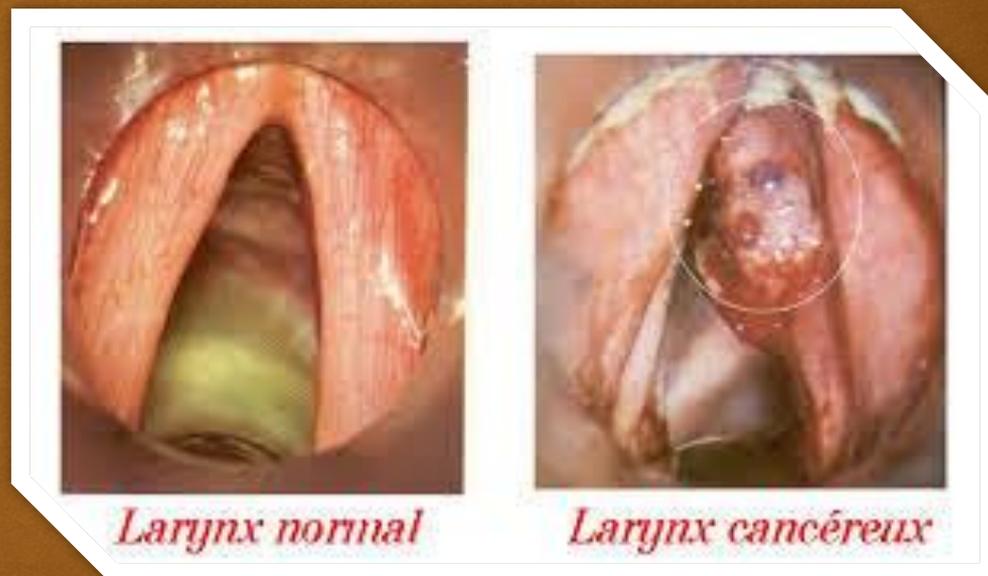


Предраковые заболевания гортани

студентка 6 курса
лечебного факультета
75 группы
Тамаева Диана
Руслановна



Диагностические ошибки



- на догоспитальном уровне продолжают составлять 30-35% случаев
- у госпитализированных пациентов 22-35%
- Рак *in situ* выявляется только 2- 6% случаев
- I стадия процесса - 24%, а III - IV стадии заболевания составляют **55-60%** от первично выявленных опухолей гортани.

*Ошибочная диагностическая тактика приводит к длительному (от 2 до 8 мес.) **неадекватному ведению больных с предраком и ранним раком гортани.***

Классификация ВОЗ

Предраковые заболевания гортани делятся на две большие группы



Облигатные

заболевания, с течением времени **обязательно переходящие** в злокачественное заболевание гортани.

- хронический гиперпластический ларингит
- дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз, пахидермия и т.д.)
- папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).



Факультативные

заболевания, малигнизация которых возможна, но **не является обязательной**.

- контактные гранулемы
- рубцовые изменения гортани.

Классификации изменений

Классификация ВОЗ (2005)	Ларингеальная интраэпителиальная неоплазия плоскоклеточного эпителия (LIN) Paris, 2005	Люблянская классификация плоскоклеточных интраэпителиальных нарушений
Плоскоклеточная гиперплазия	-	Простая гиперплазия
Слабая дисплазия - дисплазия 1 степени	LIN I	Гиперплазия базальных-парабазальных клеток
Умеренная дисплазия - дисплазия 2 степени	LIN II	Атипическая гиперплазия I-II (эпителий риска)
Выраженная дисплазия - дисплазия 3 степени	LIN III	Атипическая гиперплазия II-III степени (эпителий риска)
Рак <i>in situ</i>	LIN III	Рак <i>in situ</i>

Гистоморфология

- I градация – простая дисплазия
гиперплазия эпителия без ядерной атипии и без нарушения созревания или стратификации плоского эпителия (клинически – доброкачественное течение)
- II градация – промежуточная степень дисплазии
с гиперплазией базальных клеток, утрата полярности базальных клеток, умеренно выраженный полиморфизм, слегка повышенный митотический индекс и иногда дискератоз (клинически – **ПРЕДРАК**)
- III градация – высокая степень дисплазии
с гиперплазией базальных клеток и потерей ими полярности, клеточный полиморфизм, высокий митотический индекс, многочисленные очаги дискератоза и нарушение стратификации плоского эпителия

