимфатических узлов – признаки распространённости опухолевого процесса.

Клиническое течение рака верхнечелюстной пазухи с учётом рентгенологической картины помогает определить локализацию процесса и основное направление роста опухоли. Так, припухлость щеки указывает на то, что рак верхнечелюстной пазухи исходит из передненаружной её стенки, иногда наблюдается прорастание опухолью кожи щеки. При локализации процесса в верхней части переднебоковой стенки припухлость определяется несколько ниже наружного угла глаза или смещает глазное яблоко кверху. При расположении опухоли в нижней части переднебоковой стенки припухлость выявляется в области преддверия рта или щеки. Обнаружение опухоли со стороны твёрдого нёба и альвеолярного отростка верхней челюсти или изменения свода нёба и подвижности зубов должно насторожить в отношении процесса на нижней стенке пазухи. Разрастание опухоли в носовых ходах обычно указывает на локализацию рака в медиальной стенке. Нужно также иметь в виду, что рак верхнечелюстной пазухи может распространяться одновременно в нескольких направлениях.

Таким образом, симптомы поражения верхневнутренних областей пазухи совершенно иные, чем таковые при локализации новообразования в нижнепередней части. Первые отличаются более тяжёлым клиническим течением, худшим прогнозом и требуют иного метода лечения. Поэтому L.Ohngren предложил выделять передненижнюю и задневерхнюю локализации опухолей, что имеет большое клиническое значение. Условно эти области L.Ohngren разделил линией, идущей от внутреннего угла глаза к углу нижней челюсти (см. рис.).

Выделяют следующие стадии рака полости носа:

Стадия I. Опухоль, ограниченная одной стенкой полости носа, носовой раковиной без перехода на смежные анатомические области и без деструкции костной стенки. Метастазы не определяются.

Стадия II: а) опухоль, переходящая на другую стенку полости носа, вызывающая очаговую деструкцию костной основы стенки, но не выходящая за пределы полости, регионарные метастазы не определяются; б) опухоль той же стадии распространённости или меньшей распространённости, но с одиночным метастазом на стороне поражения.

Стадия III: а) опухоль, распространяющаяся на смежные анатомические области (верхнечелюстную пазуху, глазницу, нёбо и др.), выходящая за пределы костных стенок или переходящая на вторую половину полости носа, регионарные и отдалённые метастазы не определяются; б) опухоль той же стадии распространённости или меньшего местного поражения, но с множественными метастазами на стороне опухоли или двусторонними.

Стадия IV: а) опухоль, прорастающая