

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Министерство здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ:

**Главный внештатный специалист оториноларинголог
Минздрава России**

д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

**Президент Национальной медицинской
Ассоциации оториноларингологов**

Заслуженный врач России,

член-корр.РАН

профессор Ю.К.Янов

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ И ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ГОРТАНИ**

Клинические рекомендации

Москва

2014

Клинические рекомендации «Доброкачественные и предраковые заболевания гортани»

Рекомендации подготовлены: проф. Дайхес Н.А., д.м.н., С.Г., к.м.н. Нажмудинов И.И, Гусейнов И.Г., к.м.н. Романенко.

Рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов от 3 октября 2014 года.

Экспертный совет: д.м.н. проф. Абдулкеримов Х.Т. (Екатеринбург); д.м.н. Артюшкин С.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Гаращенко Т.И. (Москва); д.м.н. проф. Дайхес Н.А. (Москва); д.м.н. проф. Егоров В.И. (Москва); д.м.н. проф. Карнеева О.В. (Москва); д.м.н. проф. Карпова Е.П. (Москва); д.м.н. проф. Коркмазов М.Ю. (Челябинск); д.м.н. проф. Кошель В.И. (Ставрополь); д.м.н. проф. Накатис Я.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Овчинников А.Ю.(Москва); д.м.н. проф. Рязанцев С.В. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Свистушкин В.М.(Москва); д.м.н. Фанта И.В. (Санкт-Петербург); член-корр. РАМН, д.м.н. проф. Янов Ю.К. (Санкт-Петербург).

ВСТУПЛЕНИЕ

Клинические рекомендации содержат в себе сведения, необходимые для диагностики, дифференциальной диагностики, выбора метода лечения больных с доброкачественными и предраковыми новообразованиями гортани

ЦЕЛЬ

Настоящие клинические рекомендации были разработаны с целью дать практикующему врачу - оториноларингологу, терапевту общей практики, врачам разных специальностей представление о правильном обследовании и лечении взрослых пациентов с доброкачественными и предраковыми новообразованиями гортани.

Данные клинические рекомендации не заменяют клинического мышления врача, однако дают общую стратегию и алгоритм лечения пациента с объемным доброкачественным и предраковым процессом в гортани. Основной задачей обследования и лечения больного остается дифференциальный диагноз злокачественного опухолевого процесса или системного заболевания на ранних этапах развития, а также восстановление голосовой функции, ибо она является средством коммуникации, и его потеря значительно ограничивает социальные и трудовые возможности человека. Клинические рекомендации ориентированы на всех специалистов, которые могут встречаться с пациентами с указанной патологией, в том числе врачей общей практики, логопедов, фонопедов, медицинских сестер, вокальных и речевых педагогов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

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.

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, предрешиать 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. 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.

КЛАССИФИКАЦИЯ

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:

1. Голосовые узелки и полипы (встречается менее чем у 1% населения, соотношение мужчин и женщин 2:1),
2. Отек Рейнке (2,5-3,0% от всех доброкачественных заболеваний гортани),
3. Амилоидоз гортани (встречается крайне редко, менее 1% от всех доброкачественных заболеваний гортани),
4. Кисты и гранулемы (контактные и интубационные).

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: гранулема, 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 клас-

сификации изменений многослойного плоского эпителия гортани (Таблица № 1)

Таблица № 1 Классификация изменений многослойного плоского эпителия гортани

Классификация ВОЗ (2005)	Ларингеальная интра-эпителиальная неоплазия плоскоклеточного эпителия (ЛИН) Париж, 2005	Люблянская классификация плоскоклеточных и интраэпителиальных нарушений
Плоскоклеточная гиперплазия	-	Простая гиперплазия
Слабая дисплазия - дисплазия 1 степени	ЛИН 1	Гиперплазия базальных-парабазальных клеток
Умеренная дисплазия - дисплазия 2 степени	ЛИН 2	Атипическая гиперплазия I-II (эпителий риска)
Выраженная дисплазия - дисплазия 3 степени	ЛИН 3	Атипическая 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))

КЛИНИКА

Основной жалобой и главной причиной обращения к врачу является стойкое нарушение голосовой функции в виде осиплости, редко кашель. Ес-

ли процесс перекрывает просвет гортани, могут присоединиться явления затруднения дыхания.

ДИАГНОСТИКА

Анамнез

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

Физикальное исследование

При физикальном исследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряженной фонации отчетливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракового процесса. В плане оценки голосовой функции кроме субъективной оценки качества голоса оценивают качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

Лабораторные исследования

Комплексное общеклиническое обследование больного с доброкачественным новообразованием гортани с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога инфекциониста, дерматолога и др.) проводится для выяснения этиологических факторов развития процесса и сопутствующей патологии.

