ГОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный Университет» имени

М.К.Аммосова

Медицинский института

Кафедра оториноларингологии

**РЕФЕРАТ**

**РАК ГОРТАНИ**

Выполнила: студентка МИ ЛД 502-2

Федотова Варвара Петровна

Проверила:кмн доцент Лебедева Н.А

Якутск ,2011г

**Содержание**

Введение

1. Этиология

2. Морфология рака гортани

3. Классификация

4. Клиника

5. Диагностика

6. Лечение

Использованная литература

**Введение**

Гортань представляет собой непарный орган сложного строения; здесь происходит перекрест дыхательного и пищеварительного трактов; выполняет защитную, дыхательную и голосообразовательную функции.

Рак гортани - раковое заболевание из элементов неороговевающего эпителия гортани. Рак гортани составляет 3% всех раковых заболеваний. Среди онкологических заболеваний ЛОР-органов его встречают наиболее часто (50-60%). В структуре онкологической заболеваемости у мужчин рак гортани занимает 5-е место. Заболеваемость раком гортани у мужчин составляет 7,39 случая на 100 000 человек. Рак гортани встречают преимущественно у мужчин 40-60 лет, составляющих 80-95% больных. Наиболее часто опухоль локализуется в вестибулярном отделе гортани. У большинства больных выявляют III стадию опухоли (в 63% случаев). Запущенный рак гортани IV стадии выявляется у 16% больных, впервые обратившихся за медицинской помощью.

У подавляющего числа больных раком гортани имеется длительный период курения, употребления алкоголя, работы в условиях повышенной запылённости и высокой температуры. Особое значение имеет пыль, содержащая радиоактивные или вредные химические вещества, металлическая пыль. В промышленных городах рак гортани отмечают в 1,5-2 раза чаше, чем в сельской местности.

**1.Этиология**

Способствующие факторы

Возникновению рака гортани способствуют многие вредные воздействия. У подавляющего числа больных можно отметить в анамнезе:

длительный период курения, употребление алкоголя,

работа в условиях повышенной запыленности (особое значение имеет пыль, содержащая радиоактивные или вредные химические вещества, металлическая пыль), высокой температуры и др.

Городское население болеет раком гортани в 1,5-2 раза чаще сельского. Объясняя частоту заболевания раком в том или ином регионе, приходится анализировать многие факторы - степень урбанизации, географические особенности, преимущественный профиль промышленных предприятий, местные обычаи и многие другие.

Предраковые заболевания гортани

К предраковым заболеваниям гортани относятся

А. С высокой частотой озлокачествления (облигатные):

. Дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз); 2. Пахидермия; 3. Папиллома у взрослых.. Данными заболеваниями страдают чаще мужчины в возрасте старше 40 лет.

Б. С малой частотой озлокачествления (факультативные): 1. Контактная фиброма; 2. Рубцовый процесс после хронических специфических инфекций (туберкулез, сифилис, склерома) и ожогов.

