



УДК: 616.22-006.6-033.2-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ШЕИ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛОРОРГАНОВ

В. В. Виноградов, С. С. Решульский

TREATMENT OF METASTATIS LYMPH NODES OF THE NECK SQUAMOUS CELL CARCINOMA OF ENT

V. V. Vinogradov, S. S. Reshulsky*ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Основной причиной гибели пациентов при плоскоклеточном раке головы и шеи являются регионарные метастазы. Частота последних достигает 60% при первичном обращении больных. Морфологическая диагностика на предоперационном этапе является сложной и важной задачей, поскольку определяет дальнейшую тактику лечения и прогноз. Поэтому поиск методов, повышающих выявляемость метастазов, представляет интерес.

Ключевые слова: рак гортани, метастазы, биопсия, морфология.

Библиография: 10 источников.

Principal cause of destruction of patients with squamous cell carcinoma of head and neck cancer are regional metastases. Frequency of the last reaches 60% at the primary reference of patients. Morphological diagnostics at a preoperative stage is a difficult and important problem as defines the further tactics of treatment and the forecast. Therefore search of methods of metastases raising detectability is of interest.

Key words: cancer of the larynx, metastasis, biopsy, morphology.

Bibliography: 10 sources.

При злокачественных опухолях полости носа и придаточных пазух метастазы в шейные лимфатические узлы отмечены в 23,9% случаев, для носоглотки этот показатель повышается до 36,6%. Метастазы локализуются чаще в IIa, III, IV уровнях, реже поражаются Vb, Ib уровни. Лимфоузлы Ia, Ib уровней вовлекаются при массивном метастазировании, нередко выявляются двусторонние метастазы, чаще при переходном-клеточном раке и лимфоэпителиоме [1].

Рак корня языка и небной миндалины метастазирует в 78 и 76% соответственно. Рак задней стенки глотки дает метастазы в 59%, рак мягкого неба – в 44% случаев. Более чем в 50% случаев метастазы на шее обнаруживают в момент установления диагноза. При дальнейшем течении рака регионарные метастазы диагностируются в 80% случаев [2].

Двусторонние метастазы встречаются в 16–19% случаев, обнаруживаются в IIa и III уровнях, реже в Ib.

При раке гортани регионарные метастазы появляются достаточно рано при II и III степенях. При этом частота их достигает 55–60% уже при первичном обращении, проявляясь в III, IIa, IV уровнях шеи, реже в Ib, Va.

При раке гортаноглотки регионарное метастазирование наблюдается особенно рано и достигает 70% случаев при первичном обращении, поражаются III, IV, Vab уровни, реже IIa и Ib [1, 2, 6, 9].

Осмотр и пальпация позволяют определить наличие или отсутствие новообразований шеи, установить характер поражения, а наличие микрометастазов лимфатических узлов шеи – не представляется возможным.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) лимфоузлов шеи позволяет судить о форме, его капсуле, контурах, размерах, глубине залегания узла, структурности, наличии полостей, топографических взаимоотношениях с органами шеи. Определенные эхографические признаки позволяют предположить наличие метастазов в лимфатические узлы. Чувствительность ультразвукового исследования составляет около 86,2%, специфичность – 80,0%, точность – 84,6% [3].



Применение магнитно-резонансной томографии оправдано в случаях, когда методом УЗИ невозможно определить размеры новообразования (метастазы в лимфоузлы более 6 см в диаметре), взаимоотношение с прилежащими анатомическими образованиями, что играет решающую роль в выборе метода лечения и планирования операции [1].

Целесообразность использования компьютерной рентгеновской томографии объясняется сравнительно большей чувствительностью метода в визуализации малоконтрастных тканей, отсутствием скрытых зон изображения и размазанных выше- и нижерасположенных от выбранного слоя тканей. С помощью компьютерной томографии (КТ) удастся оценить особенности лимфатических узлов по ходу сосудистого пучка шеи диаметром более 1,5 см [10].

Характеристиками злокачественной природы лимфоузла при использовании КТ или магнитно-резонансной томографии (МРТ) можно назвать наличие центрального некроза, размытых краев, указывающих на экстракапсулярное внедрение в соседние ткани, и размер узла. Физикальные, ультразвуковые и рентгенологические методы исследования дают лишь описательную характеристику новообразований, без субстратного анализа [3–5, 7].

