

**РАК ГОРТАНИ T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>X</sub>  
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**

**Каримова Б.К.**

Кыргызско-Российский Славянский университет  
кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной работе авторы описывают тактику хирургического лечения больного с раком гортани.

**Ключевые слова:** новообразования гортани, передне-боковая резекция гортани.

**КОКОНУН РАГЫ T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>X</sub>  
ПРАКТИКАДА БОЛГОН ОКУЯ**

**Каримова Б.К.**

Кыргыз-Россия Славян университети  
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул иште авторлор коко рагынын хирургиялык дарылоо жолун изилдеген.

**Негизги сөздөр:** коко шишиги, коконун алдынкы-капталын резекциясы.

**CANCER OF LARYNX T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>X</sub>  
CASE OF PRACTICE**

**Karimova B.K.**

Kyrgyz-Russian Slavic University  
Department of Ophthalmology and Otolaryngology  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** In this research authors show the tactic of surgery treatment of patient with cancer of larynx.

**Key words:** neoplasms of larynx, antero-lateral resection of larynx.

Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей рак гортани занимает первое место и составляет 4-6% в общей структуре онкологической заболеваемости [1, 3, 5]. Рак гортани составляет 2-5 % от раковых опухолей других локализаций. Среди злокачественных новообразований верхних дыхательных путей он встречается в 50-70% [2, 4].

В течение нескольких последних десятилетий различные варианты органосохраняющих операций, выполняемых по поводу рака гортани, всё шире находят своё применение в онкологической практике. Многие пациенты просто отказываются от выполнения хирургических вмешательств, предполагающих полное удаление гортани, которое угрожает серьёзной инвалидизацией. Резекция же позволяет вернуть больного к привычному для него образу жизни, не ограничивая при этом его об-

щение с окружающими и не вынуждая становиться канюленосителем [3].

Органосохраняющие операции продолжают активно разрабатываться и заметно совершенствоваться во всём мире, из-за того, что многие функционально щадящие хирургические вмешательства способны приводить к довольно серьёзным проблемам – нарушению голосообразовательной и/или дыхательной функции. Происходит это, как правило, за счёт возникновения стенотических сужений либо недостаточной жёсткости вновь сформированных стенок гортани [4].

Проблема ранней диагностики и лечения рака гортани, является, несомненно, актуальной в связи с тем, что 60-70 % больных выявляется с распространенными формами заболевания [5].

Мы располагаем наблюдением, которое, на наш взгляд, имеет существенный клинический

интерес для практических врачей.

Больной Б. 69 лет, поступил 17.09.13г. в ЛОР отделение Национального Госпиталя МЗКР с предварительным диагнозом: Новообразование гортани.

Жалобы при поступлении: на осиплость голоса.

Из анамнеза: со слов больного, данные жалобы беспокоят в течение 3-х месяцев. С данными жалобами обращался к ЛОР врачу по месту жительства, откуда был направлен в ЛОР отделение НГ МЗ, где госпитализирован в плановом порядке для до обследования и соответствующего лечения. Стаж курения 35 лет.

Общее состояние больного при поступлении средней тяжести. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Температура тела 36,8°C, ЧД 20 в минуту, PS 80 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.

Локальная картина: Шея. Контуры шеи не изменены, физиологический хруст гортани сохранен справа, слева отсутствует. Шейные лимфатические узлы не пальпируются. При непрямой ларингоскопии: надгортанник в виде развернутого лепестка, опухолевидный инфильтрат занимает левую голосовую и вестибулярную складки. В межчерпаловидном пространстве пахидермии. Черпаловидные хрящиподвижные, слеваимеется незначительное ограничение подвижности. При осмотре других ЛОР органов без видимой патологии.

Из результатов обследования:

✓ Анализ крови (28.09.13): Нв 128 г/л, эритроциты  $4,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $6,9 \times 10^9$ /л, ц.п. 0,8, п-4 с-61 э-2 л-21 м-1, тромбоциты  $226,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/ч, свертываемость 3с30сф-5с00сф.