Далее – Рак *in situ* (предшественник рака или изолированный сателлитный очаг)

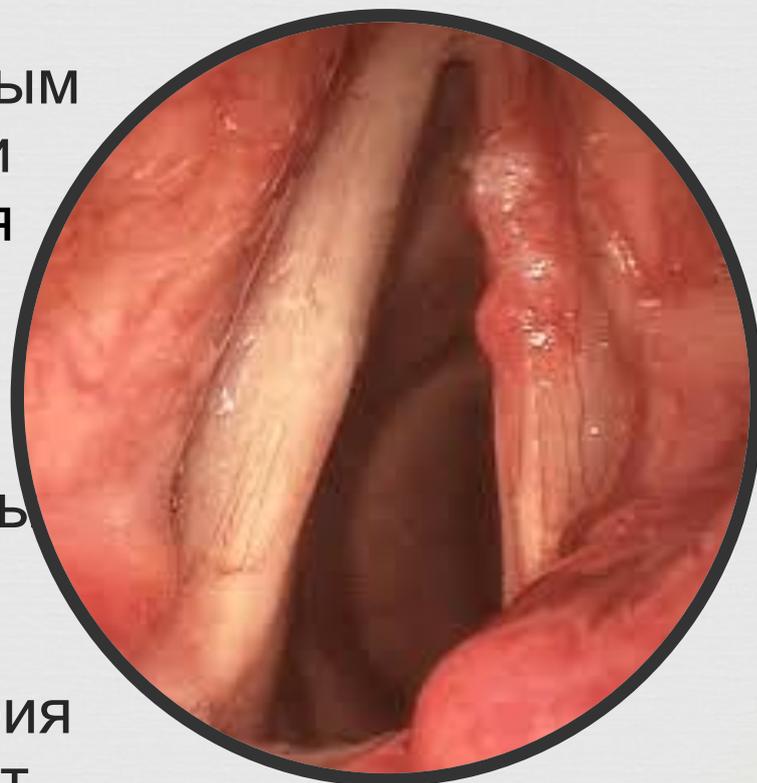
Группы риска

- **курильщики**
- **работники «голосовых» профессий (педагоги, певцы и т.д.)**
- **люди, имеющие постоянный контакт с пылью**



Хронический гиперпластический ларингит

- Характеризуется распространенным или локальным утолщением слизистой оболочки разных отделов гортани и длится свыше трех недель
- Деформируется свободный край голосовых складок, их верхняя поверхность, утолщается и как бы собирается в складки слизистая оболочка в межчерпаловидном пространстве, складки преддверия увеличиваются в размере и могут полностью прикрыть голосовые



Пример: **«узелки певцов»**, а в детской практике **«узелки крикунов»**.

Небольшие плотные конусовидные возвышения определяются на границе

передних и средних третей голосовых складок
Жалобы на нарушения голоса – *грубый, сипящий, иногда глухой* вплоть до полной афонии



Причина возникновения – сильное смыкание складок именно в этой зоне при формировании голоса

Хронический гиперпластический ларингит

- Утолщение размеров голосовых складок, их дряблость, утолщение свободного края голосовых складок приводят к нарушению голоса
- Участки гипертрофированной слизистой могут метаплазироваться, приводя к гиперкератозу (замена нормального цилиндрического мерцательного эпителия на ороговевающий плоский)
- Заболевание наблюдается в основном у курильщиков, выделяющих много мокроты, особенно по утрам, и испытывающих мучительный кашель. Нередко заболевание сочетается с синуситами, фарингитами, бронхитом

Хронический гиперпластический ларингит

□ Лечение:

- голосовой и пищевой режим, ограничение и запрет курения, употребления алкоголя
- Фармакотерапия: первично назначается антибактериальная терапия в соответствии с результатами антибиотикочувствительности.

Для борьбы с гиперплазией слизистых тканей используется туширование раствором ляписа. Дополнительно применяются противовоспалительные, антигистаминные препараты, витаминные комплексы, системные муколитики, ферменты.

