

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф.: д.м.н., проф. Зуков Р.А.

Реферат

На тему: «Рак гортани»

Выполнил:

врач-ординатор 2-го года обучения

кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Коновалов М.О.

 *д.м.н. Габрилюк О.В.*

г. Красноярск, 2021 год

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора
В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Зав. каф.: дмн., проф. Зуков Р.А.

Реферат

На тему: «Рак гортани»

Выполнил:

врач-ординатор 2-го года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Коновалов М.О.

г. Красноярск, 2021 год

Оглавление

Введение	3
Эпидемиология.....	4
Патогенез	Ошибка! Закладка не определена.
Диагностика.....	6
Лечение	7
Качество жизни пациента во время и после лечения.....	Ошибка! Закладка не определена.
Список литературы	14

Введение

Гортань — это сложный анатомо-физиологический комплекс, состоящий из различных тканевых структур, с развитой сетью кровеносных, лимфатических сосудов и нервов.

Гортань представляет собой орган, состоящий из хрящевого скелета, соединенного фиброзными связками и выстланного слизистой оболочкой. Верхние 2/3 надгортанника и область голосовых складок покрыты многослойным плоским эпителием, остальная слизистая оболочка - многоядным мерцательным эпителием. Собственная пластинка слизистой оболочки представлена рыхлой фиброзной тканью, белково-слизистыми железами и скоплениями лимфоидной ткани. Все хрящи гортани, за исключением надгортанника, являются гиалиновыми. Надгортанник состоит из эластичного хряща. Все мышцы гортани поперечнополосатые, они могут сокращаться как произвольно, так и рефлекторно. Вверху гортань прикреплена срединной и боковыми щитовидными связками к подъязычной кости, служащей опорой для всех наружных мышц гортани. Внизу гортань опирается посредством перстневидного хряща на первое кольцо трахеи.

Анатомические области и части гортани

Надскладочный отдел - от верхней границы гортани (замкнутая линия, проходящая по свободному краю надгортанника, верхнему краю черпалонадгортанных складок к вершинам черпаловидных хрящей) до уровня голосовых складок:

- Гортанная поверхность надгортанника (включая верхушку),
- Черпалонадгортанные складки, черпаловидные хрящи и межчерпаловидная область;
- Часть надгортанника ниже подъязычной кости (фиксированный отдел);
- Вестибулярные складки;
- Гортанные желудочки.

Складочный отдел - область голосовой щели:

- Голосовые складки;
- Передняя комиссура;
- Задняя комиссура.

Подскладочный отдел - от уровня голосовых складок до нижнего края перстневидной хряща:

- Боковые стенки;
- Подкомиссуральная полость;
- Задняя стенка - внутренняя стенка печатки перстневидного хряща.

Эпидемиология

В России в 2017 году зарегистрировано 7148 случаев впервые установленного рака гортани.

В 2017г. у мужчин выявлено 9,52 случая на 100000 населения, среднегодовой темп прироста -0,1%, прирост - минус 1,03%. У женщин в 2017 году выявлено 0,65 случаев на 100000 населения, среднегодовой темп прироста - 2,4%, прирост - 25,22%.

Средний возраст заболевших мужчин - 61,8 года, женщин - 63,1 года. Число заболевших раком гортани резко возрастает с 50 лет, достигая наибольшего пика в 55-75 лет.

Летальность больных в течение года с момента установления диагноза рак гортани в России в 2017г. составила 23,0%. Средний возраст умерших мужчин в 2017г. - 64,2 лет, женщин - 64,1 лет.

Среди всех впервые установленных диагнозов I-II стадии была у 36,5% пациентов, III - у 43,2%, IV - у 18,7%. Только 5% больных выявлены при профилактических осмотрах.

