

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», Киев

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ ПРИ ВИДЕОЭНДОСКОПИИ



Д.А. Кравченко

Адрес:
Кравченко Диана Анатольевна
03057, Киев, ул. Зоологическая, 3
ГУ «Институт отоларингологии
им. проф. А.И. Коломийченко
НАМН Украины»
Тел.: (044) 483-22-02
E-mail: arrow78@mail.ru

Ключевые слова: гортань, рак, доброкачественные образования, видеоэндоскопия.

При помощи ларингоскопии обследовали 130 больных с новообразованиями гортани. Провели гистологическое исследование опухолевой ткани гортани. Первую группу составили 102 пациента с диагнозом рака гортани (T1–3N0M0), вторую — 28 пациентов с доброкачественными новообразованиями гортани. Провели сравнительное исследование признаков опухолей гортани. Установили, что чаще любые новообразования гортани расположены в ее передних отделах. Для рака гортани характерным является ухудшение ее подвижности, экзофитная форма роста в I стадии и смешанная — в III стадии. Доброкачественным опухолям гортани свойственно ограниченное поражение гортани без ухудшения ее подвижности.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее часто возникающим заболеванием среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей является рак гортани (РГ). По данным Национального канцер-регистра Украины, удельный вес РГ составляет около 5,06–5,5% на 100 тыс. населения среди всех онкологических заболеваний, а ранние стадии (T1 и T2) выявляют у 30–40% больных с впервые диагностированным РГ [1]. В структуре онкологических заболеваний ЛОР-органов РГ занимает от 38 до 65% [2–4].

В Европе РГ занимает 2–5% всех раков гортани, при этом частота возникновения его намного выше у мужчин, чем у женщин. Курение и алкоголь представляют главный поведенческий фактор риска. РГ является одним из самых частых онкологических заболеваний в Европе, на долю которого приходится примерно 52 тыс. новых случаев в год, 90% из них возникают у мужчин. Годовая частота заболеваемости у мужчин в Южной и Северной Европе составляет 18 и 6 на 100 тыс. населения соответственно. У женщин частота заболеваемости — не выше 1,5 на 100 тыс. в год. В 95% случаях РГ опухоли являются плоскоклеточными [5].

Ранняя диагностика РГ остается одной из сложных задач ЛОР-онкологии. Иногда при казалось бы злокачественном новообразовании гортани, выявленном при непрямой зеркальной ларингоскопии, рак морфологически не подтверждается. Видеоэндоскопия гортани позволяет получить четкое изображение и детально визуализировать структурные изменения органа.

Цель работы: определить соответствие признаков рака и других новообразований гортани, выявленных при видеоэндоскопии и при гистологическом исследовании опухолей гортани.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За период 2013–2014 гг. в отделе онкопатологии ЛОР-органов ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» проведено проспективное сравнительное исследование. В работу были вовлечены 130 пациентов с подозрением на новообразования гортани после непрямой ларингоскопии. Обследованные 125 мужчин и 5 женщин были в возрасте от 21 до 82 лет (средний возраст — 58,1 года). У всех пациентов диагноз подтвержден морфологически. Учитывая установленный диагноз, всех участников разделили на две группы: первая — 102 больных раком и вторая — 28 пациентов с нераковыми новообразованиями гортани. В обеих группах проводили сопоставительную оценку признаков, характерных для новообразований гортани.

Нативную эндоскопию гортани проводили при помощи видеобронхоскопа EVIS Lucera AFI BF-F260 (Olympus, Япония).

Статистическую обработку результатов исследования выполняли с использованием точного метода Фишера.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Среди всех обследованных диагноз РГ установлен у 102 (78,5%) больных. Гистологически диагностирован пло-

скоклеточный рак разной степени дифференцировки и в одном случае — аденокарцинома. Распространенность опухоли гортани соответствовала I—III стадиям. Чаще, в 37 (36,3%) случаях, фиксировали I стадию РГ. II стадия выявлена у 31 (30,4%) пациента, а III — у 34 (33,3%) больных РГ.

Соотношение количества обследованных пациентов с раком среднего и вестибулярного отделов гортани составило 93 (91,2%) к 9 (8,8%) соответственно.

