



УДК: 616. 313-006-089.168

## ГИГАНТСКАЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ КОРНЯ ЯЗЫКА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Т. В. Остринская

### GIANT BENIGN TUMOR OF TOUNGE BASE (CLINICAL SURVEILLANCE)

T. V. Ostrinskaya

ГУЗ «Городской клинический онкологический диспансер», Санкт-Петербург  
(Главный врач – проф. Г. М. Манихас)

В статье представлен редкий случай гигантской липомы корня языка, рассмотрены возможности ее диагностики и успешного хирургического лечения.

**Ключевые слова:** доброкачественные опухоли язык, липома корня языка, диагностика, хирургическое лечение.

**Библиография:** 6 источников.

The article presents a rare case of a giant lipoma of the base of tongue, its possibilities of diagnostics and surgical treatment.

**Key words:** benign tumors of the tongue, lipoma of the base of tongue, diagnostics, surgical treatment.

**Bibliography:** 6 sources.

*Доброкачественные опухоли языка*, как эпителиальные, так и неэпителиальные, встречаются достаточно редко. К *доброкачественным эпителиальным опухолям языка* относятся *папилломы*, которые являются небольшими образованиями размером до 2 см, округлой или овальной формы, мягкой консистенции. Их излюбленная локализация – спинка и кончик органа. Прогноз благоприятный, однако присоединение кератоза (ороговения) и внедрение в подлежащую ткань служат тревожным сигналом, указывающим на малигнизацию новообразования.

Среди *неэпителиальных доброкачественных опухолей языка* различают фибромы, липомы, миомы, а также гемангиомы и лимфангиомы. *Гемангиомы* на языке чаще всего врожденные. Это поверхностные, темно-красные, бугристые мягкие новообразования овальной формы. Локализуются, как правило, на кончике языка [3]. *Лимфангиомы* в основном встречаются у детей и служат причиной макроглоссии (увеличения языка). *Миомы* (опухоль Абрикосова, миобластомиома или рабдомиома) развиваются из миобластов и представляют собой плотноватые образования, покрытые слизистой оболочкой, иногда с маленькими сосочковыми разрастаниями на ней. В единичных случаях сочетаются с плоскоклеточным раком языка. *Фибромы* происходят из волокнистой соединительной ткани и представляют собой плотные либо мягкие некрупные

доброкачественные опухоли, редко множественные и локализуются чаще на слизистой оболочке боковой поверхности языка. Возникают они преимущественно у лиц среднего возраста и растут достаточно медленно. Под слизистой оболочкой языка могут образовываться липомы и фибролипомы. Они отмечаются значительно реже по сравнению с фибромами и также долго остаются без каких-либо существенных изменений [4].

*Липома* – доброкачественная опухоль из жировой ткани, возникает там, где имеется жировая ткань, в частности в подкожной, межмышечной клетчатке либо в подслизистом слое. Рост липомы не связан с общим состоянием организма, при истощении организма они продолжают накапливать жир. Чаще встречается у женщин в возрасте от 30 до 50 лет. Микроскопически липома построена из жировой ткани и отличается от нее различными размерами долек и жировых клеток, которые то очень малы, то достигают гигантских размеров. Между обычными жировыми клетками встречаются группы клеток с несколькими жировыми вакуолями – так называемые мультилокулярные клетки. Обычно липома мягкой консистенции, при выраженном развитии соединительной ткани становится более плотной. В зависимости от преобладания жировой или фиброзной ткани говорят о липофибrome или фибролипоме. При обильном развитии кровеносных сосудов в опухоли ее называют ангиолипомой, при обнаружении



**Рис. 1.** Вид полости рта пациента Д. с новообразованием в корне языка.

в ней ослизненной ткани – миксолипомой, гладких мышечных волокон – миолипомой.

Доброкачественные опухоли длительного времени развиваются в толще языка, растут медленно, имеют четко очерченные границы и почти не беспокоят больного. Клинически эти опухоли, кроме сосудистых, различить трудно. Окончательно диагноз уточняется после гистологического исследования удаленной опухоли [1, 2, 5, 6].

*Клинический случай:* пациент Д., 43 лет, поступил на отделение оториноларингологии Городского клинического онкологического диспансера в октябре 2012 г. с жалобами на чувство дискомфорта в ротоглотке, изменение артикуляции речи, поперхивание при приеме жидкой пищи, храп и затруднение дыхания в горизонтальном положении. Чувство дискомфорта в глотке появилось около 6 лет назад и постепенно нарастало. Около 6 месяцев до госпитализации изменился голос, пациент стал просыпаться ночью от ощущения нехватки воздуха, что заставило его обратиться к врачам.

При осмотре полости рта определялось выбухание неизменной слизистой в области задней трети языка больше слева за счет новообразования, занимающего корень (рис. 1). Образование было безболезненным при пальпации, плотно-эластической консистенции, нависало над входом в гортань, прикрывая последний. Подвижность языка не нарушена, открывание рта – в полном объеме.

