

# Оглавление

Предисловие .....	5
Список сокращений .....	6
Введение .....	7
<b>Глава 1. Обзор основных положений в онкологии головы и шеи .....</b>	<b>8</b>
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
1.1. Обзорная анатомия и топография органов и тканей головы и шеи .....	10
1.2. Клинико-морфологическая характеристика опухолей .....	11
1.3. Принципы определения распространенности злокачественных опухолей .....	13
1.4. Организация онкологической помощи .....	15
<b>Глава 2. Анестезия, интенсивная терапия, реанимация .....</b>	<b>20</b>
<i>А. И. Салтанов</i>	
2.1. Подготовка больного к операции и наркозу .....	20
2.2. Общая анестезия .....	24
2.3. Местная анестезия .....	30
2.4. Осложнения, интенсивная терапия, реанимация .....	33
<b>Глава 3. Опухоли кожи .....</b>	<b>37</b>
<i>А. И. Пачес, И. Н. Пустынский, Л. В. Демидов</i>	
3.1. Рак кожи .....	37
3.2. Пигментные опухоли .....	57
3.3. Мягкотканые опухоли .....	70
<b>Глава 4. Внеорганные опухоли и опухолевые поражения лимфоузлов шеи ...</b>	<b>80</b>
<i>А. И. Пачес, С. О. Подвязников</i>	
4.1. Опухоли нейроэктодермального происхождения (неврогенные) .....	82
4.2. Опухоли из производных мезенхимы и неклассифицированные опухоли .....	90
4.3. Дисэмбриональные опухоли .....	93
4.4. Опухолевые поражения лимфоузлов шеи .....	94
<b>Глава 5. Опухоли губы .....</b>	<b>104</b>
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>Глава 6. Опухоли полости рта .....</b>	<b>119</b>
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
6.1. Эпителиальные опухоли .....	119
6.2. Мягкотканые опухоли .....	143

<b>Глава 7. Опухоли глотки</b> .....	146
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>7.1. Опухоли носоглотки</b> .....	147
<b>7.2. Опухоли ротоглотки</b> .....	155
<b>7.3. Опухоли гортаноглотки</b> .....	163
<b>Глава 8. Опухоли гортани</b> .....	170
<i>А. И. Пачес, Е. Г. Матякин</i>	
<b>Глава 9. Опухоли костей и суставных хрящей черепа и лица</b> .....	198
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>Глава 10. Опухоли верхней и нижней челюстей</b> .....	210
<i>М. А. Кропотов</i>	
<b>10.1. Эпителиальные опухоли</b> .....	214
<b>10.2. Мягкотканые опухоли</b> .....	219
<b>Глава 11. Опухоли слюнных желез</b> .....	243
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>Глава 12. Опухоли органа зрения</b> .....	275
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>12.1. Опухоли защитного аппарата глаза</b> .....	276
<b>12.2. Внутриглазные опухоли</b> .....	290
<b>12.3. Опухоли орбиты</b> .....	294
<b>Глава 13. Опухоли органа слуха</b> .....	300
<i>А. И. Пачес, В. Б. Карахан</i>	
<b>13.1. Опухоли наружного уха</b> .....	300
<b>13.2. Опухоли среднего уха</b> .....	307
<b>13.3. Опухоли области пирамиды височной кости (нейрохирургические аспекты)</b> .....	310
<b>Глава 14. Опухоли полости носа и придаточных пазух</b> .....	322
<i>А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская</i>	
<b>14.1. Доброкачественные опухоли</b> .....	324
<b>14.2. Злокачественные опухоли</b> .....	325
<b>Глава 15. Опухоли щитовидной железы</b> .....	339
<i>В. Ж. Бржезовский</i>	
<b>Глава 16. Опухоли области основания черепа</b> .....	361
<i>А. М. Сдвижков, С. В. Таняшин, И. В. Солдатов</i>	
<b>Глава 17. Внутричерепные опухоли</b> .....	383
<i>В. Б. Карахан</i>	
<b>Глава 18. Реконструктивная хирургия в лечении опухолей головы и шеи</b> .....	410
<i>М. А. Кропотов, В. А. Соболевский</i>	
<b>Глава 19. Опухоли головы и шеи у детей</b> .....	454
<i>В. Г. Поляков</i>	
<b>Заключение</b> .....	474
<b>Приложение</b> .....	475

### 5.1. Опухоли губы

Рак губы — это злокачественная опухоль из многослойного плоского эпителиальной оболочки красной каймы нижней или верхней губы. Чаще опухоль развивается в наружной зоне красной каймы, по обе стороны от срединной линии. Кожа и слизистая оболочка губы поражаются опухолевым процессом лишь вторично<sup>1</sup>.

#### Эпидемиология и распространенность

Согласно современным статистическим данным, рак губы среди опухолей головы и шеи составляет 8,4 %. В 2010 г. в России было зарегистрировано 3356 больных с этим заболеванием, установленным диагнозом рака губы. Удельный вес среди других злокачественных новообразований составил 1,0 % у мужчин и 0,3 % у женщин. В течение последних 10 лет наблюдается снижение заболеваемости как в России, так и в странах СНГ больше всего заболевших мужчин зарегистрировано в Казахстане (1,2 на 100 000 населения, удельный вес — 1,2 %), а самый низкий стандартизованный показатель у жителей Азербайджана (0,6 для мужчин и 0,2 для женщин).

Динамика заболеваемости населения России раком губы в 1990–2010 гг. характеризуется ее снижением у лиц обоего пола. Среди других злокачественных новообразований рак губы переместился на 18-е место. За период 2005–2010 гг. темп прироста составил отрицательный и равен у мужчин –24,3 %, у женщин –16,7 %. У мужчин за указанный период эти показатели изменились с 3,7 до 2,8, переместившись среди других злокачественных форм рака на 18-е место, у женщин — с 0,6 до 0,5, занимая в течение этого периода 15-летнего периода 20-е место. Возраст больных находится в пределах от 15 лет и старше, причем частота поражения раком губы увеличивается с возрастом. Наибольшее число заболевших приходится на возрастную группу 55–75 лет и старше: 70,2 % у мужчин и 81,3 % — у женщин, минимальное число больных выявлено в возрастной группе 15–39 лет — 4,3 % мужчин и 0,7 % женщин; при этом 25,5 % больных у мужчин и 18 % женщин были в возрасте 40–55 лет, лица преклонного возраста (80 лет и старше) составили 11,6 %.

Наиболее высокая заболеваемость в России отмечается в Чеченской Республике (14,0 у мужчин и 14,0 у женщин), у мужчин Республики Мордовия (7,2) и Карачаево-Черкесской Республики (5,8), у женщин Республики Тыва (Алтайского края, Белгородской, Орловской и Тамбовской областей (1,1–1,3 на 100 000).

По материалам РОНЦ РАМН, удельный вес рака губы среди всех госпитализированных за последние 5 лет (2003–2007 гг.) в клиники РОНЦ первичных больных с опухолями головы и шеи в среднем 0,16 %. В структуре поступивших первичных больных в клинику РОНЦ с опухолями головы и шеи в 2003–2007 гг. пациенты с раком губы составили 1,2–4,3 %, у мужчин — 2,4 %.

<sup>1</sup> Первичная опухоль кожи, мягких тканей, слизистой оболочки губ рассматриваются в главах 3 и 4, относясь к области лица и полости рта.



Выживаемость больных раком губы на ранних стадиях (I–II) опухолевого процесса в России в 1996 г. была 84,2 %, в 2006 г. — 82,6 %, в 2008 г. — 82,9 %, с III стадией — 11,7, 11,6 и 12,1 %, с IV стадией — 3,2, 4,9 и 5,4 % соответственно. У 0,6–1,2 % пациентов стадию установить не удается. Среди госпитализированных в клинику РОНЦ пациентов в 2003–2007 гг. I–II стадия диагностирована у 70 %, III — у 12,5 %, IV — у 5 %. Не излеченные в других лечебных учреждениях больные составили 12,5 %.

Красная кайма верхней губы поражается редко, по нашим данным — в 10 % случаев. Рак верхней губы по отношению к раку нижней губы составляет 2–5 % и наблюдается чаще у женщин. Это объясняется различными анатомо-физиологическими, тканевыми и функциональными особенностями верхней и нижней губ. Мужчины заболевают раком нижней губы чаще, у женщин приходится 3–25,7 % случаев, соотношение мужчин и женщин 2,9:1,0. Опухолевый процесс развивается, как правило, в зрелом возрасте, хотя встречается и у молодых лиц. По нашим данным, 9,14 % пациентов заболели в возрасте 15–30 лет.

## Факторы риска

Фактически у всех больных раку губы предшествуют различные фоновые процессы и предопухолевые изменения слизистой оболочки губы.

Эпидемиологические исследования показывают, что фактором, способствующим развитию рака губы, является:

• длительное воздействие неблагоприятных метеорологических условий (солнечная инсоляция, воздействие ветра, резкие колебания температуры воздуха, ионизирующая радиация);

• воздействие канцерогенных веществ эндогенной природы;

• вредные привычки: курение, алкоголь, прием чрезмерно горячей, острой, пряной пищи, жевание различных смесей (нас, бетель и др.);

• травмы красной каймы губ:

• механическая (кариозные зубы, острые края сломанных зубов, зубной камень, неправильно установленные протезы, прикусывание губы, вдыхание трубки, мундштука, папиросы или сигареты в процессе курения);

• химическая (химические канцерогены табака, мышьяка, ртути, висмута, антрацена, жидкие смолы, продукты перегонки нефтяных и соответствующих профессий);

• термическая (ожоги горячей пищей, сигарета-

- вирусные инфекции (Herpes zoster), воспалительные и грибковые заболевания красной каймы губ;
- болезни ЖКТ, печени;
- дефицит бета-каротинов, витаминов А, Е, С.

Влияние этих факторов неодинаково у мужчин и женщин, имеет географические различия. Серьезное внимание необходимо уделять неблагоприятному воздействию ряда профессиональных факторов, особенно среди рабочих железных дорог, металлургов, лиц, контактирующих со спиртом и асбестом.

Таким образом, рак губы развивается на измененной слизистой оболочке. Предшествующие опухолевому росту заболевания называются предопухолевыми; они встречаются у 86,5 % больных раком губ.

Определенную роль в возникновении предопухолевых состояний и рака играет фактор пола и возраста, воздействие лучистой энергии. Канцерогенное действие солнечных лучей доказано клиническими наблюдениями и экспериментальными работами. Канцерогенной считается ультрафиолетовая часть лучей солнечного спектра, наиболее активны лучи с длиной волны около 260 нм.

В этиологии патологических изменений красной каймы губ важную роль играют неблагоприятные метеорологические условия, служащие причиной возникновения метеорологического хейлита, врожденная прагматия нижней челюсти, при которой часть нижней губы остается неприкрытой верхней губой. В возникновении опухоли имеет значение многократная травма (хроническая), особенно повторяющееся термическое воздействие во время курения, если сигарету докуривают полностью и при этом обжигают губы. Известно, что температура в зоне сгорания сигареты или табака доходит до 650–850 °С. В настоящее время роль курения как фактора, оказывающего канцерогенное действие на слизистую оболочку, доказана экспериментальными исследованиями и клиническими наблюдениями. Компоненты табачного дыма способны образовывать соединения с ДНК, приводящие к мутации или другим повреждениям клеточных генов и развитию рака. Среди больных с предраковыми поражениями курильщики составляют 97 %. Курение «совмещает» в себе механическую травму и химическое раздражение слизистой оболочки продуктами перегонки табачного дыма, вызывает повторные ожоги губ горячим табаком и папиросной бумагой.