Факторы риска

У подавляющего числа больных раком гортани можно выделить следующие факторы риска в анамнезе:

1. Длительный период курения
2. Употребление алкоголя
3. Работа в условиях повышенной запыленности (особое значение имеет пыль, содержащая радиоактивные или вредные химические вещества, металлическая пыль), высокой температуры, следовательно в группу риска по данному заболеванию будут входить работники химических предприятий, жители городов с развитой промышленностью.
4. Также к развитию рака горла приводит вирус папилломы человека, его онкогенные типы: 6, 11, 16, 18. Предрасполагает к этому типу рака и частое перенапряжение связок.

Предраковые заболевания гортани

К предраковым заболеваниям гортани относятся с высокой частотой озлокачествления (облигатные):

1. Дискератозы (лейкоплакия, лейкокератоз);
2. Пахидермия;
3. Папиллома у взрослых.

Данными заболеваниями зачастую страдают мужчины старше 40 лет.

С малой частотой озлокачествления (факультативные):

1. Контактная фиброма;
2. Рубцовый процесс после хронических специфических инфекций (туберкулез, сифилис, склерома) и ожогов.

Клиника

Клинические признаки рака гортани разнообразны и зависят от локализации, распространенности, типа роста, морфологической структуры опухоли.

Рак надскладочного отдела гортани на ранних стадиях протекает бессимптомно. В дальнейшем появляется дискомфорт, поперхивание, затем боль при глотании, иррадиирующая в ухо на стороне поражения. Больные с этой локализацией поздно попадают к специалисту-онкологу. 80% пациентов обращаются уже с местно-распространенной опухолью. Характерно быстрое местное и регионарное метастазирование опухоли.

Рак голосовых складок довольно рано дает стойкую осиплость, прогрессивно усиливающуюся и переходящую в афонию. При поражении передней комиссуры возникает сухой кашель.

Инфильтрация голосовой складки или черпаловидного хряща вызывает неподвижность соответствующей половины гортани. При экзофитной форме роста появляется затруднение дыхания, поперхивание и кашель во время приема пищи. Рак голосовых складок имеет более благоприятное течение. Описанные симптомы рака голосовой складки появляются довольно рано, поэтому возможна диагностика опухоли на ранней стадии ее развития.

Рак подскладочного отдела гортани распространяется в подслизистой основе по тканевым прослойкам чаще вниз, к трахее, через щитоперстневидную мембрану инфильтрирует клетчатку между хрящами. Проявляется нарастающим затруднением дыхания, осиплостью, чаще инфильтративным характером роста, длительно не выявляется. Затруднение дыхания возникает даже при незначительном размере опухоли. По мере увеличения новообразования и распространения его на голосовую складку присоединяется осиплость. В запущенных случаях рака гортани усиливается кашель, выделяется большое количество мокроты, иногда с примесью крови. Отмечается гнилостный запах изо рта вследствие распада и инфицирования опухоли, возможны кровотечения. Местно распространенные раковые опухоли разрушают конфигурацию хрящей гортани. При пальпации определяется сглаженность контуров хрящей в связи с опухолевым поражением и развитием воспалительных явлений. За счет инфильтрации задних отделов гортани исчезает симптом скольжения (или крепитации) гортани о позвоночник. По мере роста опухоли усиливаются

болевы́е ощущения в результате присоединения вторичной инфекции или механического раздражения пищ́ей. Глотание становится болезненным, боль нередко иррадирует в ухо. Эти симптомы особенно выражены при глубокой опухолевой инфильтрации подлежащих тканей, увеличении и распаде регионарных метастазов на шее. В результате обтурации органа развивается стеноз, требующий срочного хирургического вмешательства.

