

УДК 616.22-006.6-072.1-079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАРИНГОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ГОЛОСОВОЙ СКЛАДКИ И НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОРТАНИ

Мактыбаева Д.А.

«Учреждение Международная высшая школа медицины», г.Бишкек, Кыргызская Республика
(Зав. каф специальных клинических дисциплин – д.м.н., проф. Кулов Б.Б.)

Резюме: В случаях, когда первично рак локализуется на голосовой складке, общеизвестно, что жалобы больного сводятся к выяснению начала появления опухоли, которое проявляется в последующем расстройством фонаторной функции. Последняя постепенно нарастала, но отчетливо выявлялась уже в I стадии развития опухолевого процесса. Однако нарушение голоса регистрируется и при многих других заболеваниях гортани. Поэтому при выявлении этого симптома перед тем, как сделать определенный диагностический вывод необходима ларингоскопия.

Ключевые слова: рак гортани, расстройство голоса, другие заболевания гортани, ларингоскопия

КЕКИРТЕКТИН ҮН ЖИП РАК ЖАНА БАШКА КЕКИРТЕКТИН ООРУЛАРЫНДА АЙЫРМА ДИАГНОСТИКАЛЫК ЛАРИНГОСКОПИЯ КӨРСӨТМӨ

Мактыбаева Д.А.

«Эл аралык медициналык мекеме», Кыргыз Республикасы, Бишкек шаары

(Атайын клиникалык сабактар бөлүмүнүн жетекчиси – медицина илимдеринин доктору., профессор Кулов Б.Б.)

Корутунду: Биринчи кезекте рак оорусу кекиртектин үн жибинде жайгашканда жергиликтүү учурларда бейтаптын даттануусу шишиктин баиталышы төмөндөгүдөй үндүн өзгөрүүсүнөн белгилүү. Акырындык менен өрчүп, шишиктин өнүгүүсү I стадиясында аныкталат. Бирок, үндүн бузуусу көптөгөн башка кекиртектин ооруларында да кездешет. Демек, бул симптом аныкталгандан кийин белгилүү диагностикалык чыгарарууну кабыл алганга чейин ларингоскопия зарыл.

Негизги сөздөр: кекиртектин рак оорусу, үн бузулушу, ларингоскопия, башка кекиртектин оорулары

DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC LARYNGOSCOPE PICTURE OF CANCER OF VOCAL CORDS AND CERTAIN DISEASES OF THE LARYNX

Maktybaeva D.A.

Department of the special clinical disciplines, International School of Medicine, Bishkek, Kyrgyz Republic

(Head of the Department of special clinical disciplines - Prof. Kulov B.B.)

Summary: As is well known when the primary cancer is localized on the vocal folds, the patient's complaints were limited to the clarification of onset of the tumor, which appeared disorder fonatory functions. The latter is gradually growing, but is clearly manifested in the development of I stages of cancer. However, the violation is recorded voices and in many other diseases of the larynx. Therefore, the detection of the symptoms output required laryngoscopy before making a definite diagnostic had been done.

Keywords: cancer of the larynx, voice disorder, other diseases of the larynx, laryngoscopy

Введение. Относительная частота регистрации рака гортани и гортаноглотки среди всех злокачественных новообразований человека колеблется в разных странах в пределах 1-6% [1-5]. Среди органов головы и шеи по частоте поражения основной локализацией рака считается гортань и гортаноглотка [2,6]. Для определения распространенности опухолевого процесса необходимо учитывать анатомическую особенность строения органа. Подразделение гортани на 3 отдела обусловлено анатомическими различиями слизистой оболочки и подслизистого слоя, крово- и лимфообращения и другими особенностями [1,2,5].