Для морфологического исследования лимфатических узлов используют чаще всего тонкоигльную пункционную аспирационную биопсию (ТПАБ) с цитологическим анализом. Диагностическая чувствительность цитологического метода в установлении характера патологии лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи при пункционной биопсии под контролем УЗИ составляет 93,0%, диагностическая специфичность — 93,2% и диагностическая эффективность — 93,1% [8].

Тем не менее цитологический и цитохимический методы не заменяют гистологический метод исследования, который остается основным в дифференциальной диагностике лимфаденопатий.

С 2006 г. для диагностики метастатического поражения лимфоузлов (до 0,6 см) применяется метод наружной ГЧБ с помощью автоматического прибора для тканевой биопсии под контролем УЗИ. Полученный при проведении данного исследования столбик биопсийного материала (диаметром до 0,2 см) достаточен для выполнения экспресс-цитологического, гистологического и иммуногистохимического исследования.

Цель исследования. Повышение уровня диагностики метастазов проскокклеточного рака ЛОР-органов в шейные лимфатические узлы.

Задачи исследования. 1. Разработать алгоритм диагностических исследований больных со злокачественными опухолями ЛОР-органов для выявления регионарных метастазов.

2. Определить значение чрескожной гарпунной биопсии для выявления метастатически пораженных непальпируемых лимфоузлов шеи.

Пациенты и методы исследования. В исследование включено 80 пациентов с впервые выявленным раком гортани и гортаноглотки, которые проходили обследование и лечение на базе отделения ЛОР-онкологии ФГУ «НКЦ Оториноларингологии ФМБА России». Из них 68 (85%) мужчин и 12 (15%) женщин в возрасте от 39 до 76 лет, средний возраст пациентов составил $59 \pm 4,6$ года. Данные распределения больных по полу и возрасту представлены в табл. 1.

В табл. 2 приведены сведения о локализации первичного опухолевого очага в исследуемой группе больных.

Из данных таблицы видно, что опухоли гортани выявлены у 45 (56,2%) пациентов. При этом преобладает локализация в области складочного отдела гортани 53,3% ($n = 24$), реже вестибулярном и подскладковом отделах в 35,5% ($n = 16$) и 11,2% ($n = 5$) случаев соответственно.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	39–49 лет	50–59 лет	60–69 лет	70 лет
Мужчины	8 (10%)	25 (31,2%)	21 (26,2%)	14 (17,5%)
Женщины	2 (2,5%)	4 (5%)	5 (6,3%)	1 (1,3%)
Всего	10 (12,5%)	29 (36,3%)	26 (32,5%)	15 (18,7%)



Таблица 2

Распределение больных по локализации первичного очага

Локализация первичного очага	Количество больных (%)
Гортань:	45 (56,2)
вестибулярный отдел	16 (35,5)
складочный отдел	24 (53,3)
подскладковый отдел	5 (11,2)
Гортаноглотка:	35 (43,8)
грушевидный синус	23 (65,7)
боковая стенка глотки	10 (28,5)
задняя стенка глотки	2 (5,8)

Таблица 3

Распределение больных по степени распространения опухоли

Распространение опухоли (T)	Количество больных (%)
T ₁	9 (11,2)
T ₂	29 (36,3)
T ₃	36 (45)
T ₄	6 (7,5)

Количество пациентов с опухолью гортаноглотки составило 35 (43,8%), с преимущественным поражением грушевидного синуса в 65,7% ($n = 23$). Расположение опухоли в области боковой и задней стенок глотки мы наблюдали в 28,5% ($n = 10$) и 5,8% ($n = 2$).

Наиболее часто больные обращались за помощью при стадии распространения опухолевого процесса T₃ в 36 (45%) и T₂ в 29 (36,3%) случаях, реже при стадии T₁ и T₄ – 9 (11,2%) и 6 (7,5%) пациентов соответственно.

При гистологическом исследовании биопсийного материала плоскоклеточный неороговевающий рак выявлен у 57 (71,3%), плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению у 15 (18,7%), плоскоклеточный ороговевающий у 8 (10%) больных раком гортани и гортаноглотки.

Всем пациентам с верифицированным из области первичного очага диагнозом злокачественной опухоли ЛОР-органов проводилось ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи. Все подозрительные лимфатические узлы диаметром 1 см и более подвергались тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии (ТПАБ) с цитологическим исследованием материала. По нашим данным, информативность метода достигает 91%.

При отрицательном результате его дополняли ГЧБ. Полученный в ходе данной манипуляции материал (столбик ткани) направляли на гистологическое исследование. Такой подход позволил верифицировать поражение метастазами плоскоклеточного рака лимфатических узлов менее 1 см в диаметре в 5,7% случаев. В совокупности ТПАБ и ГЧП позволяют увеличить информативность морфологической верификации поражения лимфоузлов шеи до 96,7%.