Диагностика

1. Сбор жалоб и анамнеза
2. Пальпация шеи: определяют конфигурацию гортани, симптом крепитации, последовательно пальпируют все зоны возможного регионарного метастазирования.
3. Непрямая ларингоскопия.
4. Фиброларингоскопия с флуоресцентной диагностикой (по показаниям)
5. Рентгенологическая томография гортани
6. Ультразвуковое исследование шеи, печени
7. Биопсия опухоли гортани с последующим гистологическим исследованием
8. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки
9. КТ и/или МРТ при местно-распространенных опухолях

Дополнительные методы

1. Стробоскопия
2. Пункция лимфатических узлов шеи с последующим цитологическим исследованием (при подозрении на метастатическое поражение).
3. Эзофагоскопия, рентгенография пищевода с контрастированием (при подозрении на распространение опухоли на пищевод)
4. Компьютерная томография органов грудной клетки (при подозрении на метастатическое поражение легких)
5. Компьютерная томография органов брюшной полости (при подозрении на метастатическое поражение печени)
6. Сцинтиграфия костей (при подозрении на метастатическое поражение)
7. Позитронно-эмиссионная томография (при III-IV стадиях процесса, по показаниям)
8. Флуоресцентная диагностика.

Фиброларингоскопия имеет существенные преимущества перед прямой и непрямой ларингоскопией: лёгкость и безопасность введения инструмента в гортань, большую разрешающую способность оптики, исключаящую наличие «слепых» зон, возможность производить прицельную

биопсию, получение изображения гортани в увеличенном виде на дисплее, а также высококачественные фотоснимки.

Рентгенография может дополнить данные непрямой ларингоскопии информацией о состоянии надгортанника, преднадгортанникового пространства и области черпаловидных хрящей, что имеет немалое значение для планирования лечения.

Компьютерная томография. Для решения вопроса о возможности органосохраняющих операций большое значение имеет прорастание опухоли в преднадгортанниковое и околоязычное пространство, которые могут быть детально исследованы только с помощью КТ.

Гистологическое исследование. Рак гортани любой стадии до начала лечения должен быть подтверждён 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 чётких данных цитологического исследования, можно приступить к специальному лечению. В тех случаях, когда повторная биопсия (при условии её правильного проведения) не выявляет опухоли, а клиническая картина характерна для рака, необходимо прибегнуть к интраоперационной диагностике.

Диагностика метастазов. Основными методами диагностики регионарных метастазов рака гортани служат пальпация и цитологическое исследование. Пальпация должна быть применена у каждого больного при подозрении на рак гортани. Необходимым её условием является исследование всех возможных зон регионарного метастазирования: верхних, средних и нижних узлов глубокой яремной цепи, надключичных, преларингеальных и зачелюстной областей.

Лечение

TisN0M0

Основными методами лечения являются эндоскопическое удаление опухоли, различные варианты хирургического лечения и физические методы воздействия. Выбор осуществляется в зависимости от объема патологических изменений (дисплазии): менее 0,5 см - 1, в остальных случаях - 2 и 3 методы. Проведение самостоятельного лучевого лечения рассматривается при отказе от основных методов лечения и проводится до радикальных доз (60-70Гр).

1. Эндоскопическое удаление опухоли

2. Хирургическое лечение (Эндоларингеальная резекция, фронтолатеральная резекция, горизонтальная резекция гортани, резекция гортани с эндопротезированием)
3. Физические методы воздействия (лазерное удаление, аргоно-плазменная коагуляция, фотодинамическая терапия, радиочастотная термоабляция)
4. Самостоятельное лучевое лечение

T1-2N0M0

Лучевое и хирургическое лечение рассматриваются как альтернативные варианты и проводятся в самостоятельном плане. Выбор метода осуществляет пациент.

1. Самостоятельное лучевое лечение до радикальных доз (60-70 Гр).
2. Хирургическое лечение:
 - Эндоларингеальная резекция
 - Фронтолатеральная резекция гортани
 - Горизонтальная резекция гортани
 - Резекция гортани с эндопротезированием

T1-2N1-3M0

Химиолучевое и хирургическое лечение рассматриваются как альтернативные варианты.

Химиолучевое лечение проводится с модификацией 5-фторурацилом и цисплатином, с оценкой радиочувствительности опухоли на дозе 35-40 Гр при резорбции опухоли более 50% продолжить химиолучевое лечение до радикальных доз (60-70Гр) с последующей лимфаденэктомией при исходном N2-3 и неполной резорбции N1 поражения лимфоколлекторов. При полной резорбции N1 лимфаденэктомия не проводится.