- Хирургическое лечение: при этом варианте ларингита выполняется эндоларингеальная декорткация голосовых складок и иссечение гипертрофированных слизистых оболочек гортани. Вмешательство проводится под аппликационной анестезией. При необходимости удаляются «певческие узелки» при фиброларингоскопии.
- Физиотерапевтические процедуры: важную роль играют ингаляции с муколитиками, кортикостероидами, антисептическими растворами, минеральными водами. Выбор средства зависит от времени проведения – до оперативного вмешательства в качестве подготовки или после него для

Лейкоплакия

□ Клинический термин, объединяющий поражения различной степени гистологической градации.

 Лейкоплакия может представлять собой предраковое состояние или злокачественную опухоль и поэтому ***требует гистологического исследования!***

□ Этиология: экзогенные токсины (табачный дым, ионизирующее излучение, контакт с красками)

□ Клиническая картина: охриплость голоса, ощущение инородного тела в горле и постоянное желание откашляться

Лейкоплакия



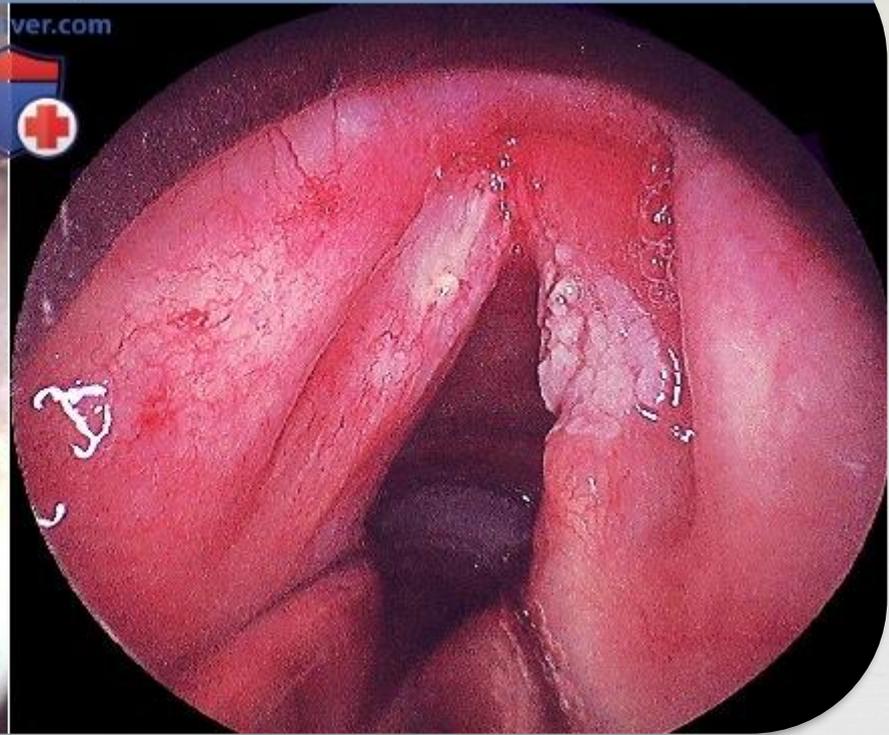
□ Диагностика:

При микрларингоскопии выявляют грубую утолщенную слизистую оболочку гортани или голосовых складок, иногда втянутость их за счет рубцов и изменение цвета.

Плоскоклеточный рак гортани развивается из предраковых изменений эпителия различной давности. Его можно диагностировать на этой стадии с помощью микрохирургического удаления. Эксцизионная биопсия с полным удалением раковых клеток на преинвазивной стадии позволяет не только установить диагноз, но и выбрать тактику лечения

Лейкоплакия гортани

med4ever.com



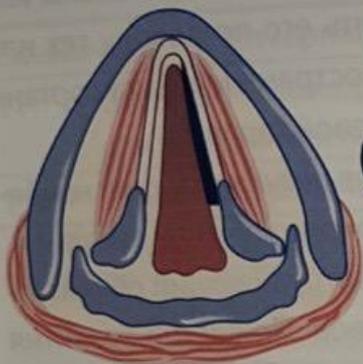
Лейкоплакия



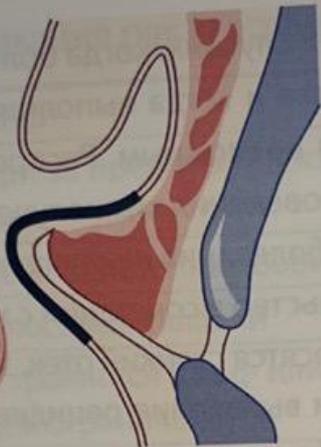
□ Лечение

Сначала определяют тип опухоли по гистологической классификации, далее выбирают объем лечения.

