

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Опухоли гортани

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Шиваханова С.Э.

Красноярск, 2019

Содержание

1.Доброкачественные опухоли гортани.....	3-5
2.Опухолевидные образования гортани.....	5-7
3.Злокачественные опухоли гортани.....	8-15
4.Список литературы.....	15

Доброкачественные опухоли гортани

Папиллома - доброкачественная фиброэпителиальная опухоль верхних дыхательных путей, представляющая собой одиночные или чаще множественные сосочковые выросты, приводящая к нарушению голосообразовательной и дыхательной функций, нередко рецидивирующая.

Этиологическим фактором папилломатоза является вирус папилломы человека из семейства паповавирусов. В настоящее время определено более 70 типов этого вируса, однако при папилломатозе чаще обнаруживают типы 6, 11 или их сочетание. Заболевание встречается у детей до 10-летнего возраста, но чаще всего на 2-5 году жизни. Папиллома, как и ряд других доброкачественных опухолей, растет неравномерно: периоды интенсивного роста сменяются периодами относительного спокойствия. При половом созревании нередко наблюдается прекращение роста папиллом, однако если опухоль сохраняется у взрослого, то вероятность ее малигнизации резко возрастает и составляет 15-20%.

Гистологически папилломы состоят из соединительнотканной стромы и многослойного плоского эпителия, четко отграниченных друг от друга базальной мембраной. В зависимости от количества соединительной ткани в строме опухоли различают твердые и мягкие папилломы. Папилломы обычно имеют широкое основание и лишь изредка небольшую ножку. Наиболее часто локализуются они в области комиссуры и передней трети голосовых складок. Из среднего отдела папилломатоз может распространяться на всю гортань и за ее пределы. По форме и виду поверхность папилломы напоминает туговую ягоду или цветную капусту, цвет имеет обычно бледно-розовый, иногда с сероватым оттенком.

Клиника. Основными симптомами заболевания являются охриплость, доходящая до афонии, и постепенное затруднение дыхания, которое может перейти в удушье в результате обтурации просвета гортани опухолью.

Диагностика. Основывается на характерной эндоскопической картине и результатах гистологического исследования биопсийного материала. Осмотр и манипуляции в гортани у детей выполняются под наркозом при прямой ларингоскопии; у взрослых основным методом осмотра является непрямая ларингоскопия. В настоящее время высокоинформативным методом исследования гортани является микроларингоскопия.

Лечение. Папилломы могут быть удалены у взрослых под местной анестезией эндоларингеально при непрямой ларингоскопии, у детей -

обязательно под наркозом с использованием прямой эндомикрoларингоскопии с последующим гистологическим исследованием. Иногда при поражении всех отделов гортани не удается за один раз удалить опухоль полностью, поэтому вмешательство производится в несколько этапов. Следует стремиться к своевременному выполнению вмешательства в гортани до появления необходимости наложения трахеостомы, так как трахеальное канюленосительство способствует распространению папиллом на трахею и даже бронхи.

Эффективной оказалась ультразвуковая дезинтеграция папиллом, а также лазерная фотодеструкция, для проведения которой применяются хирургический лазер, ИАГ-неодимовый и ИАГ-гольмиевый лазеры. Отмечены высокая точность воздействия луча лазера, возможность удаления папиллом из трудно доступных отделов гортани, малая кровоточивость, хороший функциональный эффект.

С целью урежения рецидивов папилломатоза используется довольно значительный арсенал лечебных средств: проспидин внутримышечно, внутривенно и местно в виде мази; препараты интерферона (реаферон, виферон, интрон-А); лейкомакс, зовиракс (ацикловир), дискретный плазмаферез и др.

Ангиома - доброкачественная сосудистая опухоль гортани, формирующаяся из расширенных кровеносных (гемангиомы) или лимфатических (лимфангиомы) сосудов, локализующаяся на поверхности голосовых, вестибулярных или черпало-надгортанных складках.

Ангиома растет медленно, обычно бывает единичная, небольших размеров. Цвет гемангиомы синюшный или красный; лимфангиома имеет бледно-желтую окраску. Гемангиомы могут быть диффузными и инкапсулированными.

Клинические проявления ангиомы зависят от локализации и распространенности опухоли. При локализации в верхнем отделе гортани беспокоит ощущение инородного тела, иногда покашливание. Постепенно, в течение нескольких лет, симптоматика нарастает: появляется охриплость, болезненность, а затем и примесь крови в мокроте. Если опухоль исходит из голосовой складки, то первым симптомом является постепенное изменение голоса от незначительной слабости до афонии. Нарушение дыхания характерно для крупных опухолей, исходящих из нижнего отдела гортани.