Под действием табачного дыма, содержащего более 100 токсичных для человека соединений, развивается паракератоз и акантоз слизистой оболочки. Термическое действие сигареты усугубляет этот процесс. При взаимодействии продуктов сгорания табака со слюной в условиях высокой температу-



ры образуются канцерогенные вещества: пирен, антрацен, 3,4-бензпирен. Канцерогенны также полициклические углеводороды, трехвалентный мышьяк и, главное, радиоактивный полоний, содержащиеся в табачном дыме. Количество радиоактивного полония увеличивается, если курят топорливо, выкуривают сигарету до конца, глубоко затягиваются. Не менее вредно курение для тех, кто глубоко не затягивается, т. к. радиоактивный полоний концентрируется в слюне, а табачный дым, накапливаясь в полости рта, активнее действует на слизистую оболочку. Среди химических канцерогенов на слизистую оболочку и красную кайму губ оказывают воздействие соединения мышьяка, ртути, висмута, антрацит и жидкие смолы, а также соединения, образующиеся при увлажнении льна у лиц, занятых на производстве льняного волокна.

Из всех предопухолевых изменений наибольшее влияние курение оказывает на развитие лейкоплакии. Число курильщиков среди больных лейкоплакией составляет 81 %, особенно часто лейкоплакия локализуется в углах рта и поражает другие отделы слизистых оболочек полости рта, чаще всего щек (рис. 5.1).

В этиологии опухолей слизистой оболочки определенное значение придают алиментарным факторам в виде нарушения ритма и полноценности питания: изменение минерального состава пищи, недостаток витаминов, вызывающих нарушение процессов кератинизации.

Изучение факторов, предрасполагающих к развитию предраковых изменений красной каймы губ, а также клинической картины и течения предопухолевых процессов позволило выявить группу повышенного риска среди лиц с различными патологическими состояниями губ. В эту группу должны быть отнесены мужчины старше 40 лет с длительным анамнезом курильщика, хроническими патологическими изменениями ЖКТ и печени, у которых красная кайма губ подвергается постоянной травме, длительному воздействию неблагоприятных метеорологических факторов (солнечной инсоляции, ветру): рыбаки, моряки, лица, работающие на открытом воздухе, сельскохозяйственные рабочие, рабочие вредных производств. Сочетание внутренних патологических процессов и внешних неблагоприятных воздействий на фоне сниженного иммунитета дают толчок к развитию рака.

## Классификация

Комитетом по изучению опухолей головы и шеи предложена классификация наиболее часто встречающихся предопухолевых и фоновых процессов красной каймы губ.



Рис. 5.1. Лейкоплакия угла рта и щеки у пациента с 25-летним стажем курения

- А. Процессы с высокой частотой озлокачествления (облигатные) — 15–30 % случаев**
1. Бородавчатый предрак.
  2. Ограниченный гиперкератоз.
  3. Хейлит Манганотти.
- Б. Процессы с малой частотой озлокачествления (факультативные) — 6–10 % случаев**
1. Лейкоплакия веррукозная.
  2. Кератоакантома.
  3. Кожный рог.
  4. Папиллома с ороговением.
  5. Эрозивно-язвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и красного лишая.
  6. Постлучевой хейлит.
- В. Фоновые процессы.**
1. Плоские лейкоплакии.
  2. Хронические язвы и трещины губ.
  3. Хейлиты (атмосферный и актинический).

Предопухолевые процессы красной каймы губ подробно описаны в книге А.Л. Машкиллера [1]. Здесь мы представим наиболее часто встречающиеся формы.

**Ограниченный гиперкератоз.** При гиперкератозе нарушается нормальное физиологическое ороговение, развивается дегенеративно-пролиферативный процесс. Мальпигиев слой при этом своеобразно изменяется, происходит дискомпактация клеток, увеличивается их объем, учащаются митозы. Очаговый гиперкератоз проявляется в виде продуктивной и деструктивной форм (рис. 5.2 и 5.3). Первая форма характеризуется избыточным ороговением, когда в одних случаях формируются участки лейкоплакии с плоскими выступающими красной кайме, в других — участки гиперкератоза с шиповидными роговыми выступами. Из них инвазия

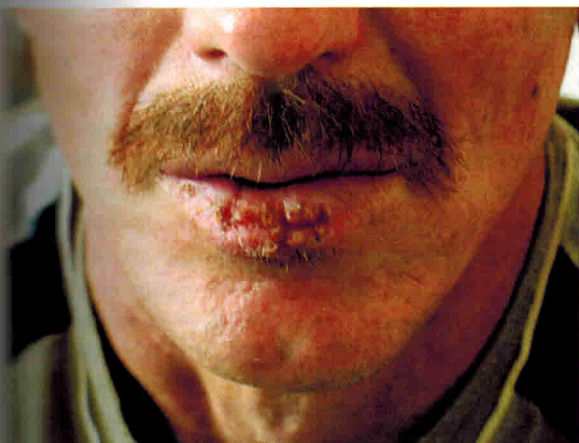


Рис. 5.2. Гиперкератоз нижней губы, продуктивная форма



Рис. 5.3. Ограниченный гиперкератоз нижней губы, деструктивная форма, на фоне диффузного хейлита губ

образуется шероховатый выступ, напоминающий острый рог. Нельзя забывать, что участки роговых застойных при очаговом гиперкератозе прикрывают эпителиальные клетки, растущие в глубину.

Деструктивные формы очагового гиперкератоза (кратроплакии) характеризуются появлением на красной кайме ограниченных эрозий, трещин и язв. Эпителиальный покров в таких случаях резко истончается — буквально до 2–4 слоев клеток. Параллельно с деструкцией происходят и пролиферативные процессы: по краям дефекта в подлежащие ткани погружаются вновь образованные эпителиальные выросты.

**Папиллома** — опухоль, состоящая из разрастания сосочков соединительной ткани, которые она перчатка покрывают гиперпластический эпителий с явлениями гипер- и паракератоза. Одинаково часто встречается у женщин и мужчин в возрасте 30–50 лет. Обычно это одиночная опухоль, имеет мягкую ножку, реже — широкое основание, диаметр различный — от 1–2 мм до 2 см в диаметре.

Папилломы бывают мягкие и твердые, имеют цвет слизистой оболочки, но при ороговении приобретают белесоватый оттенок. Папиллома с ороговением имеет вишневатую или шероховатую поверхность, покрытую роговыми массами. Поверхность папилломы может изъязвляться (рис. 5.4). Папилломы следует рассматривать как прогрессивное предраковое заболевание с необратимыми изменениями в тканях. Уплотнение ножки папилломы, а также тканей в ее основании, появление болевых ощущений, усиление процессов ороговения или изъязвление служат признаками озлокачествления. Папиллома подлежит удалению или криогенному воздействию.

Дифференциальный диагноз проводится с борозчатой предраком, мягкой фибромой, смешан-



Рис. 5.4. Папиллома верхней губы на широком основании с изъязвлением поверхности

ной опухолью. Окончательный диагноз возможен только после гистологического исследования.

**Кератоакантома** — опухоль, чаще возникающая у жителей сельской местности, 80% заболевших составляют мужчины в возрасте 40–50 лет. В 97% случаев опухолью поражается нижняя губа. Обычно клиническое проявление этого заболевания многообразно и зависит от выраженности отдельных симптомов, из которых складывается внешний вид опухоли. Так называемый классический тип кератоакантомы представлен опухолью округлой формы, плотнo-эластической консистенции. Опухоль выступает над поверхностью губы в виде полушара с кратерообразным западением в центре, которое заполнено роговыми массами. После удаления роговых масс появляется язва с сухим ворсинчатым дном. Язва никогда не кровоточит и не имеет выделений (рис. 5.5). Особенность клинического течения кератоакантомы в стабили-



# Опухоли слюнных желез

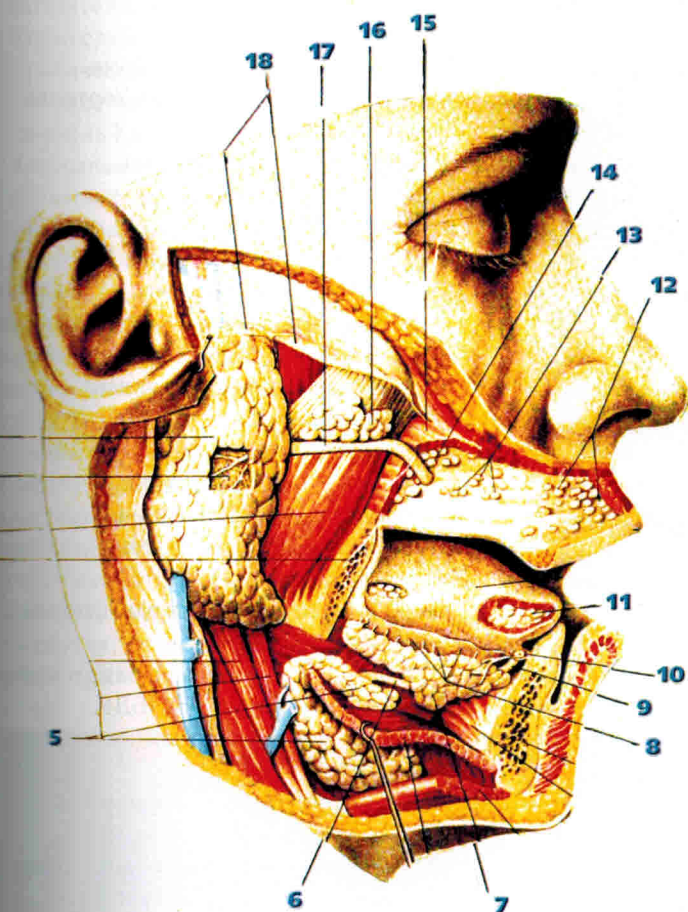


Рис. 11.1. Большие и малые слюнные железы (из атласа Р.Д. Синельникова):

1 — поверхностная часть околоушной слюнной железы; 2 — глубокая часть околоушной слюнной железы; 3 — жевательная мышца; 4 — нижняя челюсть; 5 — поднижнечелюстная слюнная железа; 6 — проток поднижнечелюстной слюнной железы; 7 — подъязычная слюнная железа; 8 — малые слюнные протоки; 9 — большой подъязычный проток; 10 — подъязычные протоки; 11 — передняя язычная железа; 12 — губные железы; 13 — язычные железы; 14 — молярные железы; 15 — щечная мышца; 16 — добавочная околоушная слюнная железа; 17 — проток околоушной слюнной железы; 18 — фасция околоушной слюнной железы

Опухоли слюнных желез — предмет научных исследований, которым клиника опухолей головы и шеи РОНЦ РАМН занималась с момента своего основания в 1965 г. За прошедшие годы детально изучены вопросы гистогенеза эпителиальных опухолей слюнных желез, оценена возможность практического использования Международной клинической и морфологической классификации опухолей, проведена комплексная клинико-морфологическая оценка отдельных видов новообразований и эффективность существующих методов лечения. Материалы многолетних исследований обобщены в монографии А.И. Пачеса и Т.Д. Таболиновской, вышедшей в свет в 2009 г. Большое число клинических наблюдений и проведенные исследования значительно изменили и расширили наши знания об опухолевой патологии слюнных желез, которые мы представляем в настоящей главе.