Экзофитный характер роста РГ отмечен в 53 (52,0%) случаях. Смешанный рост опухоли — у 41 (40,2%) больного РГ. Наименьшим было количество «эндофитного» рака — у 8 (7,8%) пациентов. При сравнении частоты перечисленных вариантов роста рака как в среднем, так и в вестибулярном отделе гортани статистически достоверного отличия не установлено ($p > 0,05$). Так, экзофитный, эндофитный и смешанный тип роста опухоли голосовых и вестибулярных складок составлял 50 (53,8%), 7 (7,5%) и 36 (38,7%) против 3 (33,3%), 1 (11,2%) и 5 (55,5%) случаев соответственно. Отличительной является частота экзофитной и смешанной формы роста в зависимости от стадии РГ голосовых складок (табл. 1). В группе с «эндофитным» раком не выявлено статистической достоверности. Следует отметить, что экзофитный рост рака голосовых складок характерен для I стадии РГ ($\phi=4,041$; $p < 0,01$), в то время как смешанная форма роста опухоли достоверно чаще ($\phi=3,846$; $p < 0,01$) развивалась при III стадии рака среднего отдела гортани.

Во второй группе, состоявшей из 28 (21,5%) больных, зафиксированы морфологически подтвержденные незлокачественные образования гортани. У 2 из 17 пациентов с гиперплазией плоского эпителия отмечена гиперплазия тяжелой степени (D3). Еще было 7 случаев хронического воспаления и 2 — гемангиомы. По одному случаю: грануляционная ткань; сосудистый полип слизистой оболочки; отек слизистой оболочки; фиброма голосовой складки и миофибробластома вестибулярной складки.

Какого-либо отличия относительно стороны опухолевого поражения гортани в обеих группах не наблюдалось. Так, в первой группе больных поражение левой половины гортани развилось в 49 (48,0%), а правой — в 45 (44,2%) случаях. Двухстороннее поражение гортани отмечено у 8 (7,8%) пациентов. Во второй группе новообразования в гортани располагались в 14 случаях справа, в 10 — слева и в 3 случаях (с хроническим воспалением и гиперплазией плоского эпителия) поражению подверглись обе стороны.

Частота поражения разных участков гортани в обеих группах имела харак-

терные отличия (табл. 2). Рак среднего отдела гортани в 43 случаях поражал передние отделы голосовой складки, а у 48 пациентов — всю голосовую складку. Крайне редко, всего в 2 случаях, отмечена локализация рака в задних отделах голосовой складки. При поражении обеих голосовых складок опухоль занимала их передние отделы. Небольшое количество наблюдений рака вестибулярного отдела гортани (9 — в первой и 2 — во второй группе) не дает возможности обобщить полученный результат. Во второй группе больных новообразования среднего отдела гортани в 15 случаях занимали передние отделы складки. Поражение всей складки и задних ее отделов диагностировано у 6 и 5 пациентов соответственно.

Следует отметить, что в обеих группах в равной степени отмечали довольно частое поражение новообразованием передних отделов голосовой складки ($\phi=1,037$; $p > 0,05$). Однако поражение всей складки было достоверно характерным для больных РГ ($\phi=2,122$; $p < 0,05$). Во второй группе поражение всей голосовой складки фиксировали при хроническом воспалении и гиперплазии плоского эпителия. Доброкачественными процессами передних отделов складки были: ограниченные гиперплазии плоского эпителия, полипы, фибромы, гемангиомы.

Еще одним симптомом опухолей гортани является ограничение ее подвижности разной степени выраженности (табл. 3). В первой группе, при РГ, подвижность не была нарушенной в 46 (45,1%) случаях. В основном этот симптом проявлялся при РГ среднего отдела в I и III стадиях — 38 и 6 больных соответственно. При РГ вестибулярного отдела подвижность гортани сохранялась у 2 пациентов с III стадией и у 1 больного с экзофитной опухолью I стадии.

Подвижность гортани была ограниченной в 47 (46,1%) случаях: при раке среднего отдела гортани II стадии — у 29,

раке среднего отдела гортани III стадии — у 13 и раке вестибулярного отдела гортани — у 5 больных.

Неподвижная пораженная половина гортани была у 8 (7,8%) пациентов с III стадией: средний отдел поражен у 7 и вестибулярный отдел — у 1 больного РГ.