Хирургическое лечение:

- Эндоларингеальная резекция
- Фронтолатеральная резекция гортани
- Горизонтальная резекция гортани
- Резекция гортани с эндопротезированием
- Ларингэктомия
- Лимфаденэктомия на шее
- Расширенная лимфаденэктомия на шее (операция типа Крайля).

T3N0M0

Хирургическое и химиолучевое лечение рассматриваются как альтернативные варианты.

1. Хирургическое лечение:
 - Фронтолатеральная резекция гортани
 - Горизонтальная резекция гортани типичная
 - Резекция гортани с эндопротезированием
 - Ларингэктомия
 - Расширенная ларингэктомия
2. Одновременное химиолучевое лечение - проводится с модификацией 5-фторурацилом и цисплатином, с оценкой радиочувствительности опухоли на дозе 35-40 Гр при резорбции опухоли более 50% продолжить химиолучевое лечение до радикальных доз (60-70Гр), при резорбции опухоли менее 50% хирургическое лечение.

При отказе пациента от операции проводится индукционная химиотерапия с последующим определением степени резорбции первичной опухоли (критерии RECIST). После проведения трех курсов индукционной химиотерапии (схема TPF) при резорбции опухоли менее 50% проводится хирургическое лечение. При резорбции опухоли более 50% далее проводится одновременное химиолучевое лечение (неполная резорбция), либо лучевое лечение (полная резорбция) до радикальных доз (СОД 60-70Гр).

T3N1-3M0

Одновременное химиолучевое и хирургическое лечение рассматриваются как альтернативные варианты.

1. Хирургическое лечение.
 - Эндоларингеальная резекция
 - Фронтолатеральная резекция гортани
 - Горизонтальная резекция гортани
 - Резекция гортани с эндопротезированием
 - Ларингэктомия
 - Расширенная ларингэктомия
 - Лимфаденэктомия на шее
 - Расширенная лимфаденэктомия на шее (операция типа Крайля)
2. Одновременное химиолучевое лечение с последующей лимфаденэктомией (N2-3, неполная резорбция N1). Химиолучевое лечение проводится с модификацией 5-фторурацилом и цисплатином с оценкой радиочувствительности опухоли на дозе 35-40 Гр. При резорбции опухоли более 50% можно продолжить химиолучевое лечение до радикальных доз (60-70Гр) с последующей лимфаденэктомией при исходном N2-3 и

неполной резорбции N1 поражения лимфоколлекторов. При полной резорбции N1 лимфаденэктомия не проводится.

При отказе пациента от операции проводится индукционная химиотерапия с последующим определением степени резорбции первичной опухоли (критерии RECIST) аналогично стадии T3N0M0.

T4N0-3M0 (резектабельный процесс)

Одновременное химиолучевое, хирургическое или комбинированное лечение рассматриваются как альтернативные варианты. Выбор метода осуществляет пациент.

1. Хирургическое лечение:
 - Ларингэктомия
 - Расширенная ларингэктомия
 - Лимфаденэктомия на шее
 - Расширенная лимфаденэктомия на шее (операция типа Крайля)
2. Комбинированное лечение: хирургическое лечение (при стенозе гортани 2-3 степени, угрозе кровотечения, хондроперихондритах) с послеоперационной химиолучевой терапией.
3. Одновременное химиолучевое лечение проводится с модификацией 5-фторурацилом и цисплатином, с оценкой радиочувствительности опухоли на дозе 35-40 Гр. При резорбции опухоли более 50% можно продолжить химиолучевое лечение до радикальных доз (60-70Гр) с последующей лимфаденэктомией при исходном N2-3 и неполной резорбции N1 поражения лимфоколлекторов. При полной резорбции N1 лимфаденэктомия не проводится. В случае резорбции опухоли менее 50% - хирургическое лечение.