Лечение ангиом хирургическое, чаще выполняется эндоларингеальным доступом. Следует учитывать возможность возникновения интраоперационного кровотечения. Распространенные гемангиомы удаляют при наружном доступе с предварительной трахеостомией.

Опухолеподобные образования гортани

Встречаются полипы голосовых складок и диффузные полипозные образования, отличающиеся значительным разнообразием по форме, размерам, локализации. Чаще они располагаются на голосовых складках и бывают двусторонними. Происхождение таких полипов объясняется особой формой воспаления субэпителиального пространства голосовых складок. Это пространство, впервые описанное Reinke в 1895 г., находится между эпителием и краем эластического конуса голосовой складки и выполнено рыхлой соединительной тканью. При отеке этой ткани эпителий не в состоянии ограничить его; отек края голосовой складки постепенно увеличивается, развивается полип. Заболевание представляет собой своеобразный полипозный ларингит; было описано Гаеком. Полипы, как правило, двусторонние, располагаются по свободному краю голосовых складок от передней комиссуры до голосового отростка черпаловидного хряща, обычно на него не распространяясь. Чаще встречаются у женщин-курильщиц среднего возраста. Нередко полипы достигают больших размеров, вызывая разной степени стеноз гортани.

Диагностика диффузных полипозных образований обычно не представляет трудностей.

Лечение - хирургическое, наиболее эффективно эндоларингеальное удаление полипов под контролем микроскопа. Иногда перед удалением полипов при стенозе гортани необходима трахеостомия.

Певческие или фиброзные узелки гортани

Певческие или фиброзные узелки гортани бывают чаще у лиц голосовых профессий и представляют собой эпителиальные фиброзные образования типа ограниченной мозоли, локализующееся на границе между передней и средней третями голосовых складок. Образование часто двустороннее; основная и нередко единственная жалоба при этом заболевании - охриплость, которая постепенно прогрессирует. Лечение преимущественно хирургическое - эндоларингеальное удаление при непрямой или прямой ларингоскопии, лучше под контролем микроскопа. Поочередно с интервалом в 2-3 нед узелки удаляются гортанным выкусывателем или с помощью лазера. Удаленная ткань, как правило, направляется на гистологическое исследование

Кисты

Кисты гортани встречаются не часто; обычно они локализируются на гортанной поверхности надгортанника по его краю, в области валлекул, а также вестибулярных и голосовых складок. По происхождению кисты гортани преимущественно ретенционные. Клинические проявления их зависят от локализации. Так, киста надгортанника некоторое время не причиняет больному неприятностей, часто ее выявляют случайно во время диспансерного осмотра. Лишь по достижении определенного размера она вызывает ощущение инородного тела в глотке. Первым признаком кисты голосовой складки является нарушение голоса. При осмотре киста имеет вид образования шаровидной формы, с гладкой поверхностью, чаще розового цвета с желтоватым оттенком.

Ларингоцеле

Ларингоцеле - воздушная киста гортани, развивается в слепом отростке гортанного желудочка при наличии клапанного механизма у входа в этот отросток. Воздух при кашле, чихании или натуживании поступает в просвет гортанного желудочка, а вследствие сужения входа в него при воспалительных процессах или опухолях нарушается отток воздуха и происходит постепенное растяжение желудочка. Таким образом формируется ларингоцеле. Различают внутренние, наружные и комбинированные воздушные кисты гортани. Внутренняя киста локализуется в толще

преддверной складки и видна в просвете гортани. Увеличиваясь в размерах, киста достигает щитоподъязычной мембраны, расслаивает ее и появляется на боковой поверхности шеи - это наружная воздушная киста гортани. При смешанной форме ларингоцеле определяется и в просвете гортани, и на поверхности шеи.

Клинические проявления ларингоцеле зависят от их локализации. При внутренней кисте больной отмечает слабость голоса, охриплость, а при увеличении кисты может возникнуть затруднение дыхания, опасное для жизни. При наружной локализации кисты больной отмечает припухлость на боковой поверхности шеи, которая увеличивается при натуживании, а при надавливании, как правило, исчезает. Возможно полное нарушение связи воздушной кисты с гортанным желудочком, полость кисты заполняется жидкостью, может нагнаиваться.