Основным методом дифференциальной диагностики доброкачественных новообразований гортани является гистологическое исследование. Взятие

биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии врачом оториноларингологом или врачом -эндоскопистом или врачом-онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При обследовании пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания. Гистологическое исследование в этих случаях - не всегда информативно.

Инструментальные исследования

Основные методы обследования:

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

Основным методом диагностики доброкачественных и предраковых заболеваний является ларингоскопия (**Уровень доказательности А**). При этом абсолютное предпочтение следует отдавать проведению микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов, бинокулярных луп или применения эндоскопической техники. Оптимально, если осмотр будет записан на видеоноситель, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предраковым процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует.

Для лучшей визуализации границ и характера дисплазии используется также NBI эндоскопия, контактная и аутофлюоресцентная эндоскопия. Окончательная диагностика осуществляется при исследовании биоптата.

При необходимости проводят дополнительные методы исследования:

1. Оценка голосовой и дыхательной функции (позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике имеет небольшое значение. Исследование помогает на более поздних сроках терапии для определения качества и характера фонации каждого конкретного пациента с целью построения правильной системы голосовосстановительного лечения).
2. Рентгенологическое исследование, КТ, МРТ (с целью дифференциальной диагностики со злокачественным процессом). Показанием к компьютерной томографии гортани или мультиспиральной компьютерная томография гортани с контрастированием в сосудистом режиме является длительно текущий гиперпластический ларингит, подозрение на эндофитное новообразование гортани. **(Уровень доказательности А).**

3. Люминесцентный анализ

4. Морфо – цито- гистологическое исследование (основной метод дифференциальной диагностики).

5. Гистохимическое исследование (при редких формах доброкачественных новообразований гортани позволяет точно верифицировать процесс).

6. При подозрении на эндофитное образование возможно так же проведение УЗИ гортани.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Осуществляется в первую очередь с *раком гортани*. При *раке гортани* наблюдается картина образования с неровными контурами, покрытого измененной слизистой, часто – с отложениями фибрина. При КТ или МРТ гортани может наблюдаться картина распространения процесса на голосовые мышцы и хрящ.

Основным критерием дифференциальной диагностики является гистологическое исследование.

В группе риска находятся:

1. Пациенты, страдающие рецидивирующими инфекциями верхних и нижних дыхательных путей, патологией желудочно-кишечного тракта, особенно гастро-эзофагально- рефлюксной болезнью.

2. Пациенты, злоупотребляющие табакокурением и алкоголем
3. Лица, имеющие контакт с пылью, красками, тяжелыми металлами, повышенными температурам

Скрининг предраковых заболеваний гортани подразумевает диспансерное наблюдение за лицами, находящимися в группе риска.

Вопрос диагностики онкозаболевания гортани по исследованию онкомаркеров на сегодняшний день до конца не изучен. Чаще всего используются общие онкомаркеры не столько для диагностики рака гортани, сколько для мониторинга в процессе лечения.

Самое большое значение в окончательной дифференциальной диагностике ракового заболевания имеет оценка всей клинической картины заболевания.

Показания к консультации других специалистов

Для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани показана консультация гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра.

Пример формулировки диагноза

Фиброма левой голосовой складки.

ЛЕЧЕНИЕ

Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

Показания к госпитализации

Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

Немедикаментозное лечение

Важное значение при лечении доброкачественных заболеваний гортани имеет ограничение голосовой нагрузки, при этом шепотная речь запрещена. Необходимо создание условий для формирования физиологического типа

фонации. В тех случаях, когда напряженная фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройства после хирургического вмешательства или в исходе воспаления, показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

Медикаментозное лечение

Общим принципом медикаментозного лечения является проведение курсов противовоспалительной терапии в до и после операционном периоде, а также этиопатогенетическая терапия при папилломатозе гортани. Кроме этого большое внимание следует уделять лечению гастроэнтерологической патологии, в особенности гастроэзофагального- рефлюксной болезни (**Уровень доказательности А**). Следует помнить о необходимости проведения симптоматической терапии для улучшения состояния слизистой оболочки полости рта и гортани у пациентов, с хроническими заболеваниями легких, особенно, получающих топические кортикостероиды. Этим целям может служить ингаляционная терапия минеральными водами.

Голосовосстановительное лечение необходимо для формирования правильных навыков фонации, снятия эффекта твердой атаки, которая является хронической травмой и провоцирует прогрессирование всех предраковых заболеваний гортани, а также с целью улучшения голосовой функции при изменившихся клинико-функциональном состоянии гортани на фоне основного заболевания. (**Уровень доказательности А**).

