

РАК ГОРТАНИ

Холматова Барно

Ферганский медицинский институт общественного институт.

Abstract: The development of cancerous tumors of the larynx, stage of development, diagnosis, risk of rebirth. Statistics of the disease and treatment of neoplasms by stage. Forecast of survival, cases of malignant lesions of the larynx.

Keywords: tumor, larynx, cancer, stage, malignant, benign, treatment, therapy, operation.

На рак гортани приходится доля в 2,6% от всех онкологических заболеваний. Он находится на первом месте по частоте возникновения среди опухолей головы и шеи. В 95% случаев злокачественные поражения гортани – это плоскоклеточный рак, по 2% приходится на железистый рак и базалиому, 1% – на редкие виды рака.

Прогноз выживаемости напрямую зависит от того, в какой стадии выявлен рак, и от его локализации. Если опухоль выявлена на I стадии, пятилетняя выживаемость составляет 85%, на II – 70%, на III – 60%, на IV стадии она уменьшается до 20%.

Рак гортани – злокачественное новообразование, чаще развивающееся из плоского эпителия. Локализуется во всех отделах органа.

Выделяют три анатомических отдела органа:

надсвязочный (вестибулярный);

средний (голосовые связки);

подсвязочный.

Рак надсвязочной области развивается наиболее часто – от 65% до 70% от всех опухолей гортани. Возникает на одной стороне, быстро распространяется на вторую. Для новообразований в этой области характерны агрессивный рост, скорое появление метастазов.

Опухоль среднего отдела диагностируется в 25-30% случаев. Обычно развивается на одной голосовой связке. Менее агрессивна, чем в надсвязочной. Нарушения голоса заставляют больных достаточно быстро обращаться к врачу, благодаря этому опухоли связок нередко выявляют на ранних стадиях. Локализация образования облегчает хирургический доступ к нему.

Новообразования подсвязочной области самые редкие – примерно 2% случаев. При этом они характеризуются достаточно быстрым инфильтративным ростом, а их расположение затрудняет хирургический доступ и повышает риск травмы голосовых связок при операции.

По распространенности процесса злокачественные поражения гортани подразделяют на четыре стадии – I, II, III и IV, III стадия имеет подстадии а, б, IV – а, б, в, г.

Стадия	Характеристика
I	Образование ограниченного размера, не выходит за пределы слизистой оболочки одного анатомического отдела гортани.
II	Процесс полностью захватывает один анатомический отдел гортани (могут вовлекаться все слои), не распространяется за его пределы, не метастазирует.
III	а – опухоль выходит за пределы одного анатомического отдела гортани, распространяется на рядом лежащие ткани, вызывает неподвижность половины гортани. б – помимо перехода рака на соседние анатомические области, поражаются регионарные лимфоузлы: обнаруживается один неподвижный либо несколько подвижных увеличенных узлов.

IV	а – распространение новообразования на соседние органы.
	б – образование занимает значительную часть гортани, проникает в подлежащие ткани.
	в – в лимфоузлах шеи выявляются неподвижные метастазы.
	г – опухоль любого размера, метастазирует в регионарные лимфоузлы, отдаленные органы.

Экзофитный рак – растет в просвет органа либо наружу. Образование обычно возникает на стенке гортани и разрастается наружу, перекрывая просвет верхних дыхательных путей. Не имеет четких границ, поверхность опухоли бугристая, с сосочковидными наростами.

Эндофитный (инфильтративный) рак – растет внутрь, в ткань органа. Выглядит как инфильтрат с изъязвлениями, без четких контуров. Проникает в толщу прилегающих тканей.

Смешанный – сочетает в себе черты экзо- и эндофитного роста.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА

Чаще всего рак гортани возникает из клеток плоского эпителия. Гораздо реже диагностируются железистый рак, базалиома и другие редкие типы опухоли. Некоторые виды подразделяются дополнительно:

Плоскоклеточный

рак:

неороговевающий – возникает из неороговевающего эпителия, быстро растет, имеет высокий риск появления метастазов;

ороговевающий – развивается медленно, метастазы появляются через длительный срок.

Железистый

(аденокарцинома):

низкодифференцированная – затруднительно определить тип клеток и тканей, составляющих новообразование, опухоль характеризуется высокой степенью злокачественности, быстро растет и метастазирует;

умеренно дифференцированная – разная структура опухолевых клеток, высокая скорость их размножения;

высокодифференцированная – клетки опухоли отличаются от здоровых только размером ядра, опухоль часто растет бессимптомно, имеет благоприятный прогноз.

Базалиома – клетки новообразования перерождаются из элементов базального слоя эпидермиса. Характеризуется возможностью рецидива после лечения, отсутствием метастазов, относительно благоприятным прогнозом.