## Эпидемиология и распространенность

По сводным материалам европейской статистики, частота всех опухолей слюнных желез регистрируется в пределах 0,4–13,5 случая на 100 000 населения, злокачественных опухолей — 0,4–2,6 случая на 100 000 населения. В США удельный вес злокачественных опухолей слюнных

желез среди всех злокачественных новообразований составляет 0,3 %. По данным РОНЦ, опухоли слюнных желез занимают 1–5 % в структуре онкологической заболеваемости человека и 3 % среди опухолей головы и шеи.

В 2008 г. в России среди пациентов-мужчин доля пациентов с новообразованиями этой локализации составила 0,24 %, среди женщин — 0,20 %, среди детей до 14 лет: мальчики — 0,28 %, девочки — 0,35 %. В Москве число впервые зарегистрированных больных в 2008 г. было 0,13 % среди мужчин и 0,15 % среди женщин, в Санкт-Петербурге — 0,31 и 0,29 % соответственно. В Беларуси эти цифры составили соответственно 0,24 и 0,16 %, в Узбекистане — 0,85 и 0,80 %. Обычный показатель заболеваемости на 100 000 населения в Республике Беларусь для лиц обоего пола в 2008 г. был 0,84 (1,0 у мужчин, 0,66 у женщин), стандартизованный европейский — 0,82 (1,1 у мужчин, 0,55 у женщин), мировой — 0,58 (0,67 у мужчин, 0,41 у женщин). Средний возраст больных равнялся 61,8 года. В России в период с 2003 по 2008 г. общий прирост вновь выявленных больных зарегистрирован только у женщин — 6,7 %.

В качестве этиологических причин рассматриваются вредные факторы окружающей среды (высокодозное лучевое воздействие, частое рентгенологическое исследование органов головы и шеи, терапия радиоактивным йодом, чрезмерное ультрафиолетовое излучение). Подтверждают роль вируса Эпштейна—Барр (ВЭБ) в патогенезе аденолимфомы, курения, питания, связь некоторых профессий с частотой заболеваемости раком слюнной железы. Обнаружена гормональная активность нормальной и опухолевой тканей слюнной железы. Продолжаются исследования генных мутаций слюнных онкогенов, участвующих в опухолевом генезе. Наибольшее число сторонников имеет эпителиальная теория происхождения новообразований. Многие исследователи считают, что источником развития всех компонентов опухоли служит эпителий дифференцированной слюнной железы.

## Патоморфология

Изучение морфогенеза опухолей слюнных желез стало поводом для пересмотра морфологической классификации этих новообразований. На протяжении многих лет в своей работе мы использовали Международную гистологическую классификацию ВОЗ (1972, 1991). Морфологические и клиничко-морфологические исследования, проведенные в клинике опухолей головы и шеи и отделе патоморфологии опухолей чело-

века РОНЦ РАМН, изменили наши представления о цилиндроме, мукоэпидермоидной ацинозно-клеточной опухоли. В 2005 г. опубликована новая Международная гистологическая классификация опухолей слюнных желез ВОЗ, которой выделяют среди эпителиальных опухолей 14 доброкачественных и 24 злокачественных нозологий. Отличие этой классификации состоит в выделении ряда подтипов опухолей в самостоятельные морфологические структуры. В нашей работе принята модифицированная классификация выделенных групп следующим образом.

### I. ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ.

#### A. Доброкачественные.

1. Плеоморфная аденома.
2. Миоэпителиома.
3. Базальноклеточная аденома.
4. Аденолимфома (опухоль Уортина).
5. Онкоцитомы.
6. Каналикулярная аденома.
7. Сальная аденома.
8. Лимфаденома сальная.
9. Лимфаденома несальная.
10. Протоковые папилломы:
  - а) инвертирующая протоковая папиллома.
  - б) внутрипротоковая папиллома.

#### Б. Злокачественные.

11. Сиалоаденома папиллярная.
12. Цистаденома.
1. Ацинозно-клеточный рак.
2. Муцинозная аденокарцинома.
3. Мукоэпидермоидный рак.
4. Аденокистозный рак.
5. Полиморфный рак низкой степени злокачественности.
6. Эпителиально-миоэпителиальный рак.
7. Светлоклеточный рак, БДУ.
8. Базальноклеточная аденокарцинома.
9. Сальный рак.
10. Сальная лимфаденокарцинома.
11. Цистаденокарцинома.
12. Крибриформная цистаденокарцинома низкой степени злокачественности.
13. Онкоцитарный рак.
14. Рак из протоков слюнной железы.
15. Аденокарцинома, БДУ.
16. Миоэпителиальный рак.
17. Рак из плеоморфной аденомы.
18. Карциносаркома.
19. Метастазирующая плеоморфная аденома.
20. Плоскоклеточный рак.
21. Мелкоклеточный рак.
22. Крупноклеточный рак.



23. Лимфоэпителиальный рак.
24. Сиалобластома.
- В. Опухоли мягких тканей.
- Г. Опухоли лимфогемопозитической системы.
1. Лимфома Ходжкина.
2. Диффузная В-крупноклеточная лимфома.
3. Экстранодальная В-клеточная лимфома маргинальной зоны.
4. Вторичные опухоли.

#### ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ.

1. Сиалоаденоз.
2. Онкоцитоз.
3. Некротическая сиалометаплазия (инфаркт слюнной железы). Доброкачественное лимфоэпителиальное поражение.
4. Киста слюнной железы.
5. Хронический склерозирующий сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы (опухоль Кюттнера).
6. Кистозная лимфоидная гиперплазия у пациентов с синдромом приобретенного иммунодефицита.

#### Клиника

Большинство (95 %) новообразований имеет эпителиальную природу. В 88 % случаев опухоли локализируются в больших слюнных железах (рис. 11.2 и 11.3), в 12 % — в малых. Опухоли малых слюнных желез могут развиваться в любой анатомической части полости рта (рис. 11.4), однако чаще наблюдаются на твердом нёбе (65 %), на границе мягкого и твердого нёба (12 %), альвеолярных отростках верхних челюстей (15 %). Довольно редко опухоли малых слюнных желез встречаются в верхних дыхательных путях: полости носа, придаточных пазухах, гортани, трахее.



Рис. 11.2. Типичная локализация опухоли околоушной слюнной железы



Рис. 11.3. Типичная локализация опухоли поднижнечелюстной слюнной железы

Мягкотканые опухоли слюнных желез следует классифицировать согласно Международной ги-

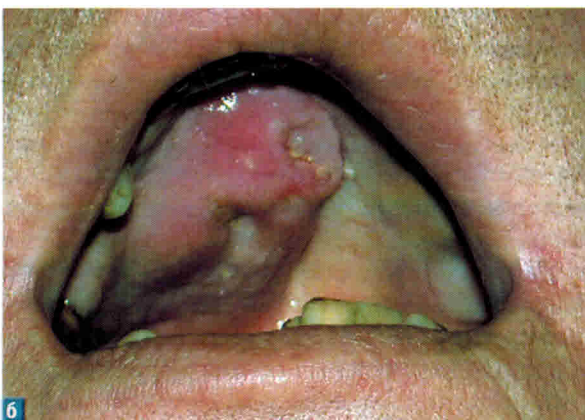


Рис. 11.4. Новообразования, исходящие из малых слюнных желез:

а — плеоморфная аденома твердого и мягкого нёба; б — аденокистозный рак твердого нёба с прорастанием в полость носа

стологической классификации опухолей мягких тканей ВОЗ № 12.

Мягкотканые доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желез составляют, по нашим данным, около 1,9–4,7 % всех опухолей слюнных желез, причем на долю злокачественных приходится 0,3–0,6 %. Соотношение доброкачественных и злокачественных опухолей, по разным данным, варьирует от 3:1 до 18:1. Более 85 % мезенхимальных опухолей развиваются в околоушной слюнной железе, 10 % — в поднижнечелюстной слюнной железе; в подъязычной слюнной железе описаны лишь редкие случаи. Среди доброкачественных опухолей 40 % составляют сосудистые новообразования, 75–80 % из них представлены гемангиомами. Большинство других сосудистых опухолей — лимфангиомы. Мы наблюдали нейрогенные, фибробластические/миофибробластические опухоли, липомы, новообразования из других тканевых источников и опухолеподобные процессы.

В слюнной железе может возникнуть любой тип саркомы. Чаше других встречается гемангиоперцитомы, злокачественная шваннома, фибросаркома, злокачественная фиброзная гистиоцитомы. Саркомы отличаются выраженной агрессивностью, рецидивированием после лечения (40–60 %), отдаленным метастазированием (38–70 %), высокой летальностью (38–65 %) в течение первых 3 лет после установления диагноза. Наиболее радикальным методом лечения является максимально широкое оперативное вмешательство с последующей лучевой терапией.

В слюнных железах встречаются **первичные лимфомы** и выявляются поражения слюнных желез при генерализации системного заболевания. Как и в других органах, первичные лимфомы слюнных желез могут развиваться в лимфоузлах или ткани железы, инфильтрируя ее паренхиму. По данным литературы, лимфомы составляют 2–5 % всех опухолей слюнных желез и в 10 % случаев сочетаются с сиалоаденитами, миозепителиальными сиалоаденитами или синдромом Шегрена. Возраст больных 60–70 лет, преобладают женщины. 70–80 % поражений локализируются в околоушной слюнной железе, около 20 % — в поднижнечелюстной и менее 10 % — в подъязычной и малых слюнных железах. Лимфома Ходжкина наблюдается как исключение. По нашим данным, первичные локализованные злокачественные лимфомы среди всех злокачественных опухолей слюнных желез составили 0,6 %.

Вовлечение в процесс слюнных желез при лимфоме Ходжкина наблюдается очень редко и среди первичных лимфом слюнных желез составляет не

более 4 %. Могут встречаться, согласно данным литературы, два варианта, поражающих так или иначе слюнные железы: классический вариант лимфомы Ходжкина и нодулярный вариант с лимфоидным преобладанием. Редко лимфома Ходжкина может развиваться на основе опухоли Уортона. Более подробное описание клиники и морфологии лимфомы Ходжкина дано в соответствующих руководствах, посвященных опухолям гематолимфатической системы.

*Первичные неходжкинские лимфомы* слюнных желез составляют около 5 % всех интраканальных лимфом и около 2 % всех опухолей слюнных желез. Уверенно говорить о первичности лимфомы слюнных желез можно только при выявлении паренхимы железы и клинических проявлениях болезни в данной локализации. Случаи поражения НХЛ внутрижелезистых лимфоузлов и вовлечения паренхимы слюнных желез развиваются как нодальные лимфомы.

Наиболее часто из больших желез поражается околоушная слюнная железа (до 75 %), за ней следует поднижнечелюстная (около 20 %). Большинство пациентов находятся в возрасте 60 лет и старше, билатеральное поражение встречается примерно в 10 % случаев. У большинства наруживается пальпируемое образование. Повышенная чувствительность отмечается в большей части наблюдений.