Диагностика ларингоцеле обычно не представляет сложностей. При непрямой ларингоскопии в области преддверной складки определяется шарообразное выпячивание на широком основании с гладкой поверхностью, покрытое неизменной слизистой оболочкой. При наружной ларингоцеле никаких изменений в гортани не выявляют. На рентгенограммах в прямой и боковой проекциях воздушная киста имеет вид четко очерченного просветления в проекции вестибулярной складки или на боковой поверхности шеи.

Лечение кист гортани хирургическое. Тактика хирурга зависит от величины, характера и локализации кисты. Мелкие кисты на свободном крае голосовой или вестибулярной складках удаляют эндоларингеально с помощью гортанного выкусывателя. Кисты валлекул или язычной поверхности надгортанника удаляют при непрямой ларингоскопии под местным обезболиванием. Кисту захватывают длинным изогнутым зажимом и срезают ножницами у основания.

Крупные кисты гортани, особенно воздушные, удаляют под наркозом с использованием как эндоларингеального, так и наружного хирургического подхода через ларингофиссуру или выполняют боковую, иногда поперечную фаринготомию.

Злокачественные опухоли гортани

Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей и уха первое место по частоте занимает **рак гортани** - злокачественное новообразование эпителиального происхождения, поражающее различные отделы гортани, способное к экзофитному или инфильтративному росту, в процессе своего развития дающее регионарные и отдаленные метастазы.

Рак гортани составляет от 2 до 8% злокачественных образований всех локализаций и до 2/3 всех злокачественных образований ЛОР-органов. Чаще эта опухоль бывает в возрасте 60-70 лет, но появление ее возможно также в детском и старческом возрасте. У мужчин рак гортани встречается более чем в 10 раз чаще, чем у женщин, однако частота поражения увеличивается у курящих женщин. Городские жители болеют раком гортани несколько чаще, чем жители села.

Среди факторов, способствующих развитию рака гортани, в первую очередь следует отметить курение, некоторые производственные вредности (загазованность и запыленность воздуха и др.), определенное значение имеют голосовая нагрузка и злоупотребление алкоголем. Нередко раковая опухоль развивается на фоне разнообразных патологических процессов и состояний. Так, у 60% больных возникновению рака гортани предшествовал хронический ларингит, чаще гиперпластический.

Понятием «**предрак**» обозначают те патологические состояния, которые могут дать начало развитию злокачественной опухоли. Предраковые опухоли принято делить на факультативные и облигатные. К факультативной форме предрака относят редко малигнизируемые опухоли, а к облигатной - те, которые часто (не менее чем в 15% наблюдений) переходят в рак. Так, к облигатному предраку относят твердую папиллому, которая озлокачивается у 15-20% больных. По гистологическому строению рак гортани может быть представлен ороговевающим или неороговевающим плоскоклеточным эпителием (97%). Реже встречается аденокарцинома, крайне редко - злокачественная опухоль из соединительной ткани - саркома (0,4%). Раковая опухоль может развиваться по типу зрелой, дифференцированной, что относится к ороговевающим формам, и незрелой, малодифференцированной и более злокачественной, свойственной неороговевающей форме.

Рост и метастазирование раковой опухоли находятся в прямой зависимости от ее дифференциации. Более дифференцированная опухоль растет медленнее, метастазирует реже и в более позднем периоде. Плоскоклеточный неороговевающий малодифференцированный рак распространяется быстро и

метастазирует рано, в то время как плоскоклеточный оро говевающий дифференцированный рак растет медленно, а метастазирует в позднем периоде.

По локализации различают:

- рак верхнего;
- рак среднего;
- рак нижнего отделов гортани.

Чаще всего поражается верхний, реже средний, еще реже нижний отделы. С учетом возможностей распространения раковой опухоли в гортани и за ее пределами, а также метастазирования по регионарным лимфатическим путям наиболее неблагоприятной в прогностическом отношении считается верхняя (вестибулярная) локализация рака гортани.

Вестибулярная область наиболее богата рыхлой клетчаткой, жировой тканью, лимфатической сетью, широко связанной с яремными и надключичными лимфатическими узлами. При раковой опухоли преддверия гортани наблюдается наиболее раннее и обширное метастазирование. Следует учесть также, что формирование опухоли преддверия гортани сопровождается на ранних стадиях весьма скудной субъективной симптоматикой, напоминающей проявления банального катара глотки (фарингита), что приводит к тому, что заболевание нередко распознается лишь на более поздних стадиях.