На представленных компьютерных томограммах в корне языка определялось четко очерченное гомогенное гипоэхогенное образование размерами 85x56 мм, по периферии в нем имелся мелкий участок обызвествления. Образование значительно увеличивало объем органа, вызывая резкое сужение воздушного столба oro- и гипофаринкса (рис. 2).

По данным ангиографии сосудов шеи образование являлось гиповаскулярным (рис. 3). В плане дообследования пациенту выполнено ультразвуковое исследование мягких тканей шеи. Увеличенных измененных лимфоузлов на шее не выявлено.

Больному в предоперационном периоде была произведена биопсия новообразования под местной анестезией после разреза неизменной слизистой. Гистологическое заключение: липома.

Учитывая выраженные функциональные нарушения, вызываемые новообразованием, пациенту было предложено оперативное лечение. Возможность трансорального удаления новообразования представлялась нам сомнительной из-за больших размеров новообразования и его локализации в задних труднодоступных отделах орофаринкса. Но все же, учитывая доброкачественный характер процесса, мы решили попытаться применить данный доступ, предварительно взяв согласие больного на возможное расширение оперативного доступа посредством срединной мандибулотомии.

Во время операции язык был путем прошивания максимально выведен из полости рта, выполнен поперечный разрез слизистой и мягких тканей в области корня языка над образованием, мягкие ткани тупо разведены до капсулы новообразования, которое путем тупого расслаивания мягких тканей вылучено из тканей (рис. 4). Удаленный препарат представлял собой образование 9x6 см в диаметре округлой формы с тонкой капсулой. На разрезе видно, что новообразование состояло из жировой ткани (рис. 5).

В конце операции пациенту для питания был установлен носопищеводный зонд, а для обеспе-



**Рис. 2.** КТ пациента Д. до операции в сагитальной и фронтальной проекциях.



**Рис. 3.** Ангиограмма пациента Д. до операции (сосуды бассейна наружной сонной артерии обычного строения, повышенного кровоснабжения новообразования не выявлено).



**Рис. 4.** Этап операции удаления опухоли трансоральным доступом.



**Рис. 5.** Вид удаленного препарата.



чения адекватного дыхания – трахеостома. При лечении опухолей корня языка наложение трахеостомы является важным моментом, так как из-за отека в послеоперационном периоде у большинства больных развиваются явления дыхательной недостаточности. Зондовое питание также необходимо для исключения контакта пищи с раневой поверхностью и в силу нарушений акта глотания различной степени выраженности, типичных для операций в области корня языка. В послеоперационном периоде были назначены антибиотики широкого спектра действия. Осложнений мы не наблюдали. Окончательный гистологический анализ удаленного препарата подтвердил предварительный диагноз липомы корня языка. Через 8 дней после операции пациенту удален зонд и трахеальная канюля, через 10 дней выписан из стационара. При осмотре пациента в настоящее время признаков рецидива опухоли не выявлено.

**Обсуждение.** Обычно доброкачественные новообразования языка встречаются редко и не достигают больших размеров (до 2 см), поэтому не приводят к выраженным функциональным нарушениям. В данном случае длительное существование опухоли привело к ее прогрессивному росту и нарушению многих жизненно важных функций: глотания, речевой, дыхательной. Необходимость оперативного вмешательства при доброкачественных процессах продиктовано не только функциональными расстройствами, но и возможностью их озлокачествления при длительном анамнезе. Только хирургический метод позволяет избавить пациента от доброкачественного новообразования. Наличие капсулы и отсутствие инфильтративного роста позволяет удалять данные опухоли языка щадящим трансоральным доступом, не прибегая к разрезам на шее и рассечению нижней челюсти.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000.
2. Cummings otolaryngology: head and neck surgery. – 4th ed. / K. T. Robbins [et al.]. – Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004.
3. Hemangioma of base of tongue / S. S. Qureshi [et al.] // Indian J. Cancer. – 2004. – N 41 (4). – P. 181–183.
4. Lipomas of the oral cavity: clinical findings, histological classification and proliferative activity of 46 cases / E. R. Fregnani [et al.] // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2003. – N 32 (1). – P. 49–53.
5. Primary Lesions of the Root of the Tongue / S. Fang Wayne [et al.] // RadioGraphics. – 2011. – N 31. – P. 1907–1922.
6. Shah J. Head and Neck // Surgery and Oncology. – Mosby, 2003.

**Остринская** Татьяна Валентиновна – канд. мед. наук, врач-оториноларинголог 8-го онкооториноларингологического отделения ГКОД. 198255, Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, д. 56; тел.: (812) 756-58-15, 8-906-251-46-60, e-mail: tatyanaostrinskaya@yandex.ru