

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 на тему: «Доброкачественные опухоли гортани».

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

Проверил: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор Бобрович С.С.

Красноярск 2019 г

Содержание

1.Краткая информация.....4

2.Этиология и патогенез.....4

3.Эпидемиология.....5

4.Классификация.....5

5.Диагностика.....6

6. Лечение.....7

7.Список литературы.....9

1.Краткая информация

Определение

Доброкачественные заболевания гортани по определению Hollinger (1951) - это любое объемное образование в гортани, не имеющее свойства озлокачествления.

В гортани сравнительно часто встречаются доброкачественные новообразования различного гистологического строения, что в известной степени объясняется постоянным его механическим раздражением, связанным с функцией этого органа. Доброкачественные новообразования гортани нередко приводят к нарушениям фонаторной и дыхательной функций.

Общим для этих опухолей являются «три нет»: они не инфильтрируют окружающие ткани, не метастазируют, не рецидивируют после удаления. Однако клиническая практика показывает, что в гортани встречаются опухоли, доброкачественные по гистологическому строению, которые после их удаления рецидивируют.

Предраковое заболевание, предраковое состояние или предрак гортани – понятие собирательное, так как оно включает несколько нозологических форм.

Изучение предракового состояния заслуживает большого внимания, оставаясь чрезвычайно важной проблемой в оториноларингологии. Своевременное выявление предракового процесса может, в известной степени, предрешать развитие злокачественного образования и, в некоторой степени объясняет причины, условия возникновения и роста опухоли гортани.

В вопросах терминологии предопухолевых заболеваний гортани наблюдаются определенные сложности. Вопросы малигнизации предраковых заболеваний гортани и диагностика раннего рака гортани еще не решены. По данным О.В. Черемисиной и Е.Л. Чайнозова диагностические ошибки на догоспитальном уровне продолжают составлять 30-35% случаев, а у госпитализированных пациентов 22,4-35%. Рак *insitu* выявляется только 2,3-6% случаев, 1 стадия процесса- 23,9%, а 3-4 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.

2.Этиология и патогенез

Среди наиболее частых причин хронического ларингита необходимо выделить длительные голосовые нагрузки, неправильное пользование голосом, фаринголарингеальный рефлюкс, профессиональные вредности, вредные привычки, хронические заболевания легких и инфекционные факторы.

В результате продолжительного воздействия приведенных выше факторов нарушается трофика тканей, изменяется их реактивность, развивается дистрофический процесс. В зависимости от глубины этого процесса хронический ларингит подразделяют на катаральный, гиперпластический (гипертрофический) и атрофический.

У больных катаральным ларингитом на первый план выступают расстройства местного кровообращения и изменения со стороны покровного эпителия, который на отдельных участках может метаплазироваться из цилиндрического в плоский, разрыхляется и облущивается. В подэпителиальном слое обнаруживают круглоклеточную инфильтрацию.

Морфологическая сущность гиперпластического ларингита характеризуется разрастанием соединительной ткани в собственном слое слизистой оболочки за счет появления экссудата, что обуславливает утолщение мягких тканей.

Хронический гиперпластический ларингит может быть диффузным и ограниченным. При ограниченном гиперпластическом ларингите различают ограниченные гиперплазии в области голосовых и предцверных складок, гортанных желудочков, меж- черпаловидного пространства.

У больных атрофическим ларингитом наблюдают более глубокие изменения, которые проявляются гиалинизацией соединительной ткани преимущественно в стенках вен и капилляров. В железах также наблюдаются патологические процессы вплоть до жирового перерождения и распада. Нередко выводные протоки слизистых желез сдавливаются гиперплазированной соединительной тканью.

3.Эпидемиология

Хронические воспалительные процессы в гортани составляют 8,4 % всех заболеваний ЛОР-органов. При этом доброкачественные новообразования гортани встречаются в 55- 70% случаев среди всех продуктивных процессов верхних дыхательных путей, а при отсутствии своевременного лечения в 3-8% могут озлокачиваться. Из всех доброкачественных новообразований гортани, по данным различных авторов, полипы составляют 39-68%, папилломы - 24-59%, отек Рейнке– 5,5%, кисты 5%, неспецифические гранулемы 3%.