Рак нижнего отдела гортани встречается реже, чем верхнего и среднего отделов. Нижний отдел гортани значительно менее богат лимфатической сетью, которая связана с предгортанными, претрахеальными и надключичными лимфатическими узлами, из которых отток осуществляется в глубокую яремную лимфатическую сеть. Для опухолей нижнего отдела характерен эндофитный рост, они почти не возвышаются над слизистой оболочкой. Еще одно отличие от новообразований верхнего и среднего отделов, склонных расти впереди и кверху, состоит в том, что опухоли нижнего отдела чаще растут книзу.

Рак среднего отдела гортани уступает по частоте лишь верхнему отделу. Это наиболее «благоприятная» для излечения локализация рака гортани. Чаще опухоль возникает в передних 2/3 голосовой складки, поражая ее верхнюю поверхность и свободный край. На голосовой складке могут быть экзофитные и инфильтративные формы рака (последние встречаются

несколько реже). В процессе роста опухоль вначале ограничивает подвижность голосовой складки, а затем полностью иммобилизует ее. Опухоль, как правило, плотная, бугристая, чаще бледно-розового цвета. В поздних стадиях наступает изъязвление, которое покрывается беловатым фибринозным налетом. Экзофитно растущая раковая опухоль постепенно уменьшает ширину просвета гортани, приводя к стенозу. Область голосовых складок имеет всего 1 или 2 лимфатических капиллярных сосуда, поэтому метастазирование здесь наблюдается значительно реже и позже, чем при других локализациях рака гортани.

Рак гортани, в отличие от других локализаций, метастазирует в отдаленные органы и ткани сравнительно редко и, как правило, лишь в поздних стадиях. Возможно метастазирование в область лимфатических узлов трахеи и корня легкого, очень редко в печень, позвоночник, почки, желудок.

Метастазирование зависит не только от дифференциации злокачественной опухоли, экзофитного или эндофитного роста и локализации, но и от возраста больного, вторичного инфицирования, различных вмешательств (биопсия, манипуляции в гортани и т.д.). В молодом возрасте рост и метастазирование опухоли бывают обычно быстрее, чем в пожилом.

Существует Международная классификация рака гортани по стадиям в системе TNM, где

T (тумор) - величина, степень распространения первичного процесса,

N (нодуль-узел) - регионарные метастазы,

M - отдаленные метастазы (данная классификация не применима для саркомы).

Каждый орган, в том числе гортань, разделен на анатомические элементы для того, чтобы оценить рост (величину) первичной опухоли по распространенности ее в пределах этих частей. Гортань применительно к системе TNM имеет такие анатомические части:

Клиническая картина. Рак гортани долгое время может развиваться бессимптомно или же симптомы бывают так слабо выражены, чему больной не придает должного значения и не обращает на них внимания. Симптоматика рака каждого из отделов гортани имеет свои особенности.

При локализации опухоли в верхнем отделе гортани клинические проявления заболевания довольно скудные. Ранняя диагностика основывается не на патогномичных и постоянных симптомах, а на сочетании ряда банальных

признаков, которые позволяют заподозрить опухоль. Например, у многих больных в течение нескольких месяцев до установления диагноза отмечается сухость, першение, ощущение инородного тела в глотке. Несколько позже появляется утомляемость и глухота голоса, неловкость при глотании, а затем и болезненность. Боли вначале возникают только по утрам при глотании слюны, в последующем они усиливаются, становятся постоянными, могут иррадиировать в ухо. Схожесть указанной симптоматики с признаками хронического фарингита или ларингита нередко является причиной диагностической ошибки. Эти и другие так называемые малые признаки позволяют насторожить врача и заподозрить опухоль в самом раннем периоде.

Опухоль среднего отдела гортани уже в начальной стадии проявляется нарушением голосообразования, появляется слабость голоса, легкая утомляемость при голосовой нагрузке, а затем охриплостью и позже афония. Сравнительно часто при локализации процесса в среднем отделе развивается затруднение дыхания. Изъязвление опухолей среднего отдела отмечается реже, чем при вестибулярной локализации, поэтому появление кровянистой примеси в мокроте и гнилостного запаха изо рта при поражении голосовых складок наблюдается обычно в более поздних стадиях. Дисфагия при поражении среднего отдела гортани свидетельствует обычно о распространении опухоли на верхний отдел гортани или же о прорастании на переднюю поверхность шеи.

Рак нижнего отдела гортани на ранней стадии имеет довольно скудную симптоматику. Первым симптомом может быть приступообразный кашель с кратковременным затруднением дыхания. Такие приступы постепенно становятся более частыми, затруднение дыхания усиливается и становится постоянным. Нередко данную симптоматику первоначально принимают за проявление воспалительного заболевания, больного обследуют и в течение нескольких месяцев лечат по поводу бронхита или астмы.