✓ На томограмме гортани от 18.09.13г. вход в гортань свободный, грушевидные синусы б/о. Голосовая и вестибулярная складка слева утолщена. Подголосовое пространство без патологии.

Со стороны других общеклинических методов обследования без видимой патологии.

18.09.13г. в условиях смотрового кабинета под местной анестезией Sol. Lidocaini 10% - 2,0 взята биопсия из левой вестибулярной складки для проведения патогистологического исследования, результат последнего от 20.09.13г. под № 101413-7 - плоскоклеточный cancer.

На основании результатаданного исследования, больному рекомендована операция: «Расширенный вариант боковой резекции гортани слева».

24.09.13г. произведена операция: Расширенный вариант боковой резекции гортани слева.

После премедикации под НЛА + м/а Sol. Novocaini 1%-60,0 + Sol. Novocaini 2%-10,0 (блокада верхнегортанных нервов). Произведен срединный разрез кожи от подъязычной кости до перстневидного хряща. Рассечены платизма и передняя группа прямых мышц шеи. Обнажен угол щитовидного хряща. Рассечена коническая связка. Отступя 0,5 см от угла рассечен щитовидный хрящ слева и 0,3 см справа. Вскрыта полость гортани. Визуально определяются границы опухоли, последние занимают левый гортанный желудочек, всю вестибулярную складку слева, частично черпало-надгортаннйескладки. Опухоль полностью иссечена в пределах здоровых тканей. Дно операционной раны подверглось гальванокаустике. Тщательный гемостаз по ходу операции. Оставшаяся слизистая оболочка гортани слева подшита к передним мышцам шеи. Голосовая щель широкая, черпаловидные хрящи подвижные с обеих сторон. Дыхание через естественные пути свободное, кровотечения нет, вследствие этого, нижний угол раны ушит наглухо. Края раны обработаны спиртом. Асептическая повязка на рану. Операция прошла без осложнений. Удаленный материал отправлен на патогистологическую верификацию.

Результат паталогогистологического исследования от 26.09.13г. под № 103820-4 - обнаружен плоскоклеточный cancer со слабым ороговением, с прорастанием до хрящевой пластинки.

Выставлен послеоперационный диагноз: Cancer laryngis T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>Mx.

В послеоперационном периоде назначено:

1. Хим. смесь (преднизолон 90-60-30 мг, CaCl<sub>2</sub> 10%-10,0, димедрол 1%-1,0 на 200,0 физ.р-ре) в/в кап. №3

2. Метрид 100,0 x 2р/д в/в кап.

3. ЦефIII 1.0 x 2р/д в/м

4. Анальгин 50%-2,0 + Димедрол 1%-1,0 в/м при болях

5. Голод в течение 1 суток

6. Ежедневные перевязки.

*Швы на ране сняты 02.10.13г.*

*03.10.13 больной выписан домой в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у ЛОР врача по месту жительства, контрольный осмотр через 1 месяц.*

Таким образом, при раке гортани III стадии, возможно, производить передне-боковую резекцию гортани в расширенном ее варианте, с соблюдением всех принципов абластики.

### ***Литература:***

- 1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи.- М.: Медицина, 2000.- 487 с.*
- 2. Решетов И.В., Трофимов Е.И., Кравцов С.А. и др. Хирургические аспекты лечения больных первичным раком гортаноглотки // Российский онкологический журнал.-№2.- 2004.-С. 12-18.*
- 3. Алферов В.С. Органосохраняющее лечение рака гортани // Матер. IV ежегодная Российской онкологической конференции, Москва.- 2000.- С. 80-81.*
- 4. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани: Методические рекомендации.- М.,1991.-47с.*
- 5. Старинский В.В. Заболеваемость населения России злокачественными новообразованиями в 2000 г. // Российский онкологический журнал.-№3.- 2002.- С. 39-44.*