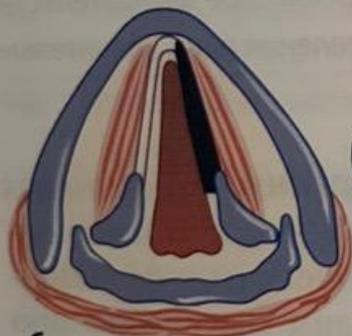
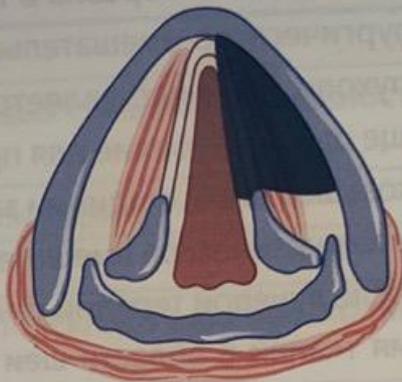
- При опухоли, **ограниченной голосовой складкой**, выполняют микроларингоскопическую субэпителиальную хордэктомию
- Этиологические факторы, если их удастся установить, следует устранить
- Вмешательство выполняют с помощью лазера
- Для сохранения подлежащих структур прибегают к субэпителиальной инфузии



a



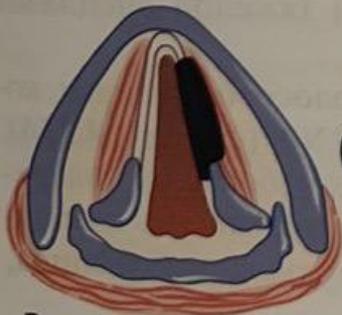
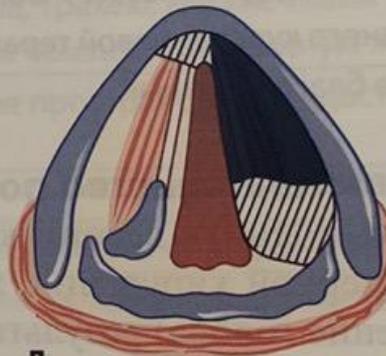
г



б



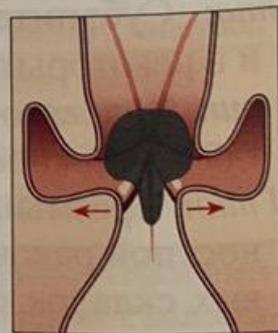
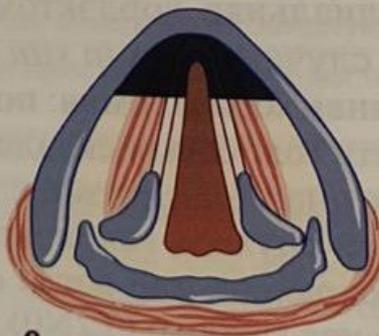
д



в



е



Папилломатоз гортани

- Доброкачественная опухоль, развивающаяся из плоского или переходного эпителия и выступающая над его поверхностью в виде сосочка
- Папилломы представляют собой результат пролиферативного процесса, развивающегося в эпителии и соединительно-тканых элементах слизистой оболочки гортани под действием ВПЧ. Солитарные папилломы встречаются очень редко, в подавляющем большинстве случаев это множественные образования
- Течение папиллом непредсказуемо



Папилломатоз гортани



- ❑ Респираторный или ларингеальный папилломатоз вызывается в основном (в 80-100% случаях) папилломавирусами 11 (реже 6) типа. Это вирусы с онкогенными ДНК, стимулирующие пролиферацию эпителиальных клеток базального слоя слизистой оболочки дыхательных путей с образованием папилломатозных разрастаний
- ❑ Папилломатоз гортани встречается чаще всего у взрослых мужчин и у детей первых лет жизни
- ❑ Бурное течение заболевания у детей младшего возраста (да и у взрослых), приводит к развитию дыхательного стеноза, требующего повторных, в ряде случаев - ежемесячных оперативных вмешательств; многие больные переносят **десятки и даже сотни** операций эндоларингеального удаления папиллом.