А. При осмотре лейкоплакия имеет вид ограниченного пятна белесовато-дымчатой окраски, размером от 2 до 10 мм, почти не возвышающегося над поверхностью слизистой оболочки. Образования чаще единичные, но изредка бывают и множественные. Лейкокератоз - ороговение слизистой оболочки. Поражение при лейкокератозе имеет вид бляшки серовато-белого цвета с неровной ворсинчатой поверхностью. Симптоматика этих заболеваний гортани крайне скудная. Больные отмечают першение, сухость и легкое жжение в горле, покашливание, периодическую охриплость. Все больные, как правило, - хронические курильщики. Указанные ощущения они относят к последствиям курения, и только постепенно заявляющее о себе постоянство симптомов вынуждает их обратиться к врачу. Пахидермия - эпидермоидные наросты, располагающиеся вблизи голосовых отростков черпаловидных хрящей или в межчерпаловидной области (так называемые мозоли гортани) по своему внешнему виду - образование бляшковидной или складчато-фестончатой формы. Ее окраска разнообразна: от бледно-сероватой до интенсивно-желтой и розовой. Пахидермии бывают одиночными или множественными, различными по величине и протяженности. Как правило, пахидермия слизистой оболочки развивается на фоне воспалительного процесса. Жалобы больных при пахидермии более определенны, все они в той или иной степени страдают охриплостью. Лечение лейкоплакии, лейкокератоза и пахидермии направлено на удаление патологического образования. Папилломы гортани имеют вид сосочкового разрастания, с различной степенью ороговения и склонностью к рецидивированию после их удаления. Клинические симптомы папиллом зависят прежде всего от их локализации. При локализации в области голосовой щели появляется охриплость, продолжительное изменение тембра голоса, изредка афония. При развитии папиллом в надскладочном отделе больные отмечают ощущение неудобства, присутствия инородного тела. Поражение, локализующееся под голосовыми складками, вызывает легкое першение, щекотание и покашливание, в дальнейшем могут наблюдаться затруднения при дыхании.

Клинически различают мягкую и твердую папилломы. Предложено много способов лечения папиллом. В настоящее время эффективными являются эндоларингеальное удаление опухоли. Удаленные папилломы должны обязательно подвергаться морфологическому исследованию с целью исключения малигнизации (озлокачествления). Субъективная симптоматика озлокачествления папиллом на ранних этапах не является специфичной, поэтому необходимо диспансерное наблюдение за такими больными.

Б. Контактные фибромы голосового отростка наблюдается чаще у мужчин на почве хронического воспаления, длительного курения и повышенной голосовой нагрузки. На одной складке фиброма напоминает наковальню, на другой - молоточек. Своеобразное контактное воздействие «молотка» на «наковальню» вызывает изменение поверхности с изъязвлением и ростом грануляций. Жалобы сводятся к различным изменениям голоса. Озлокачествление наблюдается редко. Лечение консервативное или оперативное, зависит от сопутствующих воспалительных процессов и размеров фибромы.

**. Морфологические изменения при раке гортани**

Морфология рака гортани. Типичная морфологическая форма рака гортани - плоскоклеточный ороговевающий рак. Неороговевающий рак встречается значительно реже. Различают экзофитную, эндофитную и смешанную формы роста. Для экзофитной формы характерны бугристая и сосочковая поверхность, четкие границы, преимущественный рост в просвет гортани. Эндофитная опухоль имеет вид инфильтрата, нередко с изъязвлениями, без четко определяемых границ опухоли с преимущественным её ростом в толщу подлежащих тканей. Рак гортани у большинства больных представляется в виде бугристости, растущей в просвет гортани, с чёткими границами; у небольшого числа больных определяют инфильтрат, эрозии, покрытые некротическим налетом, узелки и в виде шероховатости с зазубренным краем. При раке вестибулярного отдела уже на ранних стадиях наблюдают эрозирование опухоли. Поражение надсвязочного отдела протекает особенно агрессивно. Опухоль быстро распространяется на окружающие органы, обладает высокой способностью к регионарному метастазированию. Рак связочного отдела протекает наиболее благоприятно, редко метастазирует. Рак подсвязочного отдела встречают сравнительно редко. Опухоли этой области, как правило, растут внутрь гортани, метастазируют преимущественно в регионарные лимфатические узлы.

**3.** **Классификация**

Согласно отечественной классификации рака гортани (Сборник инструкций Министерства здравоохранения, различают 4 стадии:стадия: опухоль занимает лишь часть одного отдела гортани не проникает глубже подслизистого слоя, не нарушает подвижности голосовых складок и черпаловидных хрящей. Метастазы клинически отсутствуют.стадия: опухоль занимает целиком один отдел гортани, не проникает глубже подслизистого слоя, не нарушает подвижности гортани, метастазы не определяются.стадия: а) опухоль занимает один отдел гортани или распространяется на соседний, ограничивает подвижность гортани; б) опухоль занимает несколько отделов гортани, нарушает ее подвижность; определяются смещаемые, не спаянные с окружающими тканями регионарные метастазы.стадия: а) опухоль занимает большую часть гортани и инфильтрирует подлежащие ткани, в том числе хрящ (раковый перихондрит); б) опухоль прорастает в соседние ткани и органы; в) неподвижные метастазы в регионарных лимфоузлах; г) отдаленные метастазы при наличии первичной опухоли любого размера.