Во второй группе ограничение подвижности отмечено только в 2 (7,1%) случаях при достаточно больших размерах опухолей — экзофитной гемангиоме голосовой складки и эндофитной миофибробластома вестибулярной складки. У остальных 26 (92,9%) пациентов движение гортани были в полном объеме. Подтверждено достоверное ухудшение подвижности гортани при раке ($\phi=4,036$; $p < 0,01$) в сравнении с незлокачественными ее поражениями.

ОБСУЖДЕНИЕ

Среди обследованных больных рак среднего отдела гортани I—III стадии выявляли в 10 раз чаще, чем при вестибулярном поражении гортани. Как правило, в большинстве случаев отмечен экзофитный и смешанный рост опухоли, что подтверждается и данными литературы [6]. Эндофитный рак диагностирован лишь в 7,8% случаев. Очевидно, что достоверно частый экзофитный рост рака при I стадии с течением времени преобразуется в опухоль со смешанной формой роста, которая достоверно часто зафиксирована при РГ в III стадии у больных первой группы.

Следует отметить, что в группе пациентов с подтвержденными незлокачественными образованиями гортани наиболее частыми были гиперплазии и хронические процессы слизистой оболочки. При гистологическом исследовании у 2 больных выявлена гиперплазия тяжелой степени (D3). Такие поражения гортани являются предраками [7]. На переход хронических заболеваний гортани в рак может указывать достоверно частое расположение патологических процессов в передних отделах голосовой складки, что свойственно пациентам обеих групп больных.

Таблица 1. Частота формы роста рака голосовой складки

Стадии рака голосовой складки	Форма роста рака		Статистическая достоверность
	экзофитный	смешанный	
I	26	5	$\phi=4,041$; $p < 0,01$
II	16	13	$\phi=0,36$; $p > 0,05$
III	6	18	$\phi=3,846$; $p < 0,01$

Таблица 2. Частота и локализация поражения отделов гортани в группах больных

Группы больных	Участок голосовой складки, пораженный новообразованием					Вся складка
	Передний отдел			Задний отдел		
	1/3	1/2	2/3	1/3	1/2	
Первая	12	21	10	—	2	48
Вторая	4	9	2	4	1	6

Таблица 3. Частота нарушений подвижности гортани в группах больных

Подвижность гортани	Стадии рака					
	голосовой складки			вестибулярной складки		
	I	II	III	I	II	III
В полном объеме	38	—	6	1	—	2
Ограничена	—	29	13	—	—	5
Отсутствует (неподвижна)	—	—	7	—	—	1

Особенностью проведенного исследования было наблюдаемое нарушение подвижности гортани у пациентов с III стадией рака. Естественно, что этот симптом может возникать как результат большого размера новообразования, которое ограничивает смыкание голосовых складок, как у 2 пациентов второй группы. Другой причиной нарушения моторики гортани, вплоть до полного ее отсутствия, может быть глубокое проникновение опухоли в толщу мышц и жировой клетчатки окологортаночного пространства с нарушением функции движения гортани [8]. Полное нарушение движений гортани было характерным для III стадии рака [9]. Однако объем движения гортани зависит от расположения опухоли. При той же III стадии рака, локализованного в области переднего отдела гортани, подвижность голосовых складок была в полном объеме, или же отмечалось ограничение подвижности гортани (6 и 13 случаев рака при обследовании среднего отдела гортани и 2 и 5 случаев — вестибулярного отдела гортани соответственно). Этот феномен объясняется распространением процесса к внутренней надхрящнице, что характерно для смешанной формы роста опухоли и расценивается как III стадия рака [9]. В проведенном исследовании достоверно чаще отмечали смешанную форму роста рака и преимущественное

поражение передних отделов гортани. Возможно, это повлияло на возникновение ограничения подвижности гортани или на ее отсутствие при III стадии рака у 26 (76,5%) больных РГ.