Классификация



□ По распространенности:

1. ограниченная
2. распространенная
3. обтурирующая

□ По состоянию дыхательных путей:

1. стеноз 0 степени
2. стеноз Ia степени
3. стеноз Ib степени
4. стеноз II степени
5. стеноз III степени
6. стеноз IV степени

□ По нарушению голосовой функции:

1. не нарушена
2. легкое нарушение
3. выраженная охриплость
4. афония

□ По характеру клинического течения :

1. рецидив 1 раз в год;
2. рецидив 1-3 раза в год;
3. непрерывно рецидивирующее течение.

Папилломатоз гортани

- Симптомы папилломатоза гортани
 - охриплость голоса вплоть до афонии
 - затруднение дыхания
 - приступы удушья (в тяжелых случаях)
 - кашель
 - одышка

NB! В некоторых случаях приступы асфиксии у детей возникают внезапно во время банального интеркуррентного воспалительного заболевания гортани, развивающегося при сопутствующем отеке.

Чем меньше ребенок, тем опаснее эти приступы, что обусловлено значительным развитием рыхлой соединительной ткани в подскладочном пространстве, малыми размерами дыхательных путей и тем, что у маленьких детей папилломатоз носит диффузный характер и развивается очень быстро. Все эти факторы риска асфиксии следует иметь в виду при наблюдении за такими детьми. У взрослых приступы удушья не наблюдаются, и единственным симптомом, свидетельствующим о наличии объемного образования в области голосовой щели, является охриплость голоса.

Папилломатоз гортани



□ Диагностика

Диагноз ставят на основании результатов прямой ларингоскопии и молекулярного, гистологического исследования биоптата с применением методов гибридизации *in situ* и ПЦР. Папилломы могут иметь ножку или быть на широком основании, поверхность их может быть гранулярной, ворсинчатой или напоминать ягоду малины и иметь бледно-желтый или красный цвет. Папилломы могут локализоваться также в ротоглотке и подскладочном пространстве.

NB! Папилломы могут трансформироваться в плоскоклеточный рак, но это наблюдается редко (менее чем в 5% случаев)

Папилломатоз гортани



- **Признаки малигнизации при микроларингоскопии**- изъязвление папиллом, изменение сосудистого рисунка, резкое ограничение подвижности голосовой складки при отсутствии рубцового процесса, погружной рост, кератоз.
- Трудности дифференциальной диагностики представляют папилломы у пожилых пациентов и больных с большим числом хирургических вмешательств в анамнезе. Окончательный диагноз устанавливают при гистологическом исследовании.