Опухоль, первично локализуемая на голосовой складке, чаще всего появляется в

ее передних 2/3. При T1 и T2 ее развития в органе она может не доходить вглубь до внутренней надхрящницы пластинки щитовидного хряща, а может достигать ее при сохраненной подвижности черпаловидного хряща чаще всего в пределах передней 1/4 и 1/3 пластинки. Кроме того, при такой локализации в подавляющем большинстве случаев она не распространяется на противоположную сторону и редко метастазирует в лимфоузлы шеи. Это обусловлено наличием соединительно-тканной перемычки между двумя половинами гортани в комиссуре и отсутствием развитого лимфососудистого строения в голосовой складке [3,4,7].

Особенности развития неоплазмы голосовой складки мы сочли целесообразным учитывать в распознавании

стадии неоплазмы по системе TNM, которая принята как международная классификация и учреждена Американской академией Otorhinolaryngology – Head&Neck Surgery (ORL – HNS) и представлена в брошюре K.Thomas Robbins [8]

Методические основы клинического обследования больных в основном были общепринятыми. Они сводились к выяснению жалоб, истории развития болезни и беспокоивших симптомов, а также пальпации шеи и непрямой ларингоскопии. При затруднении последней прибегали к помощи фиброэндоскопического осмотра гортани, позволяет осмотреть все отделы гортани, в том числе те, которые не всегда визуализируются при непрямой ларингоскопии.

Материалы и методы. За период с 1992 по 2011 гг. в клинике ЛОР – хирургия голова-шея, расположенной на базе Национального Госпиталя (НГ) при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики, по поводу рака гортани получили хирургическое лечение в общей сложности 533 больных. Из них ларингэктомия, в том числе по радикальной хирургической программе, была произведена в 387 (73%) случаях, различные варианты органосохраняющей хирургии – у 146 (27%) больных.

Рак в I стадии развития процесса на голосовой складке был диагностирован – у 36 этих больных, II – стадии у 77, III стадии – у 162 больных, IV - стадии у 258 больных. Метастазы в региональные лимфоузлы ультразвуковое исследование (УЗИ) шеи позволило диагностировать у 303 оперированных лиц. При этом их дооперационное распознавание было зафиксировано – у 130 больных, через различные сроки после операции – у 173 больных. В связи с чем больным было произведено фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи.

Другие заболевания гортани разделились следующим образом: папиллома голосовой складки была диагностирована – у 12 больных, полипы гортани – у 5 больных, фиброма голосовой складки – у 14 больных, интубационная гранулома – у 7 больных.

В комплекс специального обследования обязательно включалось УЗИ шеи, а при необходимости и компьютерная томография (КТ) гортани. Окончательный диагноз базировался на результате патоморфологического исследования биопсийного материала.

Разумеется, каждый пациент обследовался и на состояние соматического статуса. В такое обследование включались анализ крови и мочи, электрокардиография сердца, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости. Заключительным этапом изучения состояния соматического статуса был осмотр терапевтом и анестезиологом на предмет допустимости к операции и выбора способа анестезии.

При этом виде обследования мы постепенно осматривали все визуально проявляющиеся анатомические образования гортани. При раке голосовой складки внешний вид опухоли был почти, как правило, представлен «плюс» тканью. Она по своему внешнему виду отличалась от доброкачественных новообразований. Фибромы и полипы имели овальную или округлую, гладкую и розовую поверхность. Часто располагались на широком или узком основании. Если они имели ножку, то они при дыхании или фонации более или менее заметно парусили. Папилломы отличались мелкозернистой поверхностью, напоминающей по внешнему виду тутовую ягоду. Проявления гиперкератоза (пахидермии) имели уплощенную белую поверхность. Излюбленным местом пахидермии было либо межчерпаловидное пространство, либо область переднего конца вокального отростка. В последнем случае такая пахидермия обуславливала появление контактной язвы. У отдельных больных редко, обычно после интубации в прошлом могла появиться, так называемая, интубационная гранулома. Обычно она располагалась у основания черпала со стороны его гортанной поверхности и по внешнему виду напоминала грануляционную ткань, которая в отдельных случаях достигала размера фасоли.