T4N0-3M0 (нерезектабельный процесс)

Одновременное химиолучевое и индукционная химиотерапия рассматриваются как альтернативные варианты.

1. Одновременное химиолучевое лечение с последующей оценкой эффекта через 1 месяц с целью определения возможного отсроченного хирургического вмешательства. Химиолучевое лечение проводится с модификацией 5ФУ и цисплатином, до радикальных доз (60-70Гр) с последующей лимфаденэктомией при исходном N2-3 и неполной резорбции N1 поражения лимфоколлекторов. При полной резорбции N1

лимфаденэктомия не проводится. При неполной резорбции первичного очага и резектабельном процессе следующим этапом проводится хирургическое лечение.

2. Индукционная химиотерапия с последующим химиолучевым/лучевым лечением (при резорбции опухоли более 50%) и лимфаденэктомией (N2-3, неполная резорбция N1), либо хирургическим лечением (при резорбции опухоли менее 50%).

После проведения трех курсов индукционной химиотерапии (схема TPF) при резорбции опухоли менее 50% проводится хирургическое лечение при резектабельном процессе. При резорбции опухоли более 50% далее проводится одновременное химиолучевое лечение (неполная резорбция), либо лучевое лечение (полная резорбция) до радикальных доз (СОД60-70Гр), с последующей лимфаденэктомией при исходном N2-3 и неполной резорбции N1 поражения лимфоколлекторов. При полной резорбции N1 лимфаденэктомия не проводится.

При противопоказаниях к проведению обоих указанных методов лечения - проводится паллиативное лекарственное, либо симптоматическое лечение.

При сохранении признаков нерезектабельности опухолевого процесса - симптоматическое лечение.

T- любая N-любая M1

Индивидуальный план паллиативного лечения в зависимости от соматического состояния пациента и симптоматики заболевания.

Режим индукционной химиотерапии рака гортани:

TPF: доцетаксел 75-100 мг/м² в 1 день, цисплатин 75 мг/м² в 1 день и 5-фторурацил 1,0 г/м² 21-4 день в 96-ч инфузии.

Режимы паллиативной химиотерапии (1-я линия) - для пациентов с удовлетворительным соматическим статусом ECOG 0-2:

1. TP: цисплатин 75 мг/м² в 1 день и доцетаксел 75 мг/м² в 1 день (при высоком риске развития почечной или сердечной недостаточности - карбоплатин AUC6 в 1 день)
2. PF + цетуксимаб: цисплатин 75 мг/м² в 1 день, 5-фторурацил 1,0 г/м² в 1-4 день в 96-ч инфузии и цетуксимаб 400 мг/м² нагрузочная доза и 250 мг/м² поддерживающая доза еженедельно (при высоком риске развития почечной или сердечной недостаточности - карбоплатин AUC6 в 1 день);

При неудовлетворительном соматическом статусе ECOG 3 - проведение симптоматической терапии.

Реабилитация после лечения рака гортани

Реабилитация ларингэктомированных пациентов требует мультидисциплинарного подхода с участием команды специалистов, включающих хирургов, логопедов, психологов, реабилитологов, для достижения оптимальных результатов в улучшении качества жизни. Удаление гортани ведет к необходимости реабилитации всех трех систем, связанных с проведением воздуха: голосовая реабилитация, легочная реабилитация, обонятельная реабилитация.

В настоящее время существует ряд способов восстановления голоса после ларингэктомии:

1. Логопедический метод - основан на принципе развития пищеводного голоса (чревовещание). Трудности при освоении этого способа связаны с тем, что не все люди могут освоить методику заглатывания воздуха в пищевод. К тому же количество заглатываемого воздуха невелико (около 400 мл), что делает речь прерывистой, тихой, малопонятной.

2. «Электрогортань» - вибрирующий электронный аппарат, который прикладывается к подбородку и преобразует колебания мышц дна полости рта в голос.