Курсы консервативной терапии должны быть регулярными в соответствии с клинической картиной заболевания в каждом конкретном случае. Следует так же уделять особое внимание лечению этой категории пациентов при острых инфекциях верхних дыхательных путей, усиливая традиционную консервативную терапию ОРВИ применением противовоспалительной терапии, направленной на элиминацию воспаления слизистой оболочки гортани.

Ведущее место в послеоперационном лечении занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральная вода. Выбор препарата для ингаляции зависит от формы воспаления: при преобладании отека - ингаляции с кортикостероидами; при выраженном воспалении - ингаляции с антисептиками, антимикотическими препаратами. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся.

Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной воды для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения - не более 10 дней.

С целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки ингаляции с минеральной водой можно назначать по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут. Ингаляции с минеральной водой можно назначать на длительные сроки, например, на 1 месяц. (**Уровень доказательности: мнение экспертов**)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

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.).

Целью хирургического лечения предракового заболевания является проведение гистологического исследования для верификации диагноза и/или одновременное удаление образования, измененных участков слизистой оболочки гортани. Подробно о хирургическом лечении каждого из предраковых заболеваний описано в соответствующих клинических рекомендациях. **(Уровень доказательности В)**

Существуют определённые требования к качеству биоптата для исследования. На сегодняшний день наиболее часто используется биопсия гортани с использованием эндоскопической техники. Однако, следует заметить, что недостаточный объем биоптата и неправильно выбранное место биопсии является причиной частых ошибок в диагностике рака гортани. Поэтому, при образованиях небольшого размера следует удалить их сразу и целиком отправлять на гистологическое исследование. В случаях подозрения на эндофитное образование гортани возможно его пункция под контролем УЗИ гортани.

При гиперпластическом процессе лучше иссекать измененные участки слизистой оболочки при прямой микроларингоскопии или удалять достаточный объем материала при не прямой микроларингоскопии гортанным выкусывателем. Применяется тактика декорткации голосовой складки с распределением биопатат на предметном стекле единым блоком с указанием сторон и места локализации.

Выбор инструмента и способа хирургического лечения для эндоларингального вмешательства большого значения для диагностики предракового заболевания не имеет. Операция всегда проводится в соответствии с показаниями по основному заболеванию: хронический ларингит, папилломатоз, гранулема и т.д. и часто зависит от предпочтений хирурга

В настоящее время «золотым стандартом» в хирургии новообразований гортани является применение **CO₂ лазера.** **(уровень доказательно-**

сти: А). Операции проводятся под общей анестезией, с использованием микроскопа. *Преимуществом* СО2 лазера является несомненное удобство применения, широкий выбор мощности, длительности импульса, формы пятна, отсутствие необходимости в длинном и не самом удобном инструменте для подведения лазерного волокна. К *недостаткам* можно отнести возможность травмирования полости рта, повреждения трахеостомической трубки и даже воспламенения газовой смеси внутри ее.

В случае, если образование занимает большой объем, возможно удаление образования открытым доступом (ларингофиссура и пр.).

ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ

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

Для и биопсии с последующим проведением гистологического исследования противопоказаний не существует. Отягощенных соматически пациентов следует оперировать в условиях многопрофильного стационара.

НАБЛЮДЕНИЕ

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).

ПРОГНОЗ

Прогноз благоприятный.

Список литературы:

1. Дайхес Н.А., Быкова В.П., Пономарев А.Б., Давудов Х.Ш. «Клиническая патология гортани. Руководство-атлас».- М.- Медицинское информационное агентство.2009.- 160с.
2. Донецкая Э.Г. «Клиническая микробиология: руководство».-М.-2011.- С.131
3. Иванченко Г.Ф., Демченко Е.В., Быкова В.П., Григорян С.С. Клинические особенности и терапия больных хроническим гиперпластическим ларингитом: Метод. Рекомендации.- М., 1998.-9 с.
4. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., С.Г. Романенко С.Г., и др. «Терапия воспалительных заболеваний гортани».-2013.-№2.-с.38-41.
5. Романенко С.Г. «Острый и хронический ларингит», «Оториноларингология». Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.Т. Пальчуна.-М.-:ГЭОТАР-Медиа, 2012 –С. 541-547.
6. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии, - М.: Медицина, 1990.
7. Шеврыгин Б.В., Керчев Б.И. Болезни уха, горла, носа. - М.:ГЭОТАР - МЕД, 2002.
8. Robert P. Ossof, Stanley M. Shashay et. All. The Larynx, Lippincott Williams & Wilkins, 560 p.