Согласно международной классификации по системе TNM первичная опухоль Т в зависимости от распространения в гортани в пределах одного или нескольких отделов обозначается как T1, Т2, Т3, а при распространении за пределы гортани - Т4. Регионарные лимфатические узлы: N0 - узлы не прощупываются, N1 - односторонние подвижные узлы, N2 - односторонние несмещаемые или двусторонние подвижные узлы, N3 - двусторонние несмещаемые узлы; М - отдаленные метастазы.

Международной классификацией предусмотрено 4 стадии: I стадия - T1N0; II стадия - T1N1 или T2N0; III стадия - T1N2, или T2N2, или T3N0, или T3N1, или T3N2, или T4N0, или T4N1, или T4N2; IV стадия - N3 или М, независимо от состояния первичной опухоли. Классификация применима лишь к первичным, ранее не лечившимся больным.

Злокачественные опухоли гортани.

Превалирует рак, почти всегда плоскоклеточный, реже базальноклеточный. Саркома гортани встречается крайне редко.

Рак горатин занимает 4 место среди всех злокачественных опухолей у мужчин, уступает раку желудка, легких и пищевода. Соотношение заболеваемости, карцинома гортани у мужчин и женщин 22: 1.

Встречается рак гортани у лиц моложе 30 лет и старше 40 лет, а у женщин моложен 20 лет.

Чаще поражается верхний отдел гортани - средний, еще реже - нижний отдел.

Преимущественно встречается экзофитная форма рака, которая растет медленно. При опухоли надгоратинника процесс распространяется вверх и кпереди, при опухли среднего отдела гортани через комиссуру или гортанный желудочек распространение идет на верхний отдел. Опухоль нижнего отдела гортани растет вниз через коническую связку проникает на передие отделы шеи.

Раньше метастазирует рак преддверия гортани чаще на стороне поражения, а медленнее всего при опухоли переднего отдела гортани.

Выделяют 3 периода развития опухолей гортани: 1. Начальный - першение, неудобство при глотании, ощущение комка в горле.

. Период полного развития заболевания - возникает охриплость вплоть до афонии, затруднение дыхания вплоть до асфиксии, нарушение глотания вплоть до полной невозможности.

. Период метастазирования

**.** **Клиника и диагностика**

Чаще всего к симптомам рака гортани относятся:

Охриплость или другие изменения голоса

Припухлость в области шеи

Боль в горле и ощущение дискомфорт при глотании, першение

Ощущение инородного тела в гортани при глотании

Постоянный кашель

Нарушения дыхания

Боль в ухе

Потеря веса

Симптоматика рака гортани зависит как от размеров опухоли, так и того, в каком отделе гортани она появилась.

Ощущение инородного тела при глотании связано обычно с появлением ригидности (то есть уплотнения) одного из хрящей гортани - надгортанника вследствие его инфильтрации опухолью. Боль в ухе появляется на поздних стадиях рака гортани и связана обычно с метастазами или прорастанием опухоли в нервы.

Потеря веса у больного также связана именно с этой болью, так как она появляется при глотании, в результате которого больной ограничивает прием пищи.

Охриплость голоса связана с поражением голосовых связок. Это обусловлено нарушением плотного смыкания голосовых складок вследствие механического препятствия, которым и является опухоль. Обычно для рака гортани характерно неуклонное нарастание этого симптома - от небольшой охриплости до развития полной афонии (исчезновении голоса).