4.Классификация

Важно различать доброкачественные заболевания гортани и опухолеподобные заболевания гортани.

К первым относятся:

1. Эпителиальные опухоли (аденомы, аденолимфомы);
2. Соединительнотканые опухоли (фиброма, ангиома, хондрома, липома, фибропапиллома);
3. Неврогенные опухоли (невринома и нейрофиброма);
4. Миогенные опухоли.

Ко второй группе наиболее часто относят:

1. Голосовые узелки и полипы (встречается менее чем у 1% населения, соотношение мужчин и женщин 2:1);
2. Отек Рейнке (2,5-3,0% от всех доброкачественных заболеваний гортани);
3. Амилоидоз гортани (встречается крайне редко, менее 1% от всех доброкачественных заболеваний гортани);
4. Кисты и гранулемы (контактные и интубационные)

По классификации ВОЗ от 2003г предраковые заболевания гортани делятся на две большие группы: облигатный и факультативный предрак.

Облигатные предраковые заболевания гортани – это заболевания, с течением времени обязательно переходящие в злокачественное заболевание гортани. К ним относятся:

хронический гиперпластический ларингит, дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз, пахидермия и так далее), папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).

Факультативные предраковые заболевания гортани – заболевания, малигнизация которых возможна, но не является обязательной. К ним относятся: гранулема, рубцовые изменения гортани. Особое внимание следует обратить на случаи, когда заболевание сопровождается дисплазией слизистой оболочки (то есть цитологическими и структурными изменениями эпителия).

5. Диагностика

5.1 Жалобы и анамнез

Основной жалобой и главной причиной обращения к врачу является стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко кашель. Если процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания.

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

5.2 Физикальное исследование

Рекомендовано обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации, оценить регионарные лимфоузлы (их увеличение может свидетельствовать об озлокачествлении процесса), оценить качество голоса, качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

5.3. Лабораторные исследования

- Рекомендовано проведение биопсии с последующим гистологическим исследованием при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии

2.4 Инструментальные исследования

- Рекомендовано проведение основных методов обследования :

- Непрямая микроларингоскопия

- Фиброларингоскопия по показаниям;

Гибкие волоконные эндоскопы создают отличную возможность для детального осмотра. При сужениях на уровне любого этажа глотки и гортани лишь с помощью фибробласта удастся получить нужное поле зрения. У больных с трехеомотомией возможен ретроградный осмотр гортани.

- Рекомендована всем пациентам микроларингоскопия.

- Рекомендована по показаниям для лучшей визуализации границ и характера дисплазии используется NBI эндоскопия, контактная и аутофлюоресцентная эндоскопия

- Рекомендовано проведение рентгенологического исследования, КТ, МРТ, мультиспиральной компьютерная томография гортани с контрастированием в сосудистом режиме

КТ выявляет топографические взаимоотношения опухоли с окружающими тканями, очень четко определяет размеры опухоли, костную деструкцию или прорастание новообразования в другие ткани. С помощью КТ возможно выявить деструкцию хрящей гортани. По сравнению с КТ, МРТ имеет ряд преимуществ. Метод дает высококонтрастное изображение мягкотканых образований. Значительно лучше выявляет миндалины, структуры глотки и гортани.

5.5 Иная диагностика

Оценка голосовой и дыхательной функции.

- Рекомендовано выполнение морфо – цито- гистологического исследования (основной метод дифференциальной диагностики) . Имеет большое практическое значение, так как позволяет дифференцировать доброкачественную опухоль от злокачественной и поставить точный диагноз.

6. Лечение

6.1 Консервативное лечение

- Рекомендован общий принцип медикаментозного лечения - проведение курсов противовоспалительной терапии в до и послеоперационном периоде, а также этиопатогенетическая терапия при папилломатозе гортани.