Гистологические типы НХЛ, наблюдаемые в слюнной железе, в большинстве своем относятся к В-клеточным лимфомам. Ранее отмечалось, что наиболее частый тип — фолликулярная лимфома, она составляла до 50 % случаев. Однако в настоящее время считается, что многие из типов лимфом слюнных желез, по-видимому, были нодальными, т. е. возникали из лимфоузла внутри железы с последующей инфильтрацией паренхимы слюнной железы, или представляли собой экстраканальную В-клеточную лимфому маргинальной зоны MALT-типа с выраженной фолликулярной инфильтрацией. Экстранодальная В-клеточная лимфома маргинальной зоны MALT-типа — наиболее частый тип лимфомы происхождения из слюнных желез. Она часто сочетается с синдромом Шегрена. Лимфома маргинальной зоны также может вовлекать в процесс ткань слюнной железы, но пациенты часто обращаются с уже далеко зашедшей стадией заболевания, когда отмечаются поражения других органов и локализация. Важно не спутать лимфому зоны мантлы с экстраканальной нодальной В-клеточной лимфомой маргинальной зоны, т. к. первая обладает намного худшим прогнозом, чем вторая.



### Эпидемиология и распространенность

Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух в структуре онкологической заболеваемости населения России занимают 35-е место, составляя 0,13 % у мужчин и 0,13 % у женщин. Среди всех злокачественных опухолей головы и шеи они составляют 3 %. Несмотря на небольшой удельный вес злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух среди других опухолей, абсолютное число больных, представленных на учет в 2010 г., было 898 человек. Заболеваемость в России составляет 0,82 случая на 100 000 населения у мужчин и 0,48 — у женщин, не отличаясь от европейского показателя, что выше мирового стандарта (0,62 на 100 000). В США заболеваемость составляет 0,5–1,0 на 100 000 человек. В Японии доля опухолей полости носа и придаточных пазух среди злокачественных опухолей головы и шеи превышает 20%. Средний возраст заболевших мужчин 64,2 года, женщин — 64,7 года. Заболеваемость регистрируется во всех возрастных группах, прогрессивно повышаясь с возрастом, достигая своего пика в 60–75 лет (4,3 на 100 000 населения). Статистические материалы свидетельствуют о повышении заболеваемости в России в период с 2003 по 2008 г. на 11,4 % у мужчин и 17,8 % у женщин.

### Факторы риска

Новообразования в полости носа и придаточных пазухах, развиваются на фоне хронических гиперпластических процессов. Предшествующими заболеваниями являются:

- полипозный риносинусит с железисто-фиброзным полипом,
- плеоморфная аденома малой слюнной железы области нёба,
- полипозный риносинусит с инвертированной или переходноклеточной папилломой на фоне метаплазии и дисплазии эпителия тяжелой степени (ДТС),
- хроническая язва, перфорация носовой перегородки и лейкоплакия,
- хронический гиперпластический гайморит с ДТС,
- пигментный невус, радикулярная или фолликулярная киста,
- постлучевые повреждения тканей,
- фиброматоз,
- хронический фронтит в сочетании с травмой,
- гемангиома,
- остеобластокластома,
- плоскоклеточная папиллома.

По данным А.У. Минкина (2011), фоновые процессы предшествуют раку в 56,7 % случаев. Грануляции и полипы под действием постоянных гнойных выделений превращаются в рак. Развитию патологических состояний способствуют неблагоприятные факторы внешней среды, воздействие (вдыхание) канцерогенных веществ физической и химической природы, особенно в группе лиц, связанных с вредным производством, прижизненное или удаление полипозных новообразований.

## Гистоморфология

Слизистые оболочки носа и придаточных пазух покрыты многоядерным мерцательным эпителием, содержащим бокаловидные клетки. Под ним располагается рыхлая фиброзная ткань с белковокальциевыми железами. В области грушевидной ямки преддверия носа мерцательный эпителий переходит в многослойный плоский эпителий, в области слизистой оболочки появляются сальные железы и волосяные фолликулы. В глубине носовых и придаточных пазух слизистая оболочка переходит в переходный эпителий.

В гистоморфологическом многообразии развивающихся в этой области патологических процессов отражено современным вариантом Международной гистологической классификации ВОЗ.

### ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ

- А. Доброкачественные
  1. Плоскоклеточная папиллома
  2. Переходноклеточная папиллома (цилиндроклеточная папиллома, папиллома из ресничатого эпителия):
    - а) инфильтративная
    - б) экзофитная
  3. Аденома
    4. Оксифильная аденома (онкоцитомы)
    5. Полиморфная аденома (смешанная опухоль)
    6. Злокачественные
      1. Рак *in situ*, БДУ
      2. Рак, БДУ
        3. Крупноклеточный рак, БДУ
        4. Крупноклеточный нейроэндокринный рак
        5. Недифференцированный рак, БДУ
        6. Анапластический рак, БДУ
        7. Гигантоклеточный и веретенноклеточный рак
        8. Гигантоклеточный рак
        9. Веретенноклеточный рак, БДУ
        10. Псевдосаркоматозный рак
        11. Мелкоклеточный рак, БДУ
        12. Овсяноклеточный рак
        13. Мелкоклеточный веретенноклеточный рак
        14. Мелкоклеточный промежуточный рак
        15. Мелкоклеточный и крупноклеточный рак
        16. Веррукозный рак, БДУ
        17. Папиллярный плоскоклеточный рак, неинвазивный
        18. Папиллярный плоскоклеточный рак
        19. Плоскоклеточный рак *in situ*, БДУ
        20. Плоскоклеточный рак, БДУ
        21. Ороговевающий плоскоклеточный рак, БДУ
          22. Крупноклеточный плоскоклеточный рак
          23. Плоскоклеточный рак, мелкоклеточный, неороговевающий

24. Веретенноклеточный плоскоклеточный рак
25. Аденоидный плоскоклеточный рак
26. Плоскоклеточный рак *in situ* с подозрением на инвазию в строму.
27. Микроинвазивный плоскоклеточный рак
28. Лимфоэпителиальный рак
29. Базалоидный плоскоклеточный рак
30. Светлоклеточный плоскоклеточный рак
31. Базальноклеточный рак, БДУ
32. Многоочаговый поверхностный базальноклеточный рак
33. Инфильтративный базальноклеточный рак, БДУ
34. Фиброэпителиальный базальноклеточный рак
35. Базально-плоскоклеточный рак
36. Узловой базально-клеточный рак
37. Железисто-плоскоклеточный рак
38. Базалоидный рак
39. Аденокарцинома *in situ*, БДУ
40. Аденокарцинома, БДУ
41. Аденокарцинома кишечного типа
42. Рак диффузного типа
43. Базальноклеточная аденокарцинома
44. Аденокистозный рак
45. Нейроэндокринный рак, БДУ
46. Светлоклеточная аденокарцинома, БДУ
47. Мукоэпидермоидный рак
48. Цистаденокарцинома, БДУ
49. Муцинозная аденокарцинома
50. Муцинпродуцирующая аденокарцинома
51. Медуллярный рак, БДУ
52. Полиморфная высокодифференцированная аденокарцинома
53. Ацинарноклеточный рак
54. Железисто-плоскоклеточный рак
55. Эпителиально-миоэпителиальный рак
56. Аденокарцинома с дифференцировкой по типу нейроэндокринных клеток
57. Злокачественная смешанная опухоль, БДУ
58. Рак в плеоморфной аденоме

### II. ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

- А. Доброкачественные
  1. Гемангиома
  2. Гемангиоперицитомы
  3. Нейрофиброма
  4. Неврилеммома (шваннома)
  5. Миксома
  6. Фиброксантома
  7. Другие.
- Б. Злокачественные
  1. Злокачественная гемангиоперицитомы
  2. Фибросаркома
  3. Рабдомиосаркома



4. Нейрогенная саркома
  5. Злокачественная фибросаркома
  6. Другие
- III. ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И ХРЯЩЕЙ**
- A. Доброкачественные**
1. Хондрома
  2. Остеома
  3. Оссифицирующая фиброма
  4. Другие
- Б. Злокачественные**
1. Хондросаркома
  2. Остеосаркома
  3. Другие
- IV. ОПУХОЛИ ЛИМФОГЕМОПОЭТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ**
1. Лимфома Ходжкина
  2. Диффузная крупноклеточная  $\beta$ -клеточная лимфома
  3. Экстранодальная  $\beta$ -клеточная лимфома маргинальной зоны MALT-типа
  4. Анапластическая крупноклеточная лимфома, периферическая Т-клеточная лимфома
  5. Экстранодальная лимфома из НК-клеток назального типа
  6. Другие
- V. ОПУХОЛИ СМЕШАННОГО ГЕНЕЗА**
1. Тератома
  2. Менингиома
  3. Одонтогенные опухоли
  4. Меланогенная нейроэктодермальная опухоль
  5. Злокачественная меланома
  6. Эстезионейробластома
  7. 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» гранулема
  10. Инфекционная гранулема
  11. Холестериновая гранулема
  12. Гранулема Стюарта
  13. Гранулематоз Вегенера
  14. Гетероплазия глиальная в носу
  15. Менингоцеле

Наиболее частый гиперпластический процесс — фиброзный (аллергический) полип. Исходит из слизистой оболочки среднего носового хода или из верхнечелюстной пазухи. Величина и количество полипов могут быть разными, после удаления склонны к рецидивированию. Озлокачествляются редко. В зависимости от количества и характера полипов различают также аденоматозный, железистый, ангиоматозный виды полипа. Пролiferация и метаплазия эпителия в сторону многослойного плоского эпителия дает основание для развития интратриэпителиального рака (*carcinoma in situ*).

## 14.1. Доброкачественные опухоли

*Папиллома* развивается обычно на фоне воспалительных синуситов, зачастую на поверхности слизистой оболочки носовых полипов. Различают папилломы полости носа и полости носа. Первые (твердые папилломы) имеют серую окраску, ворсинчатую поверхность, они плотные, не достигают значительного размера (1–2 см), озлокачествляясь, превращаются в плоскоклеточный рак. В верхнечелюстной пазухе, в области нижней носовой раковины, на средней перегородке наблюдаются мягкие папилломы, покрытые призматическим или переходным эпителием. Папилломы полости носа могут быть единичными и множественными. Это дольчатые или полиповидные образования мягкой консистенции серо-белого цвета, по виду напоминают цветную капусту, легко кровоточат. На их фоне развивается папиллярный рак. Дифференциальный диагноз проводится с сосочковой гиперплазией. Папилломы носа проявляются затруднением носового дыхания, обильными слизисто-гнойными выделениями, часто с примесью крови. Упорное рецидивирование, распространенность поражения и наличие костной деструкции свидетельствуют о малигнизации папилломы, что подтверждает гистологическое исследование.

*Аденома* встречается редко, растет из слизистой оболочки желез, может локализоваться в любом отделе полости носа в решетчатой и верхнечелюстной пазухах. Если поражается латеральная стенка носа озлокачивается, превращаясь в аденокарциному, склонна к рецидивированию. Имеет вид инкапсулированной опухоли с широким основанием, покрытого неизмененной слизистой оболочкой. Аденому отличает медленный рост, опухоль достигает не более 2 см в диаметре. Постепенно затрудняется носовое дыхание. Озлокачествление аденомы сопровождается быстрым увеличением опухоли, прорастанием ее в окружающие

тани, изменением гистологической структуры. Дифференцировать аденому следует от железистой гиперплазии. Из эпителия слюнных, слезных, потовых желез развиваются разновидности аденомы, которые озлокачиваясь, превращаются в соответствующие разновидности рака.