Лечение



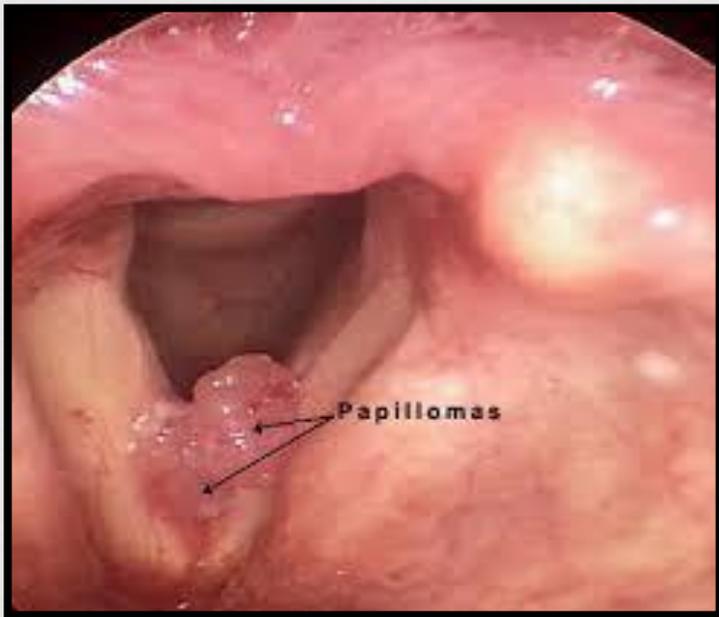
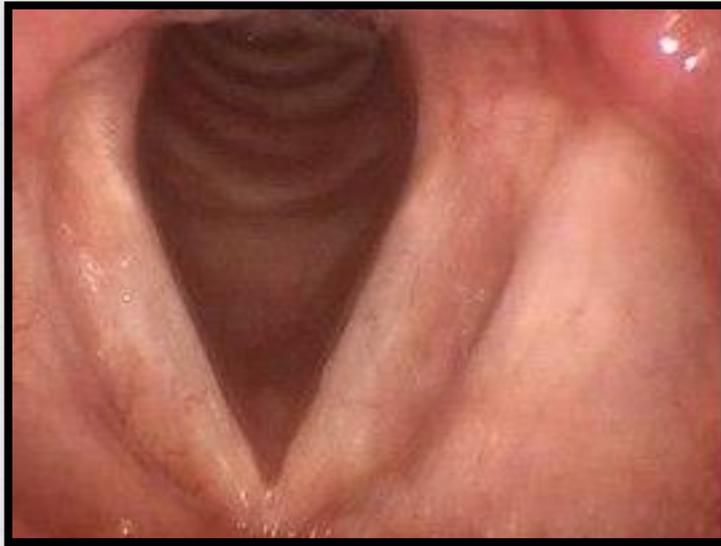
- Спонтанная регрессия папиллом наблюдается редко. Эффект иммунной и противовирусной терапии, а также вакцинация оказался недостаточно воспроизводимым
- ***В настоящее время альтернативы хирургическому лечению нет***
- Папилломы удаляют при микроларингоскопии с помощью скальпеля или CO₂-лазера. Также используют диатермокоагуляцию, а в последнее время и микродебрайдер. Однако применение этих методов лечения требует осторожности, учитывая склонность голосовых складок к образованию грубых рубцов при избыточном иссечении тканей.
- При обширном поражении прибегают к локальной инъекции противовирусного препарата (цидофовира) для профилактики рецидивов. У детей папилломы иссекают каждые 2-4 недели
- Выполнения трахеотомии следует избегать из-за опасности дальнейшего роста папиллом в трахее, затем и в легких.

Лечение



- Хирургическое лечение папилломатоза гортани у детей всегда сопряжено с дополнительной травматизацией тканей и приводит к двум одинаково неприятным последствиям: **во-первых**, часто операция активизирует рост новых папиллом, а **во-вторых**, всегда вызывает образование рубцовой ткани, которая еще более ухудшает голос и дыхание.
- Поэтому по возможности врачи стараются использовать более щадящие методы лечения папилломатоза гортани. Лазерная хирургия, наносит значительно меньше травм гортани. Разработана эффективная методика фотодинамической терапии, когда внутривенно вводят специальное вещество - фотосенсибилизатор, а затем поверхность папилломатозно измененных участков гортани освещают светом определенной частоты.

Эти методы используются в клинике лор-болезней Санкт-Петербургского медицинского университета имени академика И.П.