Выводы

1. Пациентам с опухолями ЛОР-органов при выявлении увеличенных лимфоузлов показано проведение тонкоигольной пункционной аспирационной биопсии с цитологическим исследованием. При неинформативности последней необходимо применять гарпунную чрескожную биопсию.

2. ГЧБ позволяет увеличить информативность морфологической верификации поражения лимфоузлов шеи до 96,7%, являясь при этом малоинвазивной манипуляцией, выполняемой амбулаторно.



ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина. 2000. – 480 с.
2. Сметанин И. Г. Низкодифференцированный рак небной миндалины с метастазами в лимфатические узлы шеи // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 3. – С. 42–43.
3. Важенин А. В., Ваганов Н. В., Воронин М. И. Сравнительная оценка визуальных возможностей // Материалы VII Всерос. науч. форума «Радиология». – М., 2006. – С. 75–77.
4. Buckley J. G., MacLennan K. Cervical node metastases in laryngeal cancer and hypopharyngeal cancer: a prospective analysis of prevalence and distribution // Head Neck. 2000. – Jul. – Vol. 22, N 4. – P. 380–385.
5. Cervical lymph nodes with or without metastases from oral squamous carcinoma: a correlation of MRI findings and histopathologic architecture / F. Fukunari [et al.] // Oral. Surg. Oral. Med. Oral. Pathol. Oral. Radiol. Endod. – 2010. – Jun. – N 109(6). – P. 890–899.
6. Gavilan J., Herranz J., DeSanto L. W., Gavilan C. Functional and selective neck dissection. New York: Thieme. 2002.
7. Significance of sentinel lymph node detection for cN0 laryngeal carcinoma / Y. Cheng [et al.] // Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. – 2009. – N 31(7). – P. 532–535.
8. Subdermal laterocranial mapping of sentinel lymph nodes in breast cancer as an alternative to the peritumoral mapping / T. Deliisky [et al.] // J. BUON. – 2008. – N 13(3). – P. 391–393.
9. The relationship between lymph node size and metastasis and extracapsular spread in squamous cell carcinoma of the larynx, oropharynx, and oral cavity / C. Oztürk [et al.] // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. – 2008. – N 18(1). – P. 7–13.
10. Use of imaging criteria to identify cervical metastases using CT scans in head and neck tumours / F. J. García Callejo [et al.] // Acta Otorrinolaringol Esp. – 2008. – N 59(6). – P. 257–262.

Виноградов Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, ведущий науч. сотрудник отдела ЛОР-онкологии НКЦ Оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; тел.: +7(499)196-45-02; **Решульский** Сергей Сергеевич – мл. науч. сотрудник отдела патологии глотки и носа НКЦ Оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: +7(499)196-45-02.

УДК:616.28-072:616.283.1-089.843

КРИТЕРИИ ВЫБОРА И МЕТОДИКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ДОСТУПОВ ПРИ ТРАНСНАЗАЛЬНОЙ ПЛАСТИКЕ ЛИКВОРНЫХ СВИЩЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИКРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

А. В. Воронов, А. Д. Морозов

SELECTION CRITERIA AND METHODS OF IMPLEMENTATION OF SURGICAL APPROACHES IN THE CEREBROSPINAL FLUID FISTULAS TRANSNASAL PLASTICS USING MICRO-ENDOSCOPIC TECHNIQUE

A. V. Voronov, A. D. Morozov

ФВГУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ»

(Начальник каф. отоларингологии – засл. врач РФ, проф. М. И. Говорун)

Разработан и внедрен в практическое применение алгоритм диагностики и новый рино-хирургический способ пластики ликворного свища, основанный на сохранении стенок решетчатой кости, клиновидной пазухи, который показан при локализации ликворной фистулы в области средних, задних клеток решетчатого лабиринта и стенок клиновидной пазухи.

Ключевые слова: назальная ликворея, ликворная фистула, трансназальная хирургия.

Библиография: 16 источников.

Developed and implemented in the practical application of new diagnostic and surgical method rhino-plasty CSF fistula, which is based on retaining walls of the ethmoid bone, sphenoid sinus, which is shown in the localization of CSF fistula in the middle, posterior ethmoidal labyrinth cells and the walls of the sphenoid sinus.

Key words: nasal liquorrhea, cerebrospinal fluid fistula, transnasal surgery.

Bibliography: 16 sources.