**Фиброма** носа встречается редко. Различают фиброму (слизистый полип) носовых ходов и фиброму хоан. Фиброма имеет бугристую поверхность, широкое основание, серовато-синеватый цвет, эластическую консистенцию, характеризуется медленным ростом. Ранний симптом — затруднение носового дыхания. При поражении поверхности фибромы появляется гноестерильное отделяемое с примесью крови. Большая опухоль может вызывать смещение носовой перегородки и деформацию наружного носа.

**Фиброма** развивается исключительно редко из слизистой части перегородки носа, а также в верхнечелюстной, основной и решетчатой пазухах, имеет медленный рост.

**Фиброма** встречается в придаточных полостях в виде солитарной, редко — множественной опухоли плотной консистенции, неподвижной и инкапсулированной, с медленным ростом. В носу может быть компактной, губчатой и смешанной. Клиническое течение зависит от размера, локализации образования и направления роста. Вызывает деформацию лица, смещение глазного яблока, вдавливая в полость черепа, вызывает сдавление головного мозга. Смешанные опухоли встречаются в полости носа крайне редко, по микроскопическому строению не отличаются от аналогичных новообразований малых слюнных желез полости рта и относятся к доброкачественным опухолям.

**Поллипы** наблюдаются редко, чаще у молодых людей, имеют вид полипа, локализуящегося в верхней и нижней носовых раковинах, носовой перегородке, могут достигать большого размера. Капиллярные и кавернозные гемангиомы локализуются в периферической стенке, отличаются быстрым ростом, вызывают частые носовые кровотечения. Гемангиомы склонны к рецидивированию, возможно озлокачивание. Кровотокающие полипы хрящевозраста носовой перегородки имеют красный цвет, шаровидную форму, гладкую поверхность.

**Смешанные опухоли** встречаются в полости носа крайне редко, по микроскопическому строению не отличаются от аналогичных новообразований малых слюнных желез полости рта.

В области носовой перегородки, чаще у мужчин в 40–60 лет, встречается **экстремедуллярная ангиоматозная опухоль**, имеющая вид ангиоматозного полипа на широком основании.

## Лечение

Основной метод лечения доброкачественных опухолей и предопухолевых процессов — хирургический. Объем оперативного вмешательства определяется локализацией поражения, его распространенностью и гистологической формой. Может быть использован как эндоназальный, так и наружный доступ.

## 14.2. Злокачественные опухоли

Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух в 73,2 % случаев имеют эпителиальную природу, в 26,8 % — соединительнотканную. Различают 58 гистологических типов рака, но наиболее часто встречается плоскоклеточный рак, составляя, по данным разных авторов, 54,8–92,8 %. Рак из малых слюнных желез наблюдается в 5,7–20 % случаев. Среди соединительнотканых опухолей наиболее часто встречается эстезионейробластома (61,9 %), реже — рабдомиосаркома (14,3 %). Меланома полости носа отмечается редко, но в некоторых сообщениях распространенность достигает 10,4 %, локализуется в области дна и в передних отделах носовой полости, характеризуется менее агрессивным течением в сравнении с локализацией в других органах.

Распространенность раковых опухолей назотомоидального комплекса, верхнечелюстной пазухи определяется по классификации ВОЗ.

### Анатомические области и зоны

Выделяют следующие области:

1. Верхнечелюстная пазуха.
2. Полость носа.
3. Решетчатый лабиринт.

Две последние области — полость носа и решетчатый лабиринт — составляют *назотомоидальный комплекс*.

В верхнечелюстной пазухе выделяют правую и левую зоны.

Полость носа разделена на следующие анатомические зоны: перегородка, дно, боковая стенка, преддверие.

Решетчатый лабиринт перегородкой носа разделен на две зоны: правую и левую.

### Клинико-анатомические границы полости носа:

- передняя — плоскость, проходящая через грушевидную вырезку, отделяющая полость носа от преддверия;



- задняя — вертикальная полость, проходящая через хоаны, отделяющая полость носа от носоглотки;
- верхняя — верхний свод полости носа, ограниченный носовой костью, дырчатой пластиной, решетчатой костью и телом клиновидной кости;
- нижняя — дно носовой полости;
- внутренняя — перегородка носа;
- наружная — наружная стенка, включает носовые раковины, ограничивает полость носа от верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта.

## Классификация по системе TNM

### T — первичная опухоль

- TX** — первичную опухоль оценить невозможно;  
**T0** — первичная опухоль не определяется;  
**Tis** — рак *in situ*.

### Верхнечелюстная пазуха

- T1** — опухоль ограничена слизистой оболочкой без эрозий и деструкции кости;
- T2** — опухоль вызывает эрозию или деструкцию кости, включая распространение на твердое нёбо и/или средний носовой ход, за исключением поражения задней стенки верхнечелюстной пазухи и крыловидного отростка клиновидной кости черепа;
- T3** — опухоль распространяется на одну из следующих областей: кость задней стенки верхнечелюстной пазухи, подкожные ткани, дно или медиальную стенку глазницы, крыловидную ямку, решетчатый лабиринт;
- T4a** — опухоль прорастает в любую из следующих структур: элементы передних отделов глазницы, кожу щеки, крыловидный отросток клиновидной кости, подвисочную ямку, решетчатую пластинку, а также клиновидную или лобную пазуху;
- T4b** — опухоль распространяется на одну из следующих областей: верхушку глазницы, твердую мозговую оболочку, головной мозг, среднюю черепную ямку, черепные нервы, за исключением области разделения тройничного нерва в верхней челюсти (вторая ветвь тройничного нерва), носоглотку или скат.

### Носовая полость и решетчатый лабиринт

- T1** — опухоль ограничена одним отделом полости носа или решетчатой пазухой (с инвазией в кость или без нее);

- T2** — опухоль поражает две анатомические зоны одной области либо распространяется с поражением смежных отделов в отношении к носо-решетчатому комбинату (с инвазией в кость или без нее);
- T3** — опухоль поражает медиальную стенку или дно глазницы, верхнечелюстную пазуху, нёбо или решетчатую пластинку;
- T4a** — опухоль распространяется на одну из следующих областей: элементы передних отделов глазницы, кожу носа или щеки, минимально распространяется на среднюю черепную ямку, крыловидный отросток клиновидной кости, а также клиновидную или лобную пазуху;
- T4b** — опухоль поражает одну из следующих областей: верхушку глазницы, твердую мозговую оболочку, головной мозг, среднюю черепную ямку, черепные нервы, за исключением области разделения тройничного нерва в верхней челюсти (вторая ветвь тройничного нерва), носоглотку или скат.

### N — регионарные лимфоузлы

- NX** — состояние регионарных лимфоузлов оценить невозможно;
- N0** — метастазов в регионарных лимфоузлах нет;
- N1** — метастаз не более 3 см в наибольшем измерении в одном лимфоузле на стороне поражения;
- N2** — метастаз:
- N2a** — метастаз 3,1–6,0 см в наибольшем измерении в одном лимфоузле на стороне поражения;
- N2b** — метастазы не более 6 см в наибольшем измерении в нескольких лимфоузлах на стороне поражения;
- N2c** — метастазы не более 6 см в наибольшем измерении в двусторонних или контралатеральных лимфоузлах;
- N3** — метастаз более 6 см в наибольшем измерении в лимфоузле диаметром.

### M — отдаленные метастазы

- M0** — отдаленных метастазов нет;
- M1** — имеются отдаленные метастазы.

### pTNM — патоморфологическая классификация

Категории pT, pN и pM соответствуют стандартным категориям T, N и M.

### G — гистопатологическая дифференцировка

- GX** — степень дифференцировки оценить невозможно;

- недифференцированная опухоль;
- недифференцированная опухоль;
- недифференцированная опухоль.

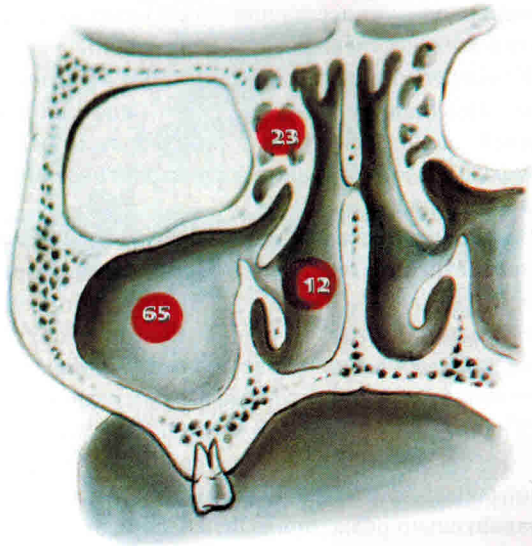
**Классификация по стадиям**

Т0	Tis	N0	M0
Т1	T1	N0	M0
Т2	T2	N0	M0
Т3	T3	N0	M0
Т4	T1, T2, T3	N1	M0
Т4а	T4a	N0, N1, N2	M0
Т4б	T1, T2, T3	N2	M0
Т4в	T4b	Любая N	M0
Т4г	Любая T	N3	M0
Т4д	Любая T	Любая N	M1

**Клиника**

Злокачественные опухоли чаще всего развиваются в верхнечелюстной пазухе. На 2-м месте по частоте — опухоли решетчатого лабиринта. Злокачественные опухоли реже наблюдаются в полости носа и в нижнечелюстной пазухе, хотя, по мнению других исследователей, опухоли полости носа занимают 2-е место (30,8 %). В верхнечелюстной пазухе опухоли встречаются редко, менее 10 %. Кроме того, в эту пазуху почти не растет рак верхнечелюстных областей. В основной пазухе первичные злокачественные опухоли почти не наблюдаются, однако довольно часто прорастает рак слизистой оболочки полости носа и верхнечелюстной пазухи. Иногда злокачественные опухоли возникают в области носовой перегородки. Следует отметить, что раковая опухоль быстро распространяется на соседние структуры и к моменту установления диагноза бывает довольно трудно определить исходную локализацию процесса (13,3 %).

Ранние стадии рака протекают бессимптомно, клиническая картина может напоминать хроническое воспаление. Появляются выделения из носа слизистого характера. В дальнейшем по мере развития опухоли происходит усиление секреции слизистой оболочки носа, выделения приобретают гнойный, а затем слизисто-гнойный характер. В анамнезе отмечается одностороннее нарушение носового дыхания, припухлость лица, выделения из носа, боль, смещение глазного яблока. Степень выраженности затрудненного носового дыхания зависит от исходной локализации и направления роста опухоли. Раньше всего эти симптомы выявляются при раке решетчатого лабиринта и заднего носового хода. Необходимо отметить, что нарушение носового дыхания наблюдается с пораженной стороны и носит прогрессирующий характер. При новообразованиях в верхнечелюстной пазухе носовое дыхание затрудняется после выпя-



**Рис. 14.1.** Частота (%) злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух (по данным РОНЦ РАМН)

чивания опухолью внутренней ее стенки, прорастания опухоли и заполнения опухолевыми массами носового хода. В таких случаях клиническое течение зависит от направления роста опухоли.