При раке голосовой складки «плюс» ткань имела иной вид. Она чаще всего

располагалась в передней 1/3 или передних 2/3 складки. Имела бугристую поверхность, причем зачастую с отдельными выростами. Иногда такое тканевое образование в центре имело признаки распада. В результате передний и задний ее край оказывались выступающими. При этом такой опухолевый инфильтрат не просматривался над поверхностью голосовой складки, а был тесно связан с краем голосовой складки и более того казался по периметру спереди, сзади и в середине края голосовой складки хотя бы слегка погруженным в нее. Эта картина была связана с характерным для нее инфильтрирующим ростом, из-за которого иногда можно было увидеть вал инфильтрации, просматриваемый по периметру неоплазмы. Поверхность такой опухоли могла иметь и картину изъязвления, которая оказывалась покрытой фибринозным налетом.

Рак голосовой связки, кроме описанного внешнего вида, еще характеризовался относительной ригидностью. При осмотре во время движений гортани она не меняла свой вид и не парусила.

Описанная ларингоскопическая картина была свойственна раку голосовой складки в I стадии развития неоплазмы. При II стадии его развития со всеми описанными особенностями “плюс” - ткани, он еще отличался большим размером и более выраженными признаками инфильтрирующего роста, захватывающего в глубину не только голосовую складку, но и подлежащие к ней ткани, зачастую в пределах передней 1/3 достигающей внутренней надхрящницы.

При осмотре больного с такой клинической картиной, уже более распространенной, тканевая структура опухоли отличается заметной ригидностью. Ее внешний вид при фонации остается стойким. Иными словами, на поверхности опухоли во время движений гортани не формируется даже малейшая складчатость. Кроме этого, проявления ее распада бывают более выраженными. Из-за инфильтрации подлежащих тканей визуально в отличие от противоположной стороны соответствующая

половина гортани представляется расширенной.

При этой II стадии развития опухоли в органе она может достигать переднего конца вокального отростка, но только не основания черпаловидного хряща и его черпалоперстневидного сустава, что сохраняет подвижность голосовой складки и соответствующей половины гортани в полном объеме.

Если такой процесс достигает названные образования, появляется ограничение подвижности голосовой складки и соответствующей половины гортани, в том числе голосовой складки и на ней новообразование при фонации и дыхании становятся неподвижными, то такая картина дает основание считать, что раковый инфильтрат достиг III стадии развития в органе.

Для III начальной стадии развития опухоли голосовой складки можно считать характерной и несколько иную ларингоскопическую картину. Она характеризуется распространением, обычно не глубоким на область гортанного желудочка и нижние отделы вестибулярных складок и слегка на подскладочный отдел гортани. При этом подвижность соответствующей половины гортани остается или ограничивается.

Конечно описанные варианты ларингоскопической картины - это начальные признаки III стадии развития опухоли голосовой складки. Но этим не ограничиваются ларингоскопические изменения, которые позволяют диагностировать указанную стадию. Такой ее следует считать, если опухоль распространяется на все боковые структуры органа и переходит на противоположную сторону, но не выходит за пределы гортани и даже сопровождается признаками стеноза. Это поздняя III стадия развития неоплазмы голосовой складки.

Для IV стадии развития опухоли боковой локализации характерным признаком является выход инфильтрата за пределы гортани: на валлекулы, грушевидные синусы, корень языка, боковую стенку глотки. В этой же стадии

заболевания опухоль может проникнуть за пределы гортани через щитоперстневидную мембрану и после этого достичь и проникнуть в тканевые образования щитовидной железы.

Обсуждение и заключение.

Представляя все эти признаки ларингоскопической картины, характерные как для доброкачественных, так и злокачественных неоплазм гортани, мы, как и другие ларингоонкологи, считаем, что они обосновывают только предварительный диагноз. Он при характерной картине, свойственный раку голосовой складки, все же клинический, но не окончательный. Таким он может быть только после того, как будет подтвержден патоморфологическим исследованием. Тем не менее, клиническому диагнозу нужно придавать серьезное значение, в тех случаях, когда патоморфологический диагноз ему не соответствует.

Такое диагностическое несоответствие, может быть связано, прежде всего, с неправильным забором материала для патоморфологического исследования, а также сложной картиной, которая в какой-то большей или меньшей степени маскируется проявлениями воспаления. А это иногда

заставляло нас повторно брать материал для патоморфологического исследования, а в отдельных случаях, конечно же не при I и II стадиях клинически определяемых по ларингоскопии, а при III и IV стадиях развития опухоли «открывать» гортань, брать материал для экспресс биопсии, и по ответу через 40 мин - 1 час решать окончательно о необходимости хирургического вмешательства.

Литература

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 4-е изд. М.: Медицина, 2000. 480 с.
2. Чиссов В.И., Давыдова М.И. Онкология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. 1072с
3. Фейгин Г.А. Хирургический этап лечения рака гортани с топографопатологическим обоснованием, послеоперационной терапией и функциональной реабилитацией. Бишкек, 2015. 228с.
4. Лопатин А.С., Чуприк-Малиновская Т.П., Чучуева Н.Г., Дворникова Т.А. Эндоскопическая микрохирургия в лечении больных на ранних стадиях рака голосовых складок. *Российский онкологический журнал.*-2005.-№4.-С.30-33
5. Трофимов Е.И., Фуки Е.М. Рак гортани: методы диагностики и лечения. *Медицинская консультация.*-2006.-№3.-С.10-20
6. Barbosa M.M., Araújo V.J.Jr., Boasquevisque E. et al. Anterior vocal commissure invasion in laryngeal carcinoma diagnosis. *Laryngoscope.* 2005; Vol.115. №4.- P.724-30.
7. Petrović Z, Jelić S., Pendjer I. Jugular neck dissection for supraglottic laryngeal carcinoma with negative clinical findings in the neck (N0) // *Srp. Arh. Celok. Lek.* – 2004. – Vol.132. - №3-4. – P.73-5.
8. Thomas Robbins K. Neck dissection classification and ENT staging of head and neck cancer.-2001.-39 p.

ПРОТЯЖЕННОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ ЛЕГКИХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Козьмина Ю.В.¹, Джаналиев Б.Р.², Джолдубаев С.Д.³, Козьмин М.Г.⁴

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева, г. Бишкек, КР. ассистент кафедры патологической анатомии (зав.кафедрой Сатылганов И.Ж., д.м.н., проф.), г. Бишкек, КР, 56-79-38, 0555610453, kozmiyuliya@yandex.ru

²Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, КР. Д.м.н., профессор кафедры патологической анатомии (зав.кафедрой Ахметова М.С., к.м.н., доцент), г. Бишкек, КР, 56-50-02.

³Ошский государственный университет, г. Ош, КР. К.м.н., доцент кафедры нормальной и патологической анатомии (зав.кафедрой Сакибаев К.Ш., к.м.н., доцент), г.Ош, КР, 0777003666.

⁴Международный университет Кыргызстана, Международная школа медицины, г. Бишкек, КР. ассистент кафедры патологии (зав.кафедрой Молдоташева Г.С., к.м.н.), г. Бишкек, КР, 0555610454, kozminmike@yandex.ru

Резюме: Изучен характер поражения легких (одностороннее, двухстороннее) и распространенность процесса (верхняя, средняя, нижняя доли, все доли) при первичном, гематогенном и вторичном туберкулезе на аутопсийном материале РПАБ за период с 1984 по 2008 гг. За исследуемый период отмечается достоверное увеличение случаев двухстороннего поражения, особенно при вторичном туберкулезе. При одностороннем поражении в процесс чаще вовлекаются изолированно верхняя и средняя доли, а при двухстороннем поражении характерно вовлечение в процесс всех долей легких.

Ключевые слова: туберкулез легких, протяженность поражения, аутопсийный материал.