При локализации опухоли в нижнем отделе вблизи нижней поверхности голосовой складки возможно появление охриплости уже в начальной стадии заболевания. Явления дисфагии при данной локализации рака развиваются лишь при распространении новообразования на все отделы гортани.

Нарушение дыхания чаще связано с разрастанием опухоли в области голосовых складок, однако большие опухоли вестибулярного отдела гортани,

черпаловидных хрящей, надгортанника и др. могут также привести к стенозированию гортани. Нередко опухоль нарушает двигательную иннервацию, что вызывает паралич соответствующей половины гортани, а при наличии опухоли в ее просвете ведет к стенозу. В поздних стадиях заболевания у больного развивается апатия, ухудшается аппетит, нарастает кахексия.

Наружные изменения гортани зависят от распространенности ракового процесса. Болевые ощущения при пальпации возникают в связи с перихондритом хрящей гортани. Может исчезнуть определяемый в норме хруст хрящей гортани при смещении ее в стороны. Увеличение и подвижность регионарных лимфатических узлов (шейные, подбородочные, надключичные) выявляются пальпаторно. Известно, что острый или хронический воспалительный процесс вышерасположенных органов и тканей - полости носа, зубов, око-лоносовых пазух, глотки и гортани - также может быть причиной увеличения регионарных лимфатических узлов.

Основным ларингоскопическим признаком рака гортани является наличие на стенках ее опухоли (часто говорят «плюс ткань»). Величина и расположение опухоли могут быть различны. Характерна бугристая опухоль, однако при эндофитном росте слизистая оболочка может быть гладкой и неизменной, лишь инъецированность ее сосудами иногда бывает признаком злокачественного процесса. В более поздней стадии на поверхности опухоли могут быть видны блюдцеобразные углубления, иногда покрытые белесоватым налетом, - это распад опухоли в виде изъязвлений. При фонации можно наблюдать ограничение подвижности голосовой складки либо всей половины гортани вплоть до полной их неподвижности.

Диагностика. Усилия врача должны быть направлены на раннее выявление злокачественной опухоли гортани, потому что начальные формы рака хорошо излечиваются. Очень важным является тщательное выяснение жалоб, сбор анамнеза и правильная оценка ранних признаков заболевания.

Охриплость, изменение голоса, неприятные ощущения в горле, кашель - все эти признаки бывают при раке гортани, особенно в сочетании. Однако они же могут наблюдаться и при других заболеваниях верхних дыхательных путей, поэтому при обследовании больного следует определенно установить причину той или иной жалобы и при оценке эндоскопической картины необходимо исключить наличие опухоли.

Важным звеном в раннем распознавании опухоли является оценка ларингоскопической картины, поэтому необходим тщательный осмотр

гортани. Иногда непрямая ларингоскопия затруднена из-за повышенного рефлекса или анатомических особенностей, чаще всего надгортанника - его лепесток отклонен кзади или свернут в трубку. В этом случае производится поверхностная анестезия слизистой оболочки корня языка, задней стенки глотки и верхнего отдела гортани. Если надгортанник закрывает поле зрения, гортанным зондом с накрученной на него ваткой или специальной гортанной ложкой надгортанник оттягивают кпереди, прижимают к корню языка и в этот момент производят ларингоскопию.

В ряде случаев, особенно при локализации опухоли в подголосовом отделе, а также если непрямая ларингоскопия не позволяет получить четкого представления о состоянии органа, возникает необходимость выполнения прямой ларингоскопии. Для этой цели используются бронхоэзофагоскоп или гибкая оптика. С помощью фиброскопа можно исследовать гортанные желудочки, нижний отдел гортани, определить распространение опухоли книзу.

Ценным вспомогательным методом ранней диагностики опухолей является микроларингоскопия, для осуществления ее используют микроскопы с фокусным расстоянием 300-400 мм. Непрямая микроларингоскопия применяется преимущественно с диагностической целью. Если предполагается необходимость какого-либо вмешательства, производится прямая микроларингоскопия.

При исследовании гортани широко применяются рентгенография и томография, в т.ч. компьютерная и магнитно-резонансная. КТ, в отличие от обычной томографии, позволяет исследовать гортань в горизонтальных срезах, что дает возможность определить состояние не только передней и боковой стенок гортани, но также гортаноглотки и шейного отдела пищевода.