Боль при злокачественных опухолях носа и придаточных пазух не свидетельствует о распространенности процесса. Иногда при небольших опухолях наблюдается сильная зубная боль, бывает, что распространенные новообразования не вызывают боли и диагностируются только в связи с нарушениями носового дыхания. Тупая и ноющая боль чаще наблюдается на поздних стадиях процесса. Боль обычно локализуется в области новообразования или иррадирует в зубы, височную область, ухо, глаз. Часто отмечается головная боль, нередко с парестезиями в области лица на стороне расположения опухоли. Головная боль различного характера нередко бывает первым, но не ранним признаком заболевания. При опухолях решетчатого лабиринта она появляется раньше, чем при опухолях верхнечелюстной пазухи. На ранних стадиях боль, как правило, неинтенсивная, не имеет определенной локализации и сопровождается чувством тяжести. В таких случаях при обращении к врачу часто диагностируют неврит или невралгию, назначают лечение, которое обычно неэффективно. При распространенном процессе боль становится сильной.

Невралгия — поздний признак, отмечается при опухолях, распространившихся за пределы челюсти в крылонёбную ямку, но при саркомах задней стенки верхней челюсти невралгическая боль, онемение щеки и верхней губы появляются рано.

Если в области верхней челюсти отмечается боль невыясненной этиологии, не исчезающая на фоне



лечения, следует всегда помнить о возможном развитии злокачественного новообразования.

Кровотечения из носа, экзофтальм и слезотечение, прорастание опухоли в рот, инфильтрация тканей щеки, увеличение регионарных шейных лимфоузлов — признаки распространенности опухолевого процесса.

Во всех случаях нужно стремиться определить основное направление роста опухоли. Это помогает определить прогноз и выбрать наиболее рациональный метод лечения. Раковые опухоли слизистой оболочки полости носа склонны распространяться в придаточные пазухи, сохраняя общее направление в сторону мозга. В 18,5 % случаев злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух распространяются в полость черепа. Сравнительно редко приходится наблюдать больных со злокачественными опухолями полости носа, у которых новообразование растет кнаружи и выступает из носовых ходов (рис. 14.2).

От тканей полости носа и придаточных пазух лимфа оттекает преимущественно в заглоточные и верхние глубокие шейные лимфоузлы, из передних отделов — в поднижнечелюстные лимфоузлы. От тканей верхнечелюстной пазухи лимфа оттекает также в околоушные лимфоузлы (рис. 14.3).

Регионарное метастазирование полости носа и придаточных пазух по сравнению с аналогичными образованиями остальных отделов верхних дыхательных и пищеварительных путей и органов полости рта отмечается значительно реже (5,9 %). По данным РОНЦ РАМН и МНИОИ им. П.А. Герцена, регионарные метастазы наблюдались при верхневнутренней локализации рака верхнечелюстной пазухи в 7,3 % случаев, нижненааружной — в 14,9 %.

Клиническое течение рака слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи с учетом рентгенологической картины помогает определить локализацию процесса и основное направление ее роста (рис. 14.4).

Так, припухлость щеки в большинстве случаев указывает на то, что рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи исходит из передненааружной ее стенки. При локализации процесса в верхней части переднебоковой стенки припухлость определяется несколько ниже наружного угла глаза, глазное яблоко смещается вверх. При расположении опухоли в нижнем отделе переднебоковой стенки выявляется припухлость щеки и инфильтрат в области преддверия рта по переходной складке верхней челюсти. Обнаружение опухоли со стороны твердого нёба и альвеолярного края верхней челюсти или изменение свода нёба и подвижности зубов указы-



Рис. 14.2. Меланома полости носа. Опухоль обтравливается. Выступает из носового хода правой половины носа, выступает из носового хода

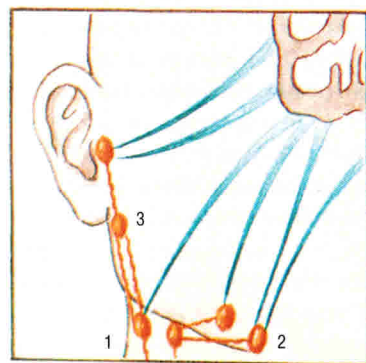
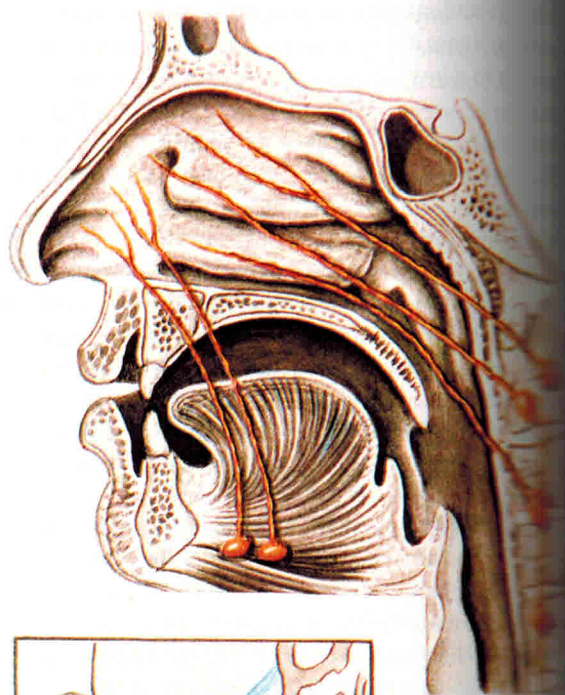


Рис. 14.3. Основные направления оттока лимфы от полости носа и верхнечелюстной пазухи: 1 — глубокие шейные лимфоузлы; 2 — поднижнечелюстные лимфоузлы; 3 — околоушные лимфоузлы



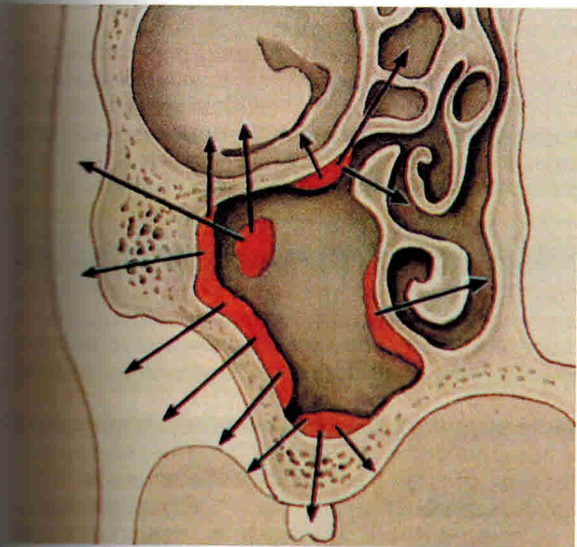


Рис. 14.4. Основные направления роста рака верхнечелюстной пазухи

...на локализацию процесса на нижней стенке пазухи. В таких случаях проводится дифференциальная диагностика со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта, откуда возможно распространение опухоли в верхнечелюстную пазуху.

...формация опухолью носовых ходов — признак поражения медиальной стенки. Данный симптом сопровождается выпячиванием медиальной стенки в этой области. Такие симптомы могут быть при расположении опухоли в верхнезадней части верхнечелюстной пазухи (в заднебоковом углу). При указанной локализации опухоли, кроме того, определяется отек тканей внутреннего угла глаза, нижнего века, слезотечение вследствие вовлечения носослезного канала, смещение глазного яблока. Эти симптомы свидетельствуют о распространении опухоли на решетчатый лабиринт и глазницу. Припухлость верхнего века, выстояние височной ямки, тризм и выпячивание глазного яблока обычно наблюдаются при поражении медиальной и заднебоковой стенки пазухи. Следует иметь в виду, что злокачественная опухоль верхнечелюстной пазухи может распространяться одновременно в нескольких направлениях.

Таким образом, симптомы поражения верхнечелюстных областей пазухи совершенно иные, чем таковые при локализации новообразования в нижнечелюстной ее части. Клиническое течение рака верхнечелюстных областей более тяжелое с худшим прогнозом и требует иных методик лечения. По предложению L. Ohngren выделить переднюю и задневерхнюю локализации опухоли имеет наибольшее практическое значение (рис. 14.5).

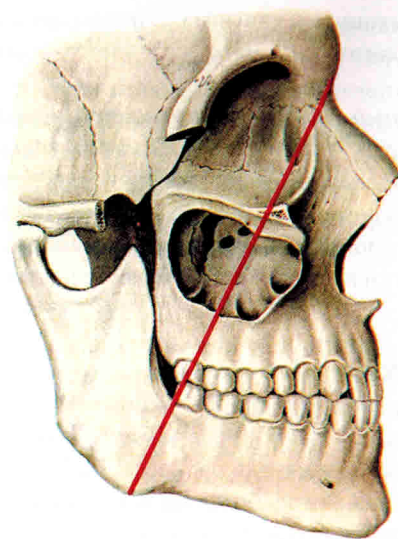


Рис. 14.5. Фронтальная плоскость, условно подразделяющая верхнечелюстную пазуху на задневерхнюю и переднюю области

Ориентирами, через которые проходит условно разделяющая пазуху фронтальная плоскость, служат внутренний угол глаза и угол нижней челюсти. Сагиттальная плоскость, проходящая через зрачок, делит пазуху на четыре анатомических сегмента, обозначая медиальный и латеральный ее отделы.

**Эстеziонейробластома** — исключительно злокачественная опухоль, развивается из нейроэпителия. По материалам РОНЦ, на долю этой опухоли приходится 52,2% среди мягкотканых новообразований (Мудунов А.М., 2011). Гистологическая структура представлена округлыми или овальными клетками с круглым крупным ядром, напоминающими биполярные нейробласты. Опухолевые клетки располагаются тяжами, нередко формируя аркадоподобные структуры. Строма новообразования рыхлая, отечная. Эстеziонейробластома чаще возникает у мужчин, встречается у детей и пожилых лиц. Локализуясь в верхнем носовом ходе, имеет вид мягкотканного полипа, нередко заполняет всю половину носа, прорастает в придаточные пазухи, орбиту, основание черепа, лобную долю головного мозга. Метастазирует в лимфоузлы шеи, средостения, плевру, легкие и кости.

Выделяют три клинко-анатомических варианта в зависимости от путей преимущественного распространения эстеziонейробластомы:

- ринологический — распространение опухоли на передние и средние клетки решетчатого лабиринта, в глазницу, верхнечелюстную пазуху, полость носа;
- носоглоточный — распространение опухоли на задние клетки решетчатого лабиринта, в хоану и носоглотку;
- неврологический — распространение опухоли на основание черепа.



Для верификации диагноза используется комплекс гистологических методик и электронная микроскопия.

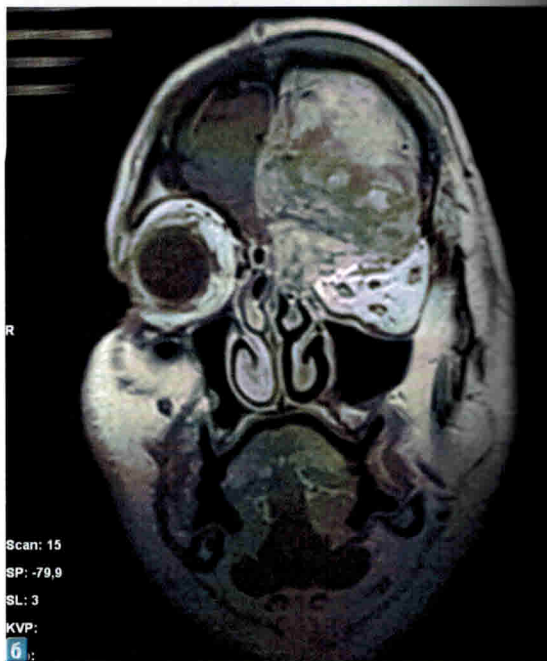
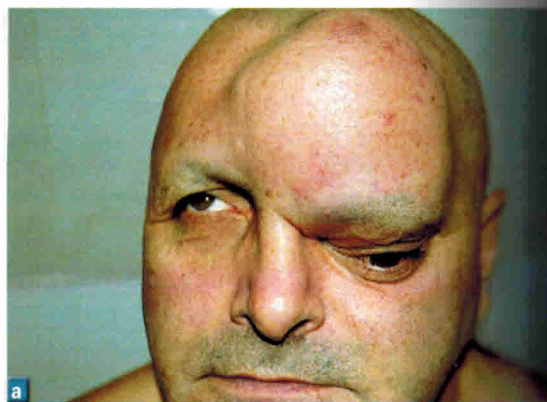
*Аденокистозный рак, мукоэпидермоидный рак* — злокачественные опухоли из малых слюнных желез, обладающие инфильтративным ростом, метастазируют в регионарные лимфоузлы (в основном, мукоэпидермоидный рак) (см. гл. 11). Лимфосаркомы в полости носа протекают менее агрессивно (см. гл. 7).