В более поздний период характерно присоединение еще и затрудненного дыхания. Оно связано с ростом опухоли в просвет гортани, сужением (стенозом) ее просвета, а также с неподвижностью одной или обеих половин гортани.

При дальнейшем росте опухоль может распространяться на соседние отделы гортани с соответствующими клиническими проявлениями, а также может прорастать вперед в мягкие ткани шеи. Рак подскладочного отдела гортани может переходить на первые кольца трахеи.

Прежде всего, диагностика рака гортани заключается в опросе врачом пациента, сборе его жалоб и анамнеза. Это означает, что врач собирает информацию о прошлых болезнях пациента, возможных факторах риска, то есть уточняет курит ли он, употребляет ли алкоголь, а также уточняет характер работы и профессии пациента.

Диагностическое исследование начинают с непрямой ларингоскопии, фиброларингоскопии, рентгеновского исследования, которые дополняют КТ, цитологическими исследованиями.

Фиброларингоскопия имеет существенные преимущества перед непрямой ларингоскопией (с помощью зеркала): легкость и безопасность введения инструмента в гортань, большую разрешающую способность оптики, исключающую наличие «слепых» зон. Возможность производить прицельную биопсию, получение изображения гортани в увеличенном виде на дисплее, а также высококачественные фотоснимки.

Рентгенография может дополнить данные информацией о состоянии надгортанника, преднадгортанникового пространства и области черпаловидных хрящей, что имеет немалое значение для планирования лечения. На томограммах гортани в прямой проекции хорошо различимы голосовые складки, подскладочный отдел и просвет гортанных желудочков, вестибулярные и черпалонадгортанные складки; четко определяются оба грушевидных синуса гортани.

Для решения вопроса о возможности органосохраняющих операций большое значение имеет прорастание опухоли в преднадгортанниковое и околосвязочное пространство, которые могут быть детально исследованы только с помощью компьютерной томографии.

Рак гортани любой стадии до начала лечения должен быть подтвержден гистологическим исследованием, которое служит заключительным этапом диагностики. Только в исключительных случаях, когда биопсия рискованна или невозможна, при наличии характерной ларингоскопической и рентгенологической картин, установленных опытным специалистом, а также четких данных цитологического исследования, можно приступить к специальному лечению. В тех случаях, когда повторная биопсия (при условии ее правильного проведения) не выявляет опухоли, а клиническая картина характерна для рака, необходимо прибегнуть к диагностике во время операции.

Диагностика метастазов рака гортани производится ощупыванием регионарных лимфатических узлов и цитологическим исследованием пунктатов полученных из этих лимфатических узлов. Цитологическое исследование, проведенное по поводу метастазов рака гортани, позволяет поставить правильный диагноз во всех случаях.Далее врач проводит осмотр пациента. Вначале проводится обычный физикальный осмотр, который проводит любой врач при любом заболевании. Для этого он осматривает шею пациента, проверяет щитовидную железу, а также проверяет увеличенные лимфатические узлы и любые припухлости на шее. Кроме того, врач осматривает горло пациента с помощью шпателя.

Далее врач проводит такой метод исследования, как ларингоскопия. Ларингоскопия может быть как непрямой, так и прямой. Непрямая ларингоскопия заключается в том, что для осмотра гортани врач вводит в горло пациента маленькое круглое зеркальце на длинной ручке. При этом шпателем отодвигается язык. Для устранения рвотного рефлекса перед этой процедурой врач опрыскивает горло пациента анестетиком. Прямая ларингоскопия производится с помощью тонкого гибкого ларингоскопа. Этот метод также называется фиброларингоскопия. При этом ларингоскоп вводится в гортань через носовой ход. Перед этим носовая опрыскивается анестетиком. С помощью фиброларингоскопа врач может осмотреть стенки гортани, голосовые связки.