- лечение гастроэнтерологической патологии, особенно гастроэзофагального- рефлюксной болезни

Рекомендована ингаляционная терапия минеральными водами для улучшения состояния слизистой оболочки полости рта и гортани у пациентов, с хроническими заболеваниями легких, особенно, получающих топические кортикостероиды. Ингаляционная терапия муколитическими препаратами, гормональными средствами, растительными препаратами с противовоспалительным и антисептическим эффектом.

Ингаляционную процедуру рекомендовано начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения - не более 10 дней.

Рекомендовано голосовосстановительное лечение - для формирования правильных навыков фонации . Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств курсы консервативной терапии должны быть регулярными в соответствии с клинической картиной заболевания в каждом конкретном случае.

6.2 Хирургическое лечение

Целью хирургического лечения предракового заболевания является проведение гистологического исследования для верификации диагноза и/или одновременное удаление образования, измененных участков слизистой оболочки гортани. Подробно о хирургическом лечении каждого из предраковых заболеваниях описано в соответствующих клинических рекомендациях.

Хирургическое лечение делится на две группы:

1. Удаление образований «холодным» микроинструментом (щипчики, выкусыватели, шейвер и так далее);
2. Удаление образования с использованием различного типа лазеров (различного вида диодные лазеры, CO₂ лазер, PDL и KTP лазеры, NdYag лазер и так далее).

Требования к качеству биоптата для исследования:

1. образования небольшого размера следует удалять сразу и целиком отправлять на гистологическое исследование;
2. при подозрении на эндофитное образование - возможна его пункция под контролем УЗИ;
3. при гиперпластическом процессе - иссекать измененные участки слизистой оболочки при прямой микроларингоскопии или удалять достаточный объем материала при непрямой микроларингоскопии гортанным выкусывателем (декорткации голосовой складки) с распределением биоптата на предметном стекле единым блоком с указанием сторон и места локализации.

- Рекомендовано применение CO₂ лазера в хирургии новообразований гортани.

Операции проводятся под общей анестезией, с использованием микроскопа. В случае, если образование занимает большой объем, возможно удаление образования открытым доступом (ларингофиссура и прочее).

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

В группе риска находятся:

1. Пациенты, страдающие рецидивирующими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, патологией желудочно-кишечного тракта, особенно гастроэзофагально-рефлюксной болезнью;
2. Пациенты, злоупотребляющие табакокурением и алкоголем;
3. Лица, имеющие контакт с пылью, красками, тяжелыми металлами, повышенными температурам. Скрининг предраковых заболеваний гортани подразумевает диспансерное наблюдение за лицами, находящимися в группе риска. Допуск особых групп пациентов (беременных, пожилых, с сопутствующей патологией и пр.) к общей анестезии определяется исключительно степенью анестезиологического риска. Для биопсии с последующим проведением гистологического исследования противопоказаний не существует. Отягощенных соматически пациентов следует оперировать в условиях многопрофильного стационара.

Список литературы

1. Мостафа И. Контактная лазерная хирургия гортани и гортаноглотки под непрямой ларингоскопией: Дис. канд. мед. наук. –Ленинград, 1990. –141 с.
2. Дайхес Н.А, Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов Х.Ш. «Клиническая патология гортани. Руководство-атлас».- М.- Медицинское информационное агентство.2009.- 160с.;
3. Донецкая Э.Г. «Клиническая микробиология: руководство».-М.-2011.-С.131;
4. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В., Быкова В.П., Григорян С.С. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом: Метод. Рекомендации - М., 1998-9 с.;
5. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., С.Г. Романенко С.Г., и др. «Терапия воспалительных заболеваний гортани» -2013- №2-с.38-41;
6. Романенко С.Г. «Острый и хронический ларингит», «Оториноларингология». Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна-М.- ГЭОТАР-Медиа, 2012 –С. 541-547;