Диагностика предраковых состояний



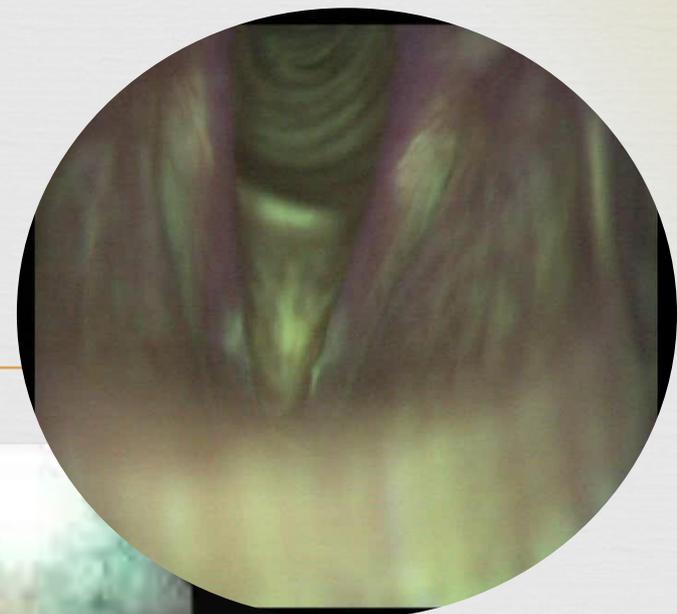
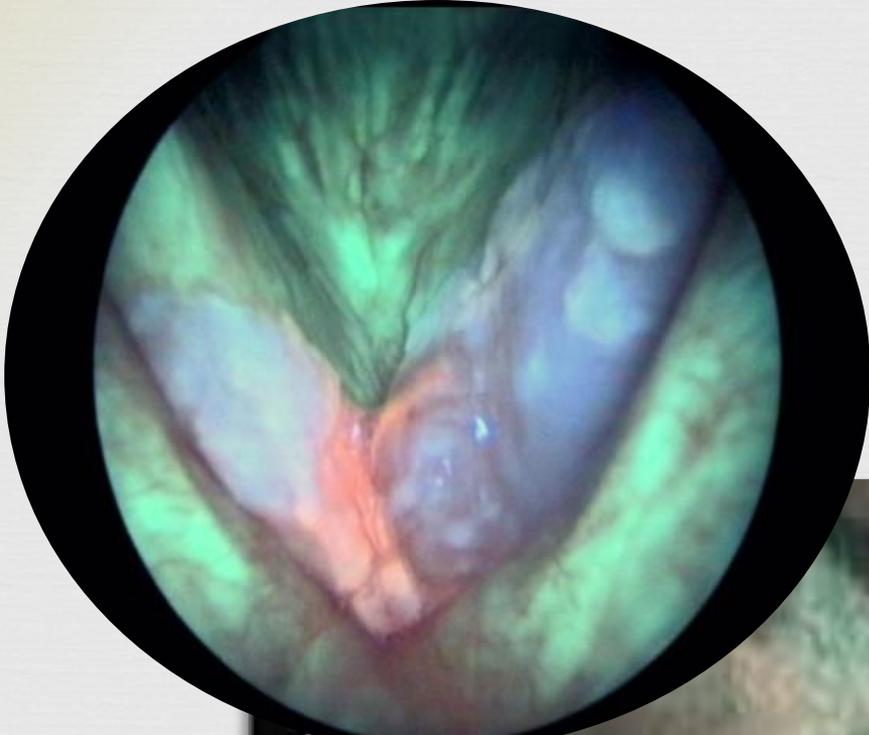
- Основным методом диагностики является визуальный осмотр методом не прямой ларингоскопии, **«ЗОЛОТЫМ стандартом»** является не прямая эндоскопическая видеоларингоскопия. Так же, при выраженном рвотном рефлексе или иных технических сложностях проводится осмотр гибким волоконнооптическим фиброскопом
- При необходимости проводится взятие биопсии для гистологической верификации и определения степени дисплазии



Аутофлюоресцентная диагностика



- Это современный неинвазивный метод исследования слизистых оболочек, используемый с целью ранней диагностики предраковых и раковых изменений. Физический принцип метода основан на возбуждении собственной флюоресценции (аутофлюоресценции) слизистой оболочки посредством света из синей зоны оптического спектра (375-440 нм). С этой целью используют специальные источники света, такие как ксеноновая лампа или полупроводниковый лазер.
- Известно, что аутофлюоресценция здоровых тканей наблюдается в зеленой части спектра в диапазоне от 470 до 800 нм. Разница в длине волны между светом возбуждения (синим) и эмитируемым светом позволяет выявить флуоресценцию. Флуоресцентный профиль, присущий тканям, зависит от гистологической структуры и биохимического состава, будучи всегда суммой одиночных спектров их элементов



26/08/2010
08:36:04
CVP-6
БсА5

киста гортани

Рак гортани

ВЫЯВЛЕН РАК ГОРТАНИ