## Диагностика

Диагностика злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух представляет большие трудности, особенно в начале процесса. 60 %, а по отдельным сообщениям — более 90 % больных поступают на лечение в специализированные клиники с *распространенным опухолевым поражением*, т. к. симптомы заболевания расцениваются врачами общей лечебной сети неверно. Многие больные лечатся у стоматологов, оториноларингологов, невропатологов, офтальмологов и других специалистов. До настоящего времени более 50 % пациентов со злокачественными опухолями носа и придаточных пазух поступают в ЛОР-отделения без подозрения на опухолевый процесс. Нередко новообразование принимают за воспаление верхнечелюстной пазухи и проводят пункции, гайморотомию, вскрытие опухолевого инфильтрата. Стоматологи проводят лечение с диагнозами периодонтит, пульпит, периостит и удаляют зубы. При опухолях носа в анамнезе больных часто отмечаются полипотомия и даже конхотомия.

При распространенном процессе, когда разрушение кости наблюдается почти у 60–70 % больных, затруднения в диагностике встречаются редко, если используются современные клинические и рентгенологические методы исследования (рис. 14.6).

Большую ценность для постановки диагноза всегда представляли изучение анамнеза, данные осмотра и пальпации. **Осмотр и пальпация** позволяют опытному врачу предположить наличие опухоли. Большое значение имеют такие методы исследования, как риноскопия (передняя и задняя), фарингоскопия, пальцевое исследование носоглотки. Сочетанное применение указанных методов позволяет диагностировать новообразование в полости носа или опухоль, распространяющуюся в полость носа из окружающих анатомических структур. При этом устанавливают не только внешний вид опухоли в полости носа, локализацию, кровоточивость, но и выявляют некоторые косвенные симптомы новообразований придаточных пазух носа: наличие деформации стенок полости носа,



**Рис. 14.6.** Распространенная хондросаркома лобной пазухи:  
а — вид анфас; б — КТ-исследование

отек и изъязвления слизистой оболочки, состояние анатомических структур носа, визуально определяемых стенок придаточных пазух (верхнечелюстной, решетчатой, лобной).

**Пальпация** позволяет обнаружить инфильтрацию и разрушение хрящевых и костных структур, увеличенные лимфоузлы шеи. Деформация соответствующих областей лица, твердого неба, экзофтальм, неврологические симптомы свидетельствуют о распространенной опухоли. Для выявления распространения опухолевого процесса за пределы органа необходим осмотр невропатолога, офтальмолога.

**Рентгенологическое исследование** полости носа, придаточных пазух (обзорная рентгенография, томография, КТ, МРТ, ПЭТ) исполь-



веществ) позволяет оценить состояние структур, затенение, в т. ч. регионарное перекреста линий заднебоковой верхней челюсти и большого крыла, размер распространение ее в полость глазницы, основание черепа, взаимоотношение с тканями.

Рентгенологическое обнаружение затенения полости пазухи имеет небольшое значение, т. к. затенение наблюдается при различных заболеваниях. Разрушение кости — важный симптом, особенно в данный период развития рака разрушения большие и могут остаться незамеченными. Затенения на фоне пневматизированной пазухи служат ранним рентгенологическим симптомом, но наблюдается этот симптом редко, т. к. при ранней фазе развития опухоли затенения обычно не обращают. Другие рентгенологические признаки — регионарное затенение перекреста линий заднебоковой верхней челюсти и большого крыла — наблюдаются в тех случаях, когда изменяется структура кости, разрушается кость и появляются другие новообразования. Клинический опыт показывает, что рентгенологические методы исследования (обзорная рентгенография, использование контрастных веществ, томография, КТ) дают важные диагностические сведения, особенно если рентгенограммы проводят в трех основных проекциях: аксиальная, носоподбородочная, косая) интерпретируют с анализом клинических данных. Следует помнить, что при отсутствии клинических признаков злокачественной опухоли верхнечелюстной пазухи рентгенологический метод не имеет решающего значения. В таких случаях только операции могут быть окончательно разрешены диагностические затруднения.

**Морфологическое** подтверждение клинико-рентгенологического диагноза проводится путем биопсии опухоли во время риноскопии, фиброскопии полости носа, пункции интересующей области, увеличенных лимфоузлов. Пункция опухоли и получение материала для цитологического исследования целесообразны при распространенном процессе, когда опухоль заполняет полость или выступает наружу в мягкие ткани лица. При отсутствии подтверждения диагноза опухоли придаточных пазух и невозможности получения материала из заднечелюстной полости применяют хирургический метод диагностики — диагностическую гайморотомию, гаймостомию.

**Дифференциальную диагностику** чаще проводят с такими процессами, как серозно-гиперпластические и полипозные синуситы, хронический

гнойный гайморит, реже — с фиброзной остеодистрофией и иногда с болезнью Вегенера. При распространенной опухоли верхнечелюстной пазухи с выходом процесса на альвеолярный отросток верхней челюсти и твердое небо дифференциальный диагноз проводится со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта, врастающими в пазуху и полость носа.

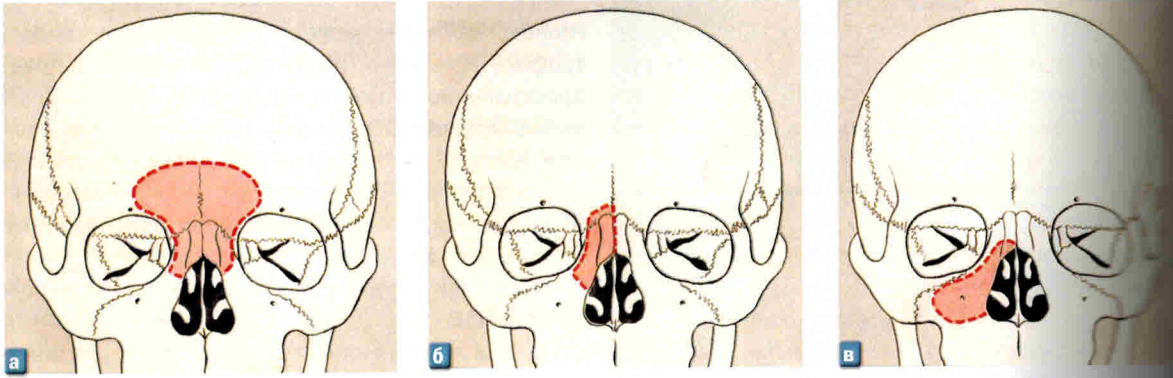
## Лечение

Тактика лечения злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух определяется многими факторами, основными из которых являются распространенность процесса, локализация, морфологическая характеристика. По сводным данным литературы, до 70–90 % пациентов поступают для специального лечения при III–IV стадиях заболевания. По материалам РОНЦ РАМН, хирургическое лечение оказалось возможным у 11,3 % пациентов, химиолучевое — у 39,7 %, комбинированное/комплексное (лучевое/химиолучевое с последующей операцией) — у 43,7 %, химиотерапевтическое — у 5,3 % пациентов. Проводится предоперационное лучевое лечение (СОД 45–50 Гр) с последующей радикальной операцией через 3–4 нед. наружным доступом с широким обнажением анатомических образований полости носа, решетчатой пазухи, верхней челюсти, глазницы (по показаниям). При раке преддверия, передних отделов дна и перегородки полости носа *in situ* и I стадии возможно удаление опухоли эндоназально и методом криодеструкции. При небольших и расположенных в нижних отделах боковой стенки полости носа опухолях может быть проведена операция по Денкеру (рис. 14.7, а). Аналогичная операция иногда рекомендуется при локализации опухоли в среднем отделе. Однако чаще в этих случаях, а также при расположении новообразования в верхних частях полости носа лучше выполнять операцию по Муру (рис. 14.7, б). Удаление опухоли проводят через наружный доступ, резецируют наружную стенку полости носа с носовыми раковинами, все клетки решетчатой пазухи, при прорастании в верхнечелюстную пазуху — пораженные отделы верхней челюсти. При опухолях лобных пазух показана операция Прайзинга (рис. 14.5, в).

При раке носовой перегородки может быть проведена операция по Руже — разрез по переходной складке верхней губы с последующей резекцией носовой перегородки.

При III и операбельной IV стадиях проводят резекцию верхней челюсти или комбинированную резекцию верхней челюсти. Вовлечение в опухолевый процесс глазницы служит показанием к экзэн-





**Рис. 14.7.** Объем удаляемых костных тканей:  
 а — по Денкеру; б — по Муру; в — по Прайзингу

терапии глазницы. При метастазах в регионарных лимфоузлах шеи выполняют расширенно-комбинированные операции (одномоментно с удалением первичной опухоли осуществляется операция на шее в объеме фасциально-фулярного иссечения шейной клетчатки или операции Крайла). Низкодифференцированные злокачественные опухоли подвергаются лучевой терапии по радикальной программе или химиолучевому лечению. В качестве химиопрепаратов рекомендуется использовать препараты платины, фторурацил, блеомицин, доксорубицин, метотрексат в различных режимах.

Лечение эстезионеробластомы в принципе мало отличается от такового при эпителиальных злокачественных опухолях слизистой оболочки полости носа. Наиболее обнадеживающие результаты получены при использовании комплексной терапии (предоперационная гамма-терапия в СОД 40 Гр, хирургическое вмешательство и 3–4 курса адъювантной полихимиотерапии). Радикальные операции при ринологическом и носоглоточном вариантах эстезионеробластомы проводятся доступом по Муру. При неврологическом варианте доступ расширяется и нередко нужна краниофациальная резекция. Выполняют трепанацию лобной кости, лобную и решетчатую пазухи объединяют в единую полость, обнажают твердую мозговую оболочку передней черепной ямки. После удаления орбитального отростка лобной кости и ситовидной пластинки решетчатой кости становятся обозримыми контуры опухоли, определяется возможность ее радикального удаления.

Рак решетчатого лабиринта при ограниченном распространении диктует необходимость иссечения всей опухоли вместе со слизистой оболочкой верхних отделов полости носа. При вовлечении в процесс медиальной стенки глазницы одновременно с удалением решетчатого лабиринта проводим экзентерацию глазницы.

