

## ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ

**ВСТУПЛЕНИЕ** (цель рекомендаций, масштаб проблемы)

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. Укоренившиеся в терминологии ошибочные положения полностью не пересмотрены. Имеет место весьма условная трактовка «фибромы», «полипа». На основании гистологических исследований не остается сомнений, что так называемые «фибромы» и «полипы» не являются истинными опухолями. Некоторые патологоанатомы возражают против термина «предрак» с точки зрения морфологии, но, как справедливо замечает А.И. Кожевников, «они не могут поколебать большого клинического значения этого понятия». Вопросы малигнизации предраковых заболеваний гортани и диагностика раннего рака гортани еще не решены. По данным О.В. Черемисиной и Е.Л. Чайнозова (2006г) диагностические ошибки на догоспитальном уровне продолжают составлять 30-35% случаев, а у госпитализированных пациентов 22,4-35%. Рак *in situ* 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.

В данных рекомендациях мы попытаемся разрешить данную ситуацию и дать план диагностики и лечения этой группы заболеваний.

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

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 т.д.), папилломатоз гортани (в зависимости от типа вируса).

**Факультативные предраковые заболевания гортани** – заболевания, малигнизация которых возможна, но не является обязательной. К ним относятся: контактные гранулемы, рубцовые изменения гортани.

Особое внимание следует обратить на случаи, когда заболевание сопровождается дисплазией слизистой оболочки (т.е. цитологическими и структурными изменениями эпителия). В настоящее время имеется три

наиболее широко применяемые классификации изменений многослойного плоского эпителия гортани (Таблица № 1)

Таблица № 1 Классификация изменений многослойного плоского эпителия гортани

Классификация ВОЗ (2005)	Ларингеальная интраэпителиальная неоплазия плоскоклеточного эпителия (ЛИН) Париж, 2005	Люблянская классификация плоскоклеточных интраэпителиальных нарушений
Плоскоклеточная гиперплазия	-	Простая гиперплазия
Слабая дисплазия - дисплазия 1 степени	ЛИН 1	Гиперплазия базальных-парабазальных клеток
Умеренная дисплазия - дисплазия 2 степени	ЛИН 2	Атипичная гиперплазия I-II (эпителий риска)
Выраженная дисплазия - дисплазия 3 степени	ЛИН 3	Атипичная гиперплазия II-III степени (эпителий риска)
Рак in situ	ЛИН 3	Рак in situ

**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).

Основным методом диагностики является визуальный осмотр методом непрямой ларингоскопии, «золотым стандартом» является не прямая эндоскопическая видеоларингоскопия. Так же, при выраженном рвотном рефлекс или иных технических сложностях проводится осмотр гибким волоконнооптическим фиброскопом.

Из современных методов обследования можно отметить аутофлуоресцентную диагностику.

При необходимости проводится взятие биопсии для гистологической верификации и определения степени дисплазии.

В группе риска находятся:

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

**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.). Консервативная терапия проводится в срок не более 2, максимум 3 недель, отсутствие клинического эффекта является прямым показанием к хирургическому лечению.

**Хирургическое лечение** – делится на две группы :

1. Удаление образования «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, CO<sub>2</sub> лазер, PDL и KTP лазеры, NdYag лазер и т.д.). «Золотым стандартом» в мировой практике является применение CO<sub>2</sub> лазера.

Послеоперационное ведение пациентов заключается в соблюдении голосового режима на срок до недели, а также противоотечной терапии (внутривенное и эндоларингеальное введение растворов глюкокортикостероидов). Антибактериальная терапия, как правило, не показана.

**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 3 месяцев (на 1, 7 и 14 сутки, через 1. 2 и на 3 месяц). Больные с гистологически подтвержденной дисплазией эпителия 2 и 3 степени нуждаются в обязательном диспансерном наблюдении на срок до 5 лет.

**БУДУЩЕЕ В РАЗВИТИИ ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ**

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