

## CANCER GORTANOGLOTKI С ПЕРЕХОДОМ НА ПИЩЕВОД. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ.

Насыров В.А., Кадыров М.М., Сулайманов Т.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева  
кафедра ЛОР-болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В данной работе приведен случай из практики по истории болезни больного с новообразованием гортаноглотки с переходом на пищевод.

**Ключевые слова:** новообразование гортаноглотки, пищевод, верхние дыхательные пути, методы диагностики и лечения.

## ТАМАК НЕНИР ТЕГИНИ CANCER ЖАНА АНЫН КЫЗЫЛ ОНГОЧКО ӨТҮШҮ

Насыров В.А., Кадыров М.М., Сулайманов Т.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

кулак, мурун жана тамак кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Котурунду:** Бул иште тамак ненир течтып шишик оорулунуу кызыл онгочко өтүп кеткен оорулунун практикада кездечиканын бейтоп баяны боюнча келтирилген.

**Негизги сөздөр:** тамак ненир теткенин, шишик оорулу, кызыл онгоч, жогорку дем алуу жолу, дарталиктоо ыкмасы, дарылоо.

## CANCER GYPOFARINGIS WITH PASSAGE TO ESOFAGYS. CASE OF PRACTICE

Nasyrov V.A., Kadyrov M.M., Sulaymanov T.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

ORI-HNS Chair

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** In this work the case of practice by patient with tumour of gypofaringis is cite.

**Key words:** tumour of gypofaringis, esofagys, treatment, diagnostic.

Рак гортани и гортаноглотки относятся к часто встречающимся новообразованиям области головы и шеи. Согласно современным литературным данным по отношению ко всем злокачественным опухольям на долю рака гортани и гортаноглотки приходится 5–6% [1,2]. Пациенты, страдающие раком гортани, составляют до 60 – 70 % от общего числа больных с выявленными злокачественными новообразованиями верхних дыхательных путей. Наиболее травматичными, инвалидизирующими операциями являются хирургические вмешательства при опухолях гортаноглотки с переходом на начальный отдел пищевода, что сопровождается формированием орофарингоэзофагостомы. Это сопряжено с обильным слюноотделением, дискомфортом, питанием через зонд и т.д., и в дальнейшем проведением пластической операции. Однако ввиду позднего обращения больного в 60 – 70 % злокачественное опухолевое поражение при раке гортани и гортаноглотки диагностируется только

на III и IV стадиях заболевания [3].

Проведение объемных хирургических вмешательств у больных, страдающих раком гортани и гортаноглотки, часто сопряжено с необходимостью проведения пластики обширных дефектов мягких тканей. Для этой цели в онкологии могут использоваться различные кожно-мышечные лоскуты и висцеральные трансплантаты: фрагменты большого сальника, желудка, тонкой или толстой кишки. МСКТ с внутривенным контрастированием позволяла четко оценить изменения в зоне операции и классифицировать изменения в пользу послеоперационных, благодаря возможности четко визуализировать лоскут либо висцеральный трансплантат.

Мы располагаем наблюдением, которое на наш взгляд имеет клинический интерес. *Больной Сейткулов С.С., 1952 года рождения, находился на стационарном лечении в ЛОР-отделении НГМЗКР с 01.04.14 г. по 30.04.14 г. с*

клиническим диагнозом: «Сарcoma гортаноглотки и начального отдела пищевода T4N0Mx. Стеноз гортани I степени».

*Жалобы при поступлении:* на осиплость голоса, затруднённое дыхание через верхние дыхательные пути при физической нагрузке, затруднённое глотание.

*Анамнез болезни:* со слов пациента, данные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. Последние месяцы охриплость голоса и затруднённое дыхание усилились, в связи с чем, госпитализирован в ЛОР-отделение НГ.

*Локальный статус:* контуры гортани несколько расширены. Специфический хруст гортани отсутствует. При непрямой ларингоскопии надгортанник несколько смещён вправо. Определяется экзофитного роста опухоль, исходящая из левого грушевидного синуса и распространяющаяся на левую черпаловидную и левую вестибулярную складку. Размеры опухоли 3,0x3,0 см. голосовая щель сужена из-за опухоли.