Недостатком этого метода является металлический, лишенный тембровой и эмоциональной окраски, голос.

3. Трахеопищеводное шунтирование и установка голосового протеза. (Широко используется для голосовой реабилитации в МНИОИ им П.А. Герцена.) Этот метод основан на создании сообщения (шунта) между задней стенкой трахеи и передней стенкой пищевода. В просвете шунта устанавливают голосовой протез, который пропускает поток воздуха из легких и трахеи в пищевод и препятствует попаданию пищи в обратном направлении. Таким образом, человек, закрыв трахеостому, может перенаправить поток воздуха из легких в пищевод. Этот поток воздуха приводит в колебание глоточно - пищеводный сегмент, который является генератором звука.

Трахеопищеводное шунтирование в зависимости от сроков установки может быть:

Первичное - установка голосового протеза во время операции - ларингэктомии - начало пользования протезом после заживления ран и удаления назо-гастрального зонда (около 14 дней).

Вторичное - отсроченная установка голосового протеза - начало пользования протезом в тот же день

4. Микрохирургическая трансплантация подвздошно-толстокишечного лоскута без использования эндопротезов. В отделении микрохирургии МНИОИ им П.А. Герцена разработан данный метод восстановления голосовой функции. Разработанная методика защищена патентом № RU 2668473 C2.

Восстановление голосовой функции таким образом обеспечивает такое же качество голоса, как при использовании голосового протеза. Благодаря этому способу значительно сокращается срок реабилитации, существенно улучшается качество жизни пациента, отсутствуют осложнения и трудности, связанные с голосовыми эндопротезами, необходимостью их постоянной периодической замены. Результат достигается за счет микрохирургической ауто трансплантации подвздошно-толстокишечного трансплантата. Фрагментом подвздошной кишки формируют трахео-глоточный шунт с помощью подвздошно-трахеального анастомоза по типу «конец-конец», для пластики передне-боковых стенок глотки используют восходящую ободочную кишку, рассекают её вдоль по противобрыжеечному краю, располагают изоперистальтически, фиксируют к краям резекции глотки. Формируют окончатую боковую трахеостому между 4 и 5 полукольцами трахеи.

Речеобразование происходит за счет вибрации стенок глотки при направлении потока воздуха при перекрытии трахеостомы на выдохе из трахеи в глотку через сегмент подвздошной кишки, соединяющий трахею с полостью глотки. Разграничительную функцию между дыхательным и пищеварительным трактом выполняет илеоцекальный клапан.

Список литературы

- Рак гортани. Клинические рекомендации Ассоциации онкологов России 2018г.;
- Материалы с портала 2021 — Официальный сайт «НМИЦ радиологии» Минздрава России.
- Онкология. Учебник. Автор: Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. и др. – Издательство ГЭОТАР-Медиа. ISBN 978-5-9704-5616-3 2020 год.

Рецензия

на реферат по теме: «Колоректальный рак» Ординатора кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО специальности онкология Коновалова М.О.

В данном реферате предоставлена исчерпывающая информация на столь значимую и актуальную для современной медицины тему, как рак прямой кишки. В тексте приведена актуальная, на сегодняшний день, информация об эпидемиологии, патогенезе, диагностике ЗНО прямой кишки и что не маловажно в тексте в разделе диагностика имеются упоминания о молекулярный подтипах рака прямой кишки. Так же в реферате приведена информация о патогенетических особенностях течения данного заболевания, в совокупности с информацией о диагностике и лечении данного заболевания в зависимости от гистологического строения опухоли и клинического течения данного заболевания. Также в докладе предложена информация, затрагивающая такую важную тему для пациентов, как качество жизни во время и после прохождения лечения по поводу ЗНО прямой кишки. Опираясь на вышеупомянутое, можно считать, что данная работа полностью отражает основные аспекты по предложенной теме и предоставляет актуальные на сегодняшний день данные в своем содержании.

Кафедральный руководитель ординатора _____ К.М.Н., доцент Гаврилюк Д.В.