

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ

ВСТУПЛЕНИЕ (цель рекомендаций, масштаб проблемы)

Доброкачественные заболевания гортани по определению Hollinger (1951) это любое объемное образование в гортани, не имеющее свойства озлокачествления. Важность доброкачественных заболеваний гортани в том, что они напрямую влияют на такой важный для качества жизни показатели как качество голоса.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (Обзор проблемы, Эпидемиология, Классификация (классификации))

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.

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 голосовые узелки и полипы (встречается менее чем у 1% населения, соотношение мужчин и женщин 2:1), отек Рейнке (2,5-3,0% от всех доброкачественных заболеваний гортани), амилоидоз гортани (встречается крайне редко, менее 1% от всех доброкачественных заболеваний гортани), кисты и гранулемы (контактные и интубационные).

ДИАГНОЗ И ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ (Клиническое обследование, Лабораторная диагностика, Неинвазивные и инвазивные диагностические процедуры, Определение групп риска, Скрининг (если предусмотрен), Экономические аспекты (если предусмотрено))

Пациентам проводится общеклиническое обследование (ОА крови, мочи, биохимия крови, ЭКГ, Rg ОГК).

Основные методы обследования:

1. Непрямая микроларингоскопия
2. Фиброларингоскопия
3. Прямая микроларингоскопия
4. Электронная стробоскопия

При необходимости проводят дополнительные методы исследования

5. Оценка голосовой и дыхательной функции
6. Рентгенологическое исследование, КТ, МРТ

7. Радиоизотопная диагностика
8. Люминесцентный анализ
9. Морфо – цито- гистологическое исследование
10. Гистохимическое исследование

В группе риска находятся:

1. Курящие пациенты
2. Имеющие постоянный контакт с пылью
3. Работники «голосовых» профессий (педагоги, певцы и т.д.).
4. Пациенты с ГЭРБ

ЛЕЧЕНИЕ (Принципы ведения пациентов, Медикаментозная терапия, Другие виды терапии, Правила наблюдения за пациентами, Экономические аспекты (если предусмотрено))

Медикаментозная терапия является первым этапом лечения данных пациентов, проводятся различные виды ингаляций (щелочно-масляные, с глюкокортикостероидами) и вливание в гортань растворов глюкокортикостероидов (гидрокортизон и пр.).

Фонопедическое лечение

В случае безуспешности предыдущих методов проводится:

Хирургическое лечение – делится на две группы:

1. Удаление образований «холодным» микроинструментом (щипчики, выкусыватели, шейвер и т.д.). *К преимуществам* этого метода относятся относительная дешевизна, возможность использования под местной анестезией. *К недостаткам* можно отнести недостаточный контроль за объемом удаляемой ткани, что может привести как к повреждению голосовой связки и необратимому изменению голоса, так и к неполному удалению измененных тканей.
2. Удаление образования с использованием различного типа лазеров (различного вида диодные лазеры, CO₂ лазер, PDL и KTP лазеры, NdYag лазер и т.д.). «Золотым стандартом» в мировой практике является применение CO₂ лазера.
3. В случае, если образование занимает большой объем, возможно удаление образования открытым доступом (ларингофиссура и пр.) .

Послеоперационное ведение пациентов заключается в соблюдении голосового режима на срок до недели, а также противоотечной терапии (внутривенное и эндоларингеальное введение растворов глюкокортикостероидов). При необходимости – антибактериальная терапия

ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ (С сопутствующими заболеваниями, особые группы (беременные, пожилые и т.п.)

Допуск особых групп пациентов (беременных, пожилых, с сопутствующей патологией и пр.) определяется исключительно степенью анестезиологического риска.

НАБЛЮДЕНИЕ (Порядок наблюдения, Длительное наблюдение, Образование пациентов)

Все пациенты с данной патологией после хирургического лечения наблюдаются в течение 6 месяцев (на 1, 7 и 14 сутки, через 1. 2,3 и на 6 месяц).

БУДУЩЕЕ В РАЗВИТИИ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ

Основным направлением исследований в настоящее время является разработка новых методов ранней диагностики заболеваний.