



УДК: 616.225.4-006-089:616.22-072.1

## ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕХНИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК ПРИ НЕПРЯМОЙ ЛАРИНГОСКОПИИ

Г. В. Вержбицкий

### VOCAL CORDS TUMORS SURGICAL TREATMENT OPTIMIZATION AT AN INDIRECT LARINGOSCOPY.

G. V. Verzbysky

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,  
Санкт-Петербург

(Зав. каф. оториноларингологии – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

*В статье описана оригинальная методика подведения выкусывателя гортанных щипцов к патологическому образованию гортани при непрямой ларингоскопии, которая, по мнению автора, значительно упрощает выполнение эндоларингеальных вмешательств.*

**Ключевые слова:** голосовая складка, эндоларингеальная хирургия, непрямая ларингоскопия.

**Библиография:** 3 источника

*Article describes the technique of guttural forceps induction to a larynx tumor at an indirect laryngoscopy, which, in my opinion, simplifies endolaryngeologist operations.*

**Key words:** vocal cord, endolaryngeal surgery, indirect laryngoscopy.

**Bibliography:** 3 sources.

В большинстве случаев удаление доброкачественных опухолей гортани, инородных тел и проведение биопсии у взрослых людей выполняется при непрямой ларингоскопии под местной анестезией. Этот способ лечения с точки зрения опытного ларинголога является наиболее щадящим и безопасным для пациента в отличие от прямой ларингоскопии под местной анестезией, требующей от обеих сторон (пациента и врача) физического и психологического напряжения, связанного с преодолением (выпрямлением) ороларингеального угла и возникающих при этом неприятных ощущениях [1, 2].

Еще более трудоемкой является операция под общим обезболиванием, требующая участия опытного анестезиолога, назофарингеальной интубации, инъекционной подачи газовой смеси, релаксации больного и контроля дыхания.

Поэтому при прочих равных условиях предпочтение отдается методике удаления опухоли (биопсии) под местной анестезией при непрямой ларингоскопии. Однако при любом доступе имеется технический нюанс, особенно рельефно выступающий при непрямой ларингоскопии. Речь идет о точности подведения гортанных щипцов к конкретному участку гортани. Этот момент для начинающего ЛОР-хирурга представляется наиболее трудным в связи с имеющим место обратным зеркальным отображением ларингоскопической картины. Это требует, как правило, неоднократной коррекции положения рукоятки гортанных щипцов и режущей насадки, прежде чем она встанет в нужное положение для захвата и удаления опухоли (инородного тела и т. д.)

Точность подведения насадки особенно важна при локализации ограниченного новообразования в области голосовой складки, поскольку отсечение его должно быть в пределах слизистой оболочки и без захвата подлежащей эластической основы голосовой связки. В противном случае возникает стойкий постоперационный дефект выкусывания – щербина голосовой



складки, сопровождающаяся длительной дисфонией, снижающей функциональный эффект операции. В связи с изложенным нами предложен способ наведения гортанных щипцов [3], облегчающий этот момент операции и условно названный нами «прием трех спичек».

В целом лечение и методика состоят в следующем.

1. Премедикация за 30 мин до операции из трех препаратов: р-р промедола 1% – 1,0, р-р атропина сульфат 0,1% – 1,0, р-р димедрола 1% – 1,0.

2. Местная анестезия: р-р дикаина 2% – 3,0 + р-р адреналина гидрохлорид 0,1% – 5–6 кап. — выполняется капельно или путем аппликации либо пульверизации слизистой ротоглотки, языка, надгортанника, области черпал (2 мл дикаина) и в завершение 1 мл р-ра дикаина капельно на голосовые складки при фонации.

Следует отметить, что уверенная анестезия гортани, позволяющая манипуляции, отмечается лишь при использовании р-ра дикаина 2%. Наш личный опыт использования 10% р-ра лидокаина для анестезии гортани (в период отсутствия кокаина и дикаина) применительно к биопсии у больных раком гортани показал, что анестезия 10% раствором лидокаина не предотвращает ларингоспазма, возникающего в момент выкусывания кусочка ткани, что требует готовности к трахеотомии. Подобной ситуации мы не наблюдали при использовании р-ра дикаина.

Анестезия завершается ларингоскопией в целях окончательной локализации патