Ергард Н.М.,

асистент кафедри судової медицини

Національного медичного університету імені. О.О. Богомольця

ПЛОСКОКЛІТИННИЙ РАК ГОРТАНІ, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.

Анотація: Стаття присвячена новоутворенням гортані. В статті викладено клінічний випадок із судово-медичної практики виявлення плоско клітинного раку гортані у чоловіка 1961 року.

Аннотация: Статья посвящается новообразованиям гортани. В статье изложен клинический случай из судебно-медицинской практики плоскоклеточного рака гортани у мужчины 1961 года рождения.

Summary: This article is devoted neoplasms of the larynx. The article describes a clinical case of forensic practice squamous cell carcinoma of the larynx of a man born in 1961 year of birth.

Пухлини гортані є дуже розповсюдженими захворюваннями. Це пояснюється зловживанням людей, переважно чоловічої статті, палінням, алкоголем та зміною атмосферного повітря в XXI столітті. Прогрес не тільки дозволяє просуватися людству вперед, але й наносить незворотну шкоду здоров'ю населення.

Рак гортані – важке захворювання, що характеризується наявністю злоякісних новоутворень на тканинах гортані. Якщо розглядати всі випадки, то рак гортані зустрічається лише у 2 % від загального числа. Переважною групою ризику є особи чоловічої статті, що у 10 разів частіше хворіють, ніж особи жіночої статті. Основною причиною виникнення такої патології вважають тютюнопаління та надмірне вживання алкоголю, проте в наш час зустрічаються випадки раку гортані і у осіб, які не мають шкідливих звичок.

На сьогоднішній день існують дві класифікації: вітчизняна, яка класифікує пухлини по стадіях і міжнародна класифікація, яка ці пухлини класифікує по системі ТНМ. Почнемо із вітчизняної класифікації. Самий перший, початковий етап розвитку злоякісного новоутворення - це "рак на

місці" або “c-r in situ”. Це нульова стадія рака, суть якої полягає в тому, що в епітеліальному покриві верхніх дихальних шляхів уже починається ракова трансформація, але пухлинний процес не проростає через базальну мембрану. Коли пухлинний процес проростає через базальну мембрану, тоді цей процес оцінюється як перша стадія раку. Класифікується перша стадія раку, починаючи від проростання базальної мембрани і до того часу поки пухлина не виходить за межі однієї анатомічної частини. Це є перша стадія. Якщо взяти на прикладі рак гортані, то пухлина не виходить за межі голосової складки чи вестибулярної складки, якщо це взяти на прикладі слизової оболонки носа, то це пухлинний процес середньої носової раковини.

Друга стадія оцінюється тоді, коли пухлинний процес виходить за межі анатомічного відділу. Якщо взяти на прикладі раку гортані – пухлина локалізується в межах голосового відділу. В другій стадії ми розглядаємо два поняття: А. Без наявності метастазів. В. З наявністю регіонарних метастазів. Перша і друга стадія мають корінну відмінність від послідуючих третьої і четвертої стадії тим, що при цих стадіях не порушується фізіологічна рухомість органу. Якщо взяти для прикладу рак гортані, то при другій стадії рухомість голосових складок чи органу збережена.

При третій стадії пухлина уже виходить за межі одного анатомічного відділ, але не виходить за межі органу і порушується рухомість цього органу. У випадку раку гортані пухлина виходить за межі голосового відділу і розповсюджується на вестибулярний або підголосовий відділи і спостерігається обмежена рухомість голосових складок. Це стосується тільки органів де є фізіологічна рухомість. Також дана стадія ділиться на підстадії А і В. А - без метастазів, В – з наявністю регіонарних метастазів.

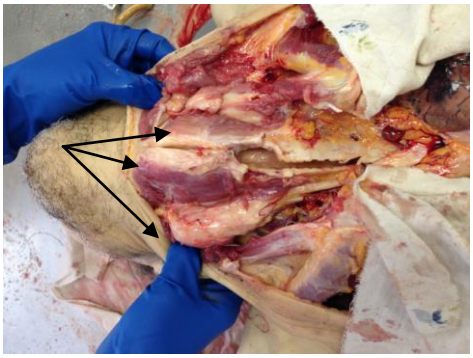
Четверта стадія. Пухлина виходить за межі органу, вона проростає в хрящ якщо це пухлина гортані, чи в кістку якщо це рак ротоглотки чи верхньої щелепи. Ця стадія також поділяється на дві групи: А - без метастазів, В – з наявністю регіонарних метастазів. Кожна із цих стадій характеризується в основному по місцевому розповсюдженню. Проте можливий варіант, коли по місцевому розповсюдженню процес характеризується як перша стадія, але з

великим фіксованим метастазом, то цей процес уже розглядається як четверта стадія раку. Тому в цьому плані є деякі недоліки вітчизняної класифікації і в зв'язку з цим була запропонована інша класифікація - по системі ТНМ. Т-тумор (розміри первинної пухлини, позначаються індексом від 1 до 3, тобто Т1 - це одна анатомічна область, відповідає першій стадії, Т2 - це один відділ але без обмеження рухомості, Т3 -в межах відділу одного але з фіксацією, Т4 - виходить за межі органу), Н - регіонарні метастази (Н0 - це відсутність регіонарних метастазів, Н1 - рухомі метастази на стороні ураження, Н2 - метастази з двох сторін або контралотеральні, Н3 - нерухомі метастази). М - віддалені метастази (М0 - відсутність віддалених метастазів, МХ - віддалені метастази підозріваються але не доказані, М1 - доказані віддалені метастази). Ця класифікація має важливе значення, тому що в залежності від класифікаційної оцінки розмірів пухлини зовсім різні підходи до лікування пухлин [1,2,3].

Наводимо клінічний випадок із судово-медичної практики:

«17.09.2014 року був виявлений труп гр. П., 1961 року народження, за місцем його проживання без ознак насильницької смерті. Для встановлення причини смерті труп гр. П. слідчими органами направлено до відділу судово-медичних експертиз трупів Київського міського бюро судово-медичної експертизи. При зовнішньому дослідженні трупа: труп чоловічої статі, правильної тілобудови, помірної вгодованості. Довжина тіла 174 см. Шкірні покриви тіла загалом блідо-синюшного кольору. Трупне заклякання добре виражено в усіх досліджуваних групах м’язів. Трупні плями синюшно-фіолетового кольору, виявляються на задньо-боковій поверхні тіла, при дозованому натискуванні бліднуть та відновлюють своє забарвлення через 8 хвилин. Гнильні зміни не виражені. Шкіра обличчя блідо-синюшна. На волосистій частині голови пошкоджень не виявлено. Очі закриті, зіниці рівномірно розширені, слизові оболонки їх білесувато-рожевого кольору, без крововиливів. Кістки та хрящі носа на дотик цілі. Отвори носа та вушні ходи вільні, чисті. Рот закритий, слизова оболонка губ синюшна, язик в порожнині рота. На шиї пошкоджень не виявлено. Грудна клітка симетрична, на дотик

ціла. Живіт вище рівня реберних дуг. Зовнішні статеві органи розвинені правильно за чоловічим типом. Задньопрохідний отвір зімкнутий, шкіра навколо нього чиста. Кінцівки розвинені правильно, кістки на дотик цілі. Будь-яких тілесних ушкоджень та особливостей розвитку при зовнішньому огляді не виявлено. Результати внутрішнього дослідження: При розтині в ділянці шиї відмічається щільне утворення в надгортанниковому відділі з розповсюдженням у прилеглі оточуючі тканини та лімфатичні вузли, розмірами 6,0х4,0 см, на розрізі білуватого кольору без збереження структури, щільне, добре видно вогнища некрозу і крововиливів (мал.1). Це пухлиноподібне утворення на ½ перекриває гортань.



Мал. 1

При розтині грудної клітки і черевної порожнини - підшкірно жирова клітковина в області груді 0,7 см, в області живота 1,0 см. Сальник помірно виражений, рівномірно вкриває петлі кишківника. Розміщення органів черевної порожнини правильне. Шлунок та петлі кишківника вздуті газами. Очеревина чиста, гладка, блискуча. В черевній порожнині вільної рідини та злук не виявлено. Діафрагма справа та зліва ціла. Реберні хрящі розсікаються легко. Переднє середостіння частково виповнено жировою клітковиною. Легені виповнюють плевральні порожнини. На верхівці правої та лівої легені є декілька щільних горбистих утворення (метастазування). Навколосерцева сумка ціла. Серце мішкоподібної форми, розмірами 14х11,5х8 см. З порожнини серця та магістральних судин виділяється темно-червоні із білісуватими включеннями помірної щільності згортки крові. Периметр правого венозного отвору 12,5 см, лівого 13 см. В порожнині серця містяться темно-червоні із білісуватими включеннями помірної щільності згортки крові. М’яз серця

дряблої консистенції, на розрізах нерівномірного кровонаповнення, бурувато-червоного кольору, з помірно вираженими дрібними білесувато-сірими прожилками сполучної тканини. Товщина стінки лівого шлуночка 2,0 см, правого 1,0 см. Двостулковий та тристулковий клапани тонкі, рухомі, біля основи ущільнені. Внутрішня оболонка серця волога, блискуча, без крововиливів. Ширина аорти над клапанами 8,5 см, клапани її біля основи ущільнені, рухомі. Внутрішня оболонка аорти білесувато-жовтого кольору з чисельними фіброзно-кальцинозними атеросклеротичними бляшками. Ширина легеневої артерії на розрізі над клапанами 7,5 см, клапани її гладкі, рухомі, внутрішня оболонка жовтувато-рожевого кольору, гладенька. Вінцеві артерії серця на розрізах зяють, вистоять над поверхнею розрізу, стінка їх потовщена, кальцинована атеросклеротичним бляшками, просвіт на багатьох ділянках нерівномірно звужений на 2/3, місцями до крапкового атеросклеротичними бляшками кам'янистої щільності. З боку інших органів та систем значної патології не виявлено, всі стани відповідають віковим змінам організму. При судово-гістологічному дослідженні ділянки гортані з новоутворенням виявлено: веретеноподібні, полігональні та округлі клітини, що створюють синцитій і складаються в безладно розташовані тяжі. Також спостерігаються утворення різних за розмірами і формою судинних порожнин, заповнених кров'ю, що з'єднуються між собою. Між клітинами пухлини знаходяться пухкі мережі аргірофільних волокон, що нагадують базальну мембрану.

Із наданої слідчими органами карти амбулаторного хворого на ім'я гр. П. стало відомо, що він 1 рік перебував на обліку у онкологічному диспансері з приводу злоякісного новоутворення гортані.

Отже, на підставі даних судово-медичної експертизи трупа гр. П., результатів судово-гістологічного дослідження та даних карти амбулаторно хворого гр. П. було встановлено діагноз: Плоскоклітинний рак гортані з метастазами у праву та ліву легені».

Література:

1. Чисов В.І., Дарьялова С.Л. /В.И. Чисов, С.Л. Дарьялова// Онкологія – М.: ГЄОТАР МЕДИЦИНА - 2007. - С. 560.

2. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина / В.І. Денисюк, О.В. Денисюк// Таємниці, стандарти діагностікі та лікування. – Вінниця. - ДП ДКФ. - 2006. – С. 704.

3. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни дыхательной системы.- Москва. – Медицина.- 1979. – С. 145-200.