Компьютерная томография

Данный метод основан на получении серии рентгеновских снимков исследуемого органа (в данном случае - гортани), которые являются как бы срезами ткани на различной глубины. Далее эти снимки попадают в компьютер, где изображения обрабатываются и создается «послойная» картинка. Для усиления контрастности опухоли по сравнению с окружающими тканями перед исследованием пациенту может быть введено особое контрастное вещество.

Биопсия

Это основной метод диагностики всех опухолей. Он заключается во взятии маленького кусочка ткани опухоли и дальнейшее его гистологическое исследование под микроскопом. Биопсия позволяет уточнить характер опухоли и ее строение. Она проводится во время ларингоскопии. Для ее проведения также используется местная анестезия в виде опрыскивания раствором анестетика либо может применяться общее обезболивание. Вид биопсии, обезболивания, а также длительность проводимой процедуры и ее возможные осложнения Вы можете обсудить с врачом.

рак гортань опухоль заболевание

**5.Лечение**

Лечение рака гортани чрезвычайно сложная задача. Особенность лечения является стремление не только излечить больного, но и восстановить дыхательную, голосовую и защитную функции этого органа. Задача эта решается после обследования больного тремя врачами ЛОР-онкологом, радиологом и химиотерапевтом комиссионно. Лечение может быть длительным и состоять из различных сочетаний нижеприведенных методов (комбинированный и комплексный методы).

Лучевая терапия (дистанционная гамма-терапия).

Показана пациентам при опухолях вестибулярного и среднего отделов гортани. Проводится как в предоперационном режиме (40-45Гр), так и в лечебном по радикальной программе (70Гр). По данным отечественных и зарубежных авторов 70-80% больных раком гортани I - II стадий может быть излечено( используя последний режим облучения), и 45-52% - III стадии. Противопоказаниями к проведению лучевой терапии на первом этапе являются:

) выраженный стеноз гортани

) хондроперихондрит гортани

) наличие отдаленных метастазов

) прорастание опухоли в окружающие органы (пищевод, трахею) и ее распад

) неподвижные конгломераты метастазов

) тяжелое общее состоние, вызванное прогрессированием туберкулеза, диабета, заболевания сердечно-сосудистой системы.

) подскладочный отдел гортани

Хирургическое лечение

Лечение первичного очага

.Хордэктомия (удаление одной голосовой складки)- показана при опухолях 1 стадии, расположенной в средней трети голосовой складки, не достигающей передней комиссуры и голосового отростка при сохранении подвижности.

.Резекции гортани (удаление части гортани с сохранением функций органа)

Боковая резекция гортани - показана при опухолях голосовой складки, распространяющаяся на гортанный желудочек и вестибулярную складку, а ткаже на подскладочный отдел с одной стороны и вызывающее ограничение подвижности голосовой складки. Противопоказания - распространение на надгортанник, комиссуру и черпаловидные хрящи.

Переднебоковая резекция - тоже самое с переходом на переднюю комиссуру и передние отделы стенки гортани противоположной стороны0

Горизонтальная резекция гортани - при опухолях вестибулярного отдела гортани

Комбинированные резекции гортани - при распространении опухолей на соседние органы

Ларингэктомия (Экстирпация гортани) - полное удаление гортани с формированием на передней поверхности шеи трахеостомы (соустье с дыхательными путями). Восстановление голосовой функции возможно в результате занятий с логопедом.

Лечение метастатического поражения регионарных лимфоузлов

Фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи

Операция Крайля

Химиотерапия.

Может проводиться в режимах неоадъювантной, адъювантной и лечебной.

**Список литературы**

1. Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. Болезни уха, горла, носа. - М.:ГЭОТАР - МЕД, 2002.

. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии, - М.: Медицина, 1990.

. Преображенский Б.С. Болезни уха, горла, носа. - М.: Медгиз, 1960.

. Интернет-сайты: www. referat.ru, www.bankreferatov.ru, www. 5-ballov.ru, ресурсы Яндекса.