Комбинированный метод лечения, получивший наибольшее признание, применяется в различных вариантах лучевого и хирургического воздействия. Одни клиницисты считают, что лучевую терапию следует проводить перед операцией, другие — послеоперационный период. Наиболее радикальной признана дистанционная гамма-терапия. Клиницисты предоперационной лучевой терапии полагают, что в результате такого метода лечения к моменту операции подавляется биологическая активность злокачественной опухоли, опухоль уменьшается и ограничивается, исчезают или уменьшаются вторичные воспалительные изменения. Приверженцы послеоперационного облучения считают, что во время операции можно четко установить границы опухоли и хирург может указать радиологу зоны необходимого облучения.

Мы считаем, что основным при лечении злокачественных опухолей должно быть стремление максимально подавить биологическую активность опухоли до операции и радикально удалить опухоль. Границы опухоли во время операции можно определять не только лишь макроскопические. Лучевая терапия в послеоперационный период показана только в случае нерадикально проведенной операции.

При опухолях трех первых стадий мы проводим лучевую терапию ежедневно. Выбор полей облучения, их размер и форма зависят от того, какой отдел преимущественно поражен. При злокачественных опухолях верхнечелюстной пазухи обычно используют два поля (переднее и боковое), РОД 2 Гр, СОД 40 Гр. При поражении всех стенок верхнечелюстной пазухи проводится паллиативная лучевая терапия с целью уменьшить опухоль, интоксикацию, повысить качество жизни больного. В ряде случаев опухоль регрессирует настолько, что становится операбельной. Саркомы и некоторые другие новообразования в результате лучевого воздействия редко подвергаются значительной регрессии.



(хирургический) этап мы осуществляем через 3–5 нед. после стихания лучевого эпителиита. До настоящего времени дискутируются способы хирургического вмешательства. Одни хирурги предпочитают ножевой («кровоавый») способ операций, другие — электрохирургический. Применение ножевого способа обосновывают, прежде всего, из-за известными недостатками электрохирургического метода (длительное отторжение некротических тканей, вероятность позднего кровотечения, боль). Положительным моментом электрохирургического способа операции, по мнению его сторонников, является: незначительная кровопотеря во время операции (даже при неперевязанной наружной сонной артерии), тромбирование лимфатических и кровеносных сосудов, абластичность операции за счет сжигания опухолевых тканей перед их послойным удалением и возможность более радикального вмешательства, отсутствие болевых ощущений в ближайшие дни после операции.

Операции по поводу злокачественных опухолей носа и придаточных пазух травматичны и сопровождаются кровопотерей. При типичных небольших поражениях наружную сонную артерию не перевязываем. Сосуды перевязываем лишь при поражении задней стенки верхнечелюстной пазухи и при расширении расширенных операций.

В предоперационный период проводят лечебные мероприятия по улучшению общего состояния пациента, совместно с ортопедом обсуждают вопросы возможных послеоперационных дефектах лица и конечностях и мерах по их устранению. Изготавливают непосредственный протез в виде защитной пластины.

В РОНЦ РАМН используют электрохирургический и хирургический способы операций строго по показаниям, с учетом принципов абластики и радикальности хирургического вмешательства.

Операцию по поводу злокачественной опухоли носа и придаточных пазух необходимо осуществлять из широкого доступа с возможностью обхода всех полостей и глазницы.

В технике опухолей головы и шеи В.П. Бойковым обеспечены доступы, позволяющие широко обнажить область верхней челюсти, полости носа, решетчатой пазухи, глазницы, крылоносовой ямки.

При раке верхнечелюстной пазухи наиболее часто применяется кожный разрез по Веберу в нашей модификации, при котором рассекают по срединной линии верхнюю губу, далее, окаймляя крыло носа, разрез ведут вдоль ската носа до внутреннего угла глаза и по нижнему веку ниже ресничного края на 2 мм, что позволяет избежать стойкого отека нижнего века (см. рис. 14.8).

В случае необходимости экзентерации глазницы вертикальный разрез кожи продлевается вверх до брови, в отдельных случаях с рассечением брови (модификация А.И. Пачеса). Данная методика рассечения мягких тканей лица позволяет широко обнажить верхнюю челюсть, содержимое глазницы. Однако в тонком отсепарованном кожном лоскуте, особенно в медиальном отделе глазницы, часто нарушается кровоснабжение. Это нередко приводит к некрозу кожного лоскута у внутренней комиссуры глаза и образованию кожного дефекта. Рубцовый процесс значительно увеличивает дефект. Мерой профилактики служит бережное отношение к тканям во время операции. Устранение дефектов ткани проводится после заживления операционной раны и окончания протезирования, зачастую сложного (изготовление протеза верхней челюсти, глаза, носа). Дефекты тканей лица вызывают значительные функциональные расстройства, косметические неудобства, социальную неполноценность у больных. Необходима большая совместная работа различных специалистов с пациентом для его социальной адаптации. В ряде случаев первичного заживления раны отмечается выраженная рубцовая деформация лица, которая затрудняет полноценное челюстно-лицевое протезирование.

Стремясь получить широкий доступ к пораженным органам и избежать неприятных последствий применяемых кожных разрезов, мы используем методику без рассечения кожи брови и нижнего века. Вертикальный разрез кожи по Веберу дополняем рассечением внутренней комиссуры глаза и окаймляющим глазное яблоко разрезом конъюнктивы. Кожно-мышечный лоскут щеки и верхней губы вместе с нижним веком отсепаровываем наружу. Верхнее веко смещаем кверху. Данная методика рассечения мягких тканей лица позволяет сохранить кровоснабжение век, уменьшить почти вдвое кожный разрез, значительно уменьшить рубцовую деформацию мягких тканей лица. В то же время широко обнажается вся челюстно-лицевая область. Клинические наблюдения позволяют отметить хороший косметический результат данной методики кожного разреза. В послеоперационный период облегчается уход за послеоперационной полостью, челюстно-лицевое протезирование с возможностью использования глазных протезов при проведении восстановительных мероприятий.

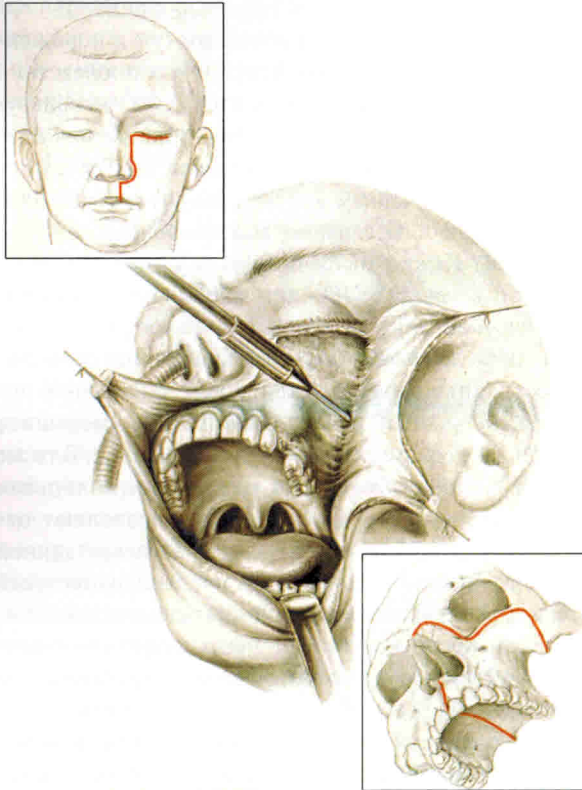
При рассечении верхней губы мы применяем методику И.И. Ермолаева. Красную кайму рассекаем в форме треугольника, обращенного в здоровую сторону. Встречный треугольный лоскут выкраиваем под кожей. В послеоперационный период рубцевание тканей исключает образование втянутого



рубца по срединной линии и обеспечивает лучший косметический эффект.

Рак верхнечелюстной пазухи или саркома верхней челюсти служат показанием к полному удалению челюсти или к расширенным операциям. Лишь при небольших опухолях пазухи (поражение одной из стенок) может быть осуществлена экономная резекция.

Методика операции резекции верхней челюсти электрохирургическим способом считается методом выбора (рис. 14.8–14.12). После мобилизации кожных лоскутов и обнажения удаляемых тканей методом обычной коагуляции или с помощью биполярного способа электрокоагуляции сваривают кость и опухоль. Для этого электроды нужно ставить на смоченную изотоническим раствором натрия хлорида марлевую салфетку, сложенную в несколько слоев. Проваренную кость и мягкие ткани срезают электропетлей и удаляют щипцами до тканей, из которых начинается незначительное кровотечение. Затем следует дальнейшая электрокоагуляция опухолей и окружающих тканей. Так, поэтапно, слой за слоем удаляют предварительно проваренные участки опухоли до здоровых тканей.



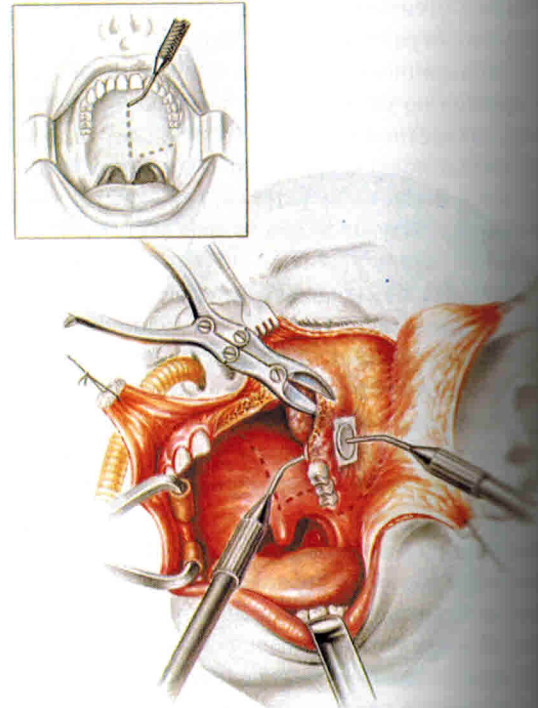
**Рис. 14.8.** Электрорезекция верхней челюсти по поводу рака. Обнажают передненаружную поверхность верхней челюсти. В рамках: сверху — разрез кожи, внизу — объем удаляемых костных структур верхней челюсти

В конце операции раневую поверхность подвергают поверхностной коагуляции.

Марлевые тампоны и салфетки в ране удерживают с помощью протезов-обтураторов. В ряде случаев при отсутствии возможности установления протеза-обтуратора после окончания операции необходимо зондовое или парентеральное питание (введение жировых эмульсий, белков и других питательных жидкостей). Носопищеводный зонд вводится в конце операции в носовой ход протезной операции стороны. Механотерапия и физиотерапия значат для уменьшения и предотвращения рубцового тризма.

Следует отметить, что электрохирургическим способом нередко удается удалить такую злокачественную опухоль, иссечение которой «кровоточивым» методом совершенно исключено (рис. 14.13).

На каждом этапе хирургического вмешательства (разрез кожи, удаление костных структур, удаление нижней стенки орбиты, экзентерация, резекция твердого неба и др.) необходимо стремиться к наименьшим косметическим и функциональным нарушениям. Однако суживать объем операции ввиду косметическому результату никогда не следует.



**Рис. 14.9.** Роторасширителем широко открывают рот. Электроножом на твердом небе отмечают границы резекции (в рамке). Устанавливают биполярные электроды с обеих сторон альвеолярного отростка верхней челюсти. Проводят электрокоагуляцию тканей, щипцами удаляют «сваренные» ткани и зубы