Гистологическое исследование имеет решающее значение при установлении диагноза злокачественной опухоли.

Биопсию желательно производить непосредственно перед началом лечения. Для исследования берут кусочек на видимой границе здоровой и опухолевой ткани. При несоответствии клинической картины и данных гистологического исследования биопсию повторяют. Если повторные (не более трех) биопсии не разрешили несоответствия клинических и гистологических данных, выполняется тирео- или ларинготомия, иссекается вся опухоль или основная ее часть и направляется на срочное исследование (цитодиагностика). В

зависимости от результатов экстренного гистологического исследования вскрытие гортани может завершиться резекцией или полным удалением гортани.

Метастазы рака гортани в регионарные лимфатические узлы широко определяются пальпаторно - сам факт увеличения этих лимфоузлов необходимо оценивать как метастазирование. Пальпаторно стараются определить величину, форму, консистенцию, подвижность, болезненность узла. Метастатический лимфатический узел увеличивается медленно и неуклонно, он безболезнен, округлой формы, вначале подвижный, а по мере роста подвижность его уменьшается вплоть до полной фиксации. Для диагностики метастазов в редких случаях применяют лимфоангиографию и лимфонулографию; используется также радионуклидная диагностика.

Папилломатоз гортани отличается по ларингоскопической картине от рака тем, что разрастается по поверхности без изъязвления и инфильтрации подлежащей ткани и имеет вид сосочковой опухоли, напоминая цветную капусту. Раку более свойственна бугристая поверхность, гладкая и ровная характерна для эндофитного роста, который встречается относительно редко.

Гиперпластический ларингит, как правило, поражает обе половины гортани симметрично, а рак локализуется обычно в одном участке. При подозрении на озлокачествление гиперплазированной ткани показана биопсия.

Пахидермия представляет собой разрастание и ороговение плоского эпителия обычно в межчерпаловидном пространстве и является по существу ограниченным гиперпластическим ларингитом. Поверхность пахидермии, как правило, плоская; при появлении здесь значительных утолщений возникает подозрение на озлокачествление, поэтому необходима биопсия. Такой больной должен находиться на диспансерном наблюдении.

Не всегда просто при осмотре дифференцировать рак с туберкулезом и сифилисом. Правильной диагностике помогут тщательно собранный анамнез и соответствующие лабораторные исследования, включая биопсию.

Лечение. Основными методами лечения рака гортани являются хирургический, лучевой и химиотерапевтический. Первые два метода могут применяться самостоятельно, химиотерапия - лишь в качестве вспомогательного. В последнее время разработан и внедряется в практику метод фотодинамической терапии (ФДТ), при котором специальный краситель через кровь или местно подается в опухоль. Клетки опухоли, в отличие от здоровой ткани, пропускают этот краситель через свои оболочки

внутри. Затем опухоль подвергается воздействию лучей определенной частоты. Эти лучи воспринимаются красителем, находящимся в раковых клетках, и под их воздействием происходит реакция, при которой краситель выделяет синглетный (одновалентный кислород), разрушающий раковую клетку. Этот метод пока еще осваивается практикой и находит ограниченное применение. Выбор традиционного метода зависит от стадии заболевания, гистологического строения раковой опухоли и в определенной степени от ее локализации.

В I стадии многие предпочитают лучевой метод, в то же время эндоларингеальное удаление, а затем лучевое воздействие являются более эффективными.

Во II стадии наиболее обоснованным является сочетание хирургического и лучевого методов, хотя тот и другой могут быть применены отдельно. Опухоль удаляется в пределах здоровых тканей и затем осуществляют лучевое воздействие на пути лимфооттока.

В III стадии ведущим является комбинированный метод: сначала проводится хирургическое лечение, а затем лучевое. При лучевом воздействии поражаются отдельные раковые клетки и их небольшие скопления, в то время как крупные раковые образования под влиянием актинотерапии обычно не подвергаются полной резорбции. В некоторых случаях предпочитают начинать с лучевого лечения, после которого производят операцию, хотя заживление после лучевого лечения ухудшается.

При хирургическом лечении больных раком гортани применяются три основных вида операций:

1. полное удаление гортани (ларингэктомия);
2. различные варианты резекции (удаление части гортани);
3. реконструктивные вмешательства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. Болезни уха, горла, носа. - М.:ГЭОТАР - МЕД, 2002.
2. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии, - М.: Медицина, 1990.
3. Преображенский Б.С. Болезни уха, горла, носа. - М.: Медгиз, 1960.