Редкие виды.

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОРТАНИ

Во время первичного обращения врач собирает анамнез жизни, болезни пациента, расспрашивает его о наличии провоцирующих факторов, проводит визуальный осмотр, пальпирование шеи, непрямую ларингоскопию – осмотр гортани зеркалом на длинной изогнутой ручке.

При сохраняющихся подозрениях на опухолевое образование пациенту назначают прямую ларингоскопию. Это инвазивная диагностическая процедура, во время которой гортань, трахею, бронхи осматривают с помощью ларингоскопа (жесткий метод) или гибкого фиброскопа. Как правило, во время прямой ларингоскопии проводится биопсия новообразования – забор биоматериала для цитологического и гистологического анализа.

На ранних стадиях эффективным методом диагностики считается определение онкомаркеров SCC и CYFRA 21-1. Для анализа на онкомаркеры у пациента берется венозная кровь.

Чтобы оценить степень прорастания опухоли, поражения лимфоузлов, наличие метастазов в отдаленных органах и тканях используют дополнительные процедуры: КТ или МРТ, ПЭТ-сканирование, биопсию сторожевых лимфоузлов, сцинтиграфию, рентгенографию.

При раке гортани применяют лучевую, химиотерапию (редко), таргетную терапию, хирургические операции. Может применяться один метод или комплексный подход, в зависимости от стадии опухоли, ее расположения, степени агрессивности, формы роста, распространенности процесса.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Практически всегда первым этапом лечения является лучевая терапия. Она применяется для лечения рака гортани среднего отдела, который отличается высокой радиочувствительностью, а также при новообразованиях верхней и нижней областей гортани I-II стадии. Облучение иногда сочетают с гипербарической оксигенацией – насыщением крови кислородом в специальной камере. Эта процедура усиливает действие лучей на переродившиеся клетки и уменьшает вред для здоровых тканей.

Лечение рака гортани III-IV стадии, локализующегося в верхней области органа, начинают с химиотерапии. Для нижнего и среднего отделов гортани химиотерапия неэффективна.

Лучевая и химиотерапия могут применяться в комплексе.

Таргетная терапия – направленное воздействие лекарственным препаратом на рецептор эпидермального фактора роста. При раке гортани на поверхности опухолевых клеток зачастую обнаруживается большое количество белка-рецептора EGFR, который стимулирует деление клеток. Лекарство "Цетуксимаб", используемое для таргетной терапии заболевания, подавляет активность этого рецептора. Препарат вводится внутривенно, обычно применяется в комплексе с облучением, на поздних стадиях – вместе с химиотерапией.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Иногда при I-II стадиях рака гортани консервативной терапии достаточно. Если она оказалась неэффективной, а также при опухоли, выявленной на III-IV стадии, рекомендовано хирургическое вмешательство. Перед операцией всегда показана лучевая терапия для уменьшения размера новообразования.

При опухолях I-II стадии врачи стараются провести органосохраняющую резекцию: гемиларингэктомию – удаление одной голосовой связки, супраглотическую ларингэктомию – удаление части гортани выше связочного аппарата.

На ранних стадиях может применяться удаление опухоли лазером с помощью эндоскопа. Преимущество этого метода – малая травматичность, недостаток – не удается взять образец ткани для гистологического исследования.

На более поздних стадиях заболевания приходится прибегать к радикальным операциям: хордэктомии – полному удалению голосовых связок, тотальной ларингэктомии. В этом случае больной полностью лишается голоса.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Помимо непосредственного удаления злокачественного образования, выполняются и другие хирургические операции.

При метастазировании рака гортани в регионарные лимфоузлы или высоком риске появления метастазов, эти узлы иссекаются вместе с окружающей их клетчаткой. Операция называется шейной диссекцией.

При удалении гортани полностью пациент нуждается в наложении трахеостомы – отверстия в трахею, созданного хирургическим путем. При создании трахеостомы верхний конец трахеи подшивается к коже шеи.

Если рак гортани создает затруднения в приеме пищи, пациенту накладывают гастростому – трубку, ведущую непосредственно в желудок.

При необходимости после обширного хирургического вмешательства проводится реконструктивная пластика – операции, позволяющие хотя бы частично восстановить функции удаленных органов.

Важно вовремя проходить медицинские осмотры – диспансеризацию, профосмотры на предприятиях. При любых подозрениях на заболевание гортани, даже при появлении общей симптоматики, необходимо обратиться к врачу.

Список использованной литературы:

1. Онкология / [В. И. Чиссов](#), С. Л. Дарьялова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2007. — 560 с.
2. 3000 экз. — [ISBN 978-5-9704-0454-6](#). [Рак гортани: обзор](#). Пер. с англ. Н. Д. Фирсовой (2017).