ВЫВОДЫ

1. Выявленные при видеоэндоскопии новообразования гортани в 27,5% случаев не были раком, поэтому изменения тканей в гортани следует подтверждать гистологически с помощью прицельной биопсии.
2. Достоверно чаще экзофитную форму рака среднего отдела гортани выявляют при I стадии ($\phi=4,041$; $p<0,01$), в то время как смешанную форму роста — достоверно чаще ($\phi=3,846$; $p 0,01$) при III стадии.
3. Статистически достоверным в обеих группах является частое поражение новообразованием передних отделов голосовой складки.
4. При обследовании больных с опухолью гортани получено достоверное ухудшение подвижности гортани при раке ($\phi=4,036$; $p<0,01$) в сравнении с незлокачественными ее поражениями.
5. Ограничение подвижности гортани и ее отсутствие при III стадии рака отмечено в 26 (76,5%) случаях РГ III стадии.

БЛАГОДАРНОСТЬ

Выражаю искреннюю благодарность директору ГУ «Институт отоларинго-

логии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» академику Дмитрию Ильичу Заболотному и заведующему отделом онкопатологии ЛОР-органов профессору Эрвину Венцеловичу Лукачу, а также сотрудникам отдела за помощь в проведении исследования.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щепотін І.Б. (2014) Рак в Україні, 2012–2013. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл. Нац. канцер-реєстру України, № 15.
2. Лукач Е.В. (2000) Проблемы и перспективы современной ЛОР-онкологии в Украине. Онкология, 2: 47–50.
3. Абызов Р.А., Андреев В.Г., Белоусова А.А. и др. (2014) Органосберегающее лечение рака гортани, ротоглотки, их рецидивов и осложнений: руководство. ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», Киев: 9–12.
4. Заболотный Д.И., Лукач Э.В., Стрежак В.В. (2011) Выживаемость больных раком гортани в Украине, выявленных в 2006 году. Журнал вушних, носових і горлових хвороб, 5-С: 152.
5. Licitra L., Bernier J., Grandi C. et al. (2003) Cancer of the larynx. Crit. Rev. Oncol. Hematol., 47: 65–80.
6. Абызов Р.А. (1999) Особенности комплексной диагностики и контролируемого лечения больных с эндофитными и смешанными опухолями гортани и глотки. Журнал вушних, носових і горлових хвороб, 3: 69.
7. Кожанов Л.Г., Шацкая Н.Х., Лучихин Л.А. (2008) Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов. Вестн. оториноларингологии, 5: 7–10.
8. Joshi V.M., Wadhwa V., Mukherji S.K. (2012) Imaging in laryngeal cancers. Indian J. Radiol. Imaging, 22(3): 209–226.
9. Head and Neck Cancers. Version 2.2013 National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines), printed by Brian Hill on 2/28/2014 12:11:38 AM.

Порівняльна характеристика раку та пухлиноподібних новоутворень гортані при відеоендоскопії

Д.А. Кравченко

ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», Київ

Резюме. За допомогою ларингоскопії обстежили 130 хворих із новоутвореннями гортані. Провели гістологічне дослідження тканин пухлин гортані. До першої групи залучено 102 хворих на рак гортані (T1–3N0M0), до другої — 28 хворих із доброякісними новоутвореннями гортані. Проведено порівняльне дослідження ознак пухлин гортані. Встановлено, що найчастіше будь-які новоутворення гортані розміщені у її передніх відділах. Для раку гортані є характерним погіршення її рухомості, екзофитна форма росту у I стадії та змішана — у III стадії. Доброякісним новоутвореннями гортані властиве обмежене ураження гортані без погіршення її рухомості.

Ключові слова: гортань, рак, доброякісні новоутворення, відеоендоскопія.

Comparative characteristics of cancer and tumor-like neoplasm of the larynx on videoendoscopy

D.A. Kravchenko

State Institution «O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of NAMS of Ukraine», Kyiv

Summary. It was examined 130 patients with tumors of the larynx. Histological examination of the tumor tissue of the larynx was done. The first group included 102 patients with cancer of the larynx (T1–3N0M0). The second group included 28 patients with benign tumors of the larynx. A comparative study of signs of laryngeal tumors is done. It was found that the most of any laryngeal tumors located in the anterior part of the larynx. For cancer of the larynx is characteristic deterioration of mobility, exophytic form of growth in the first stage and mixed form in the third stage. Benign laryngeal lesions characteristic of limited location without reducing its mobility.

Key words: larynx, cancer, benign tumors, videoendoscopy.