*В ЛОР-отделении больной был обследован:*

1. ОАК от 14.04.14 г.: Нв – 128, эр. – 4,2, ц.п. – 0,8, лейкоц. – 6,9, п – 2, э – 3, с – 70, м – 4, л – 21, тромб. – 227,2, соэ – 6, свёрт. – 3.30 – 5.16.

2. Томограмма гортани от 03.04.14 г.: в срезе 3 см – вход в гортань деформирован расширенной черпало-надгортанной складкой слева. Грушевидный карман слева на половину затемнён. Связки и желудочки гортани с обеих сторон не изменены. Подголосовое пространство без особенностей.

3. Патогистологическое исследование от 04.04.14 г. №37652-23: плоскоклеточный неороговевающий сарcoma.

Со стороны ОАМ, рентгенографии ОГК, ЭКГ, УЗИ сердца без особенностей.

Больному после всех обследований провели 15.04.14 г. хирургическое вмешательство – «Расширенная ларингэктомия с формированием плановой фарингостомы и эзофагостомы»

*На операции:* под местной анестезией Sol.Novocaini 1%-150 мл + НЛА произведен срединный разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки шеи начиная от подбородочной области до верхнего края трахеостомы. По ходу гемостаз. Мягкие ткани, прилегающие к гортани, отсепарованы в стороны, снизу ткани освобождены от верхнего края трахеи. В верхнем углу раны мягкие ткани отсепарованы от

подъязычной кости. Края гортани снизу и сзади спаяны с опухолью, которая локализовалась в полость глотки с переходом на пищевод. Гортань удалось острым и тупым путём освободить от передней поверхности новообразования и удалить снизу вверх. В области надгортанника и грушевидного синуса вскрыта глотка, в средней её части, через которое, просматривалась опухоль размером 8,0x10,0 см, бугристой поверхности, экзофитного роста. Под визуальным контролем, в пределах здоровой ткани, опухоль удалена. В среднем отделе глотки слизистая оболочка осталась в виде полости. Пищевод иссечён в пределах 1,5-2,0 см. Рана промыта раствором фурацилина и высушена, гемостаз. Глотка сформирована на расстоянии 5 см верхней её части. Снизу сформирована эзофагостома, куда вставлен пищеводный зонд. В средней части сформирована плановая фарингостома длиной 5 см. сформирована бесканюльная трахеостома размером 2,5 x 3 см по методике клиники. В верхнем углу мягкие ткани послойно ушиты, на кожу швы из лески. Рана обработана спиртом и бриллиантовой зеленью. Зонд зафиксирован марлевой тесёмкой позади шеи, лески трахеостомы также зафиксированы позади шеи с помощью марлевых тесёмок. Операция прошла без осложнений. Удалённый материал отправлен на гистологическое исследование.

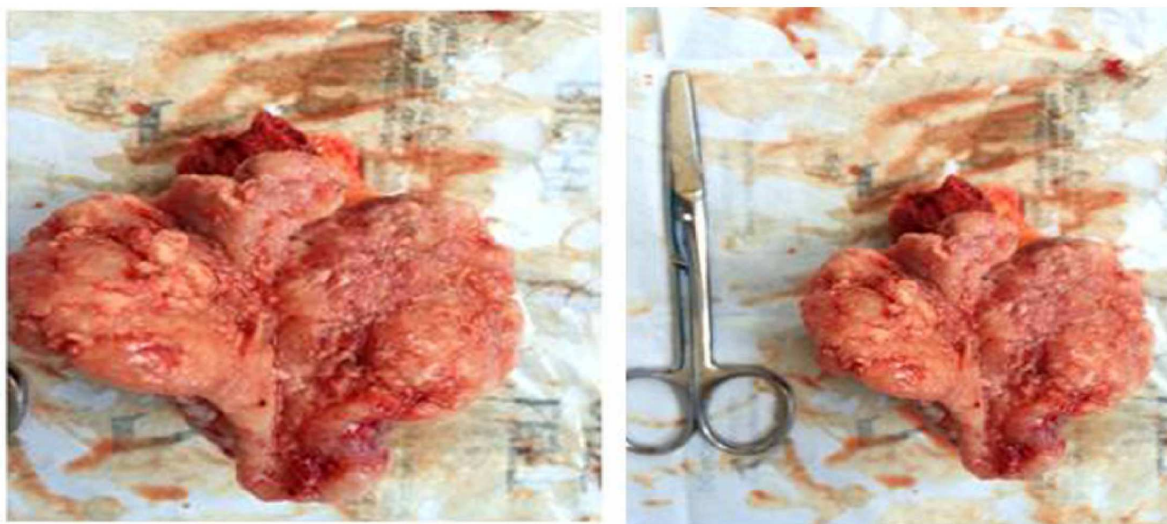
В послеоперационный период получал консервативное лечение:

- цефтриаксон, по 1,0 x 2 раза, в/м, п/пробы, 27; - кетотифен, по 1 табл. x 2 раза в день, №8; - кетотоп, по 2,0, в/м, при болях, №1; - метрид, 100 x 3 р/д, в/в, капельно, №9; - реополиглюкин, 400 x 1 р/д, в/в, капельно, №6; - ацессоль, 400x1 р/д, №12; - физ.раствор 400 x 2 р/д, в/в, капельно, 13; - гентамицин, 80 мг x 2 р/д, в/м, п/пробы, 17; - хим.смесь, в/в по схеме, №3; - цефуроксим, по 1,0x2 раза в день, в/м, п/пробы, 31; - глюкоза 5%-200 + аскорбиновая кислота, в/в, №2; - гепарин по схеме, 7 дней.

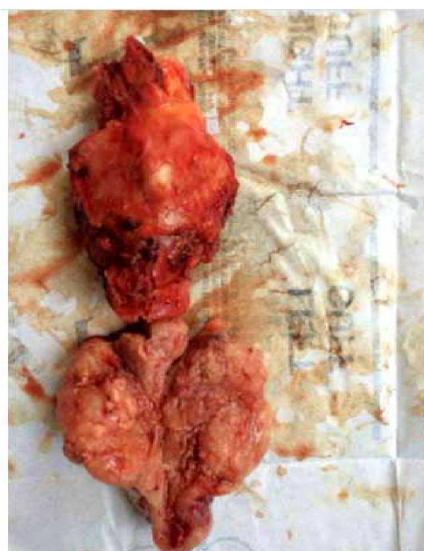
Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Локально при выписке: трахеостома зияет, швы сняты, рот пищевода зияет, фарингостома сформировалась до ротоглотки, питание зондовое. Выписывается домой в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано: 1. Наблюдение у ЛОР-врача и онколога по месту жительства; 2. УЗИ шейных лимфатических узлов ежемесячно; 3. Воздержаться от физических и температурных





*Вид опухоли*



нагрузок сроком на 1 месяц; 4. Явиться на контрольный осмотр через полтора месяца для ушивания фарингостомы; 5. Зондовое питание.

### **Литература:**

1. Васильев П.В., Юдин А.Л., Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г. Роль компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием в оценке распространенности опухолевого поражения при раке гортани // *Материалы III Научно-практической конференции врачей онкологов ФМБА РФ «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной онкологии в системе ФМБА».* – Москва, 2008. – С. 128 – 130.

2. Сдвижков А.М., Кожанов Л.Г., Васильев П.В. и др.

Значение виртуальной эндоскопии, основанной на использовании мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ), при раке гортани и гортаноглотки // *Материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Опухоли головы и шеи».* – Сибирский онкологический журнал. – 2006. – N. 1. – Приложение. – С. 115.

3. Юдин А.Л., Васильев П.В., Кожанов Л.Г. Значение виртуальной эндоскопии и трехмерных оттененных изображений, основанных на использовании мультиспиральной рентгеновской компьютерной томографии (МСКТ), при раке гортани // *Материалы XII Российского онкологического конгресса.* – Москва, 2008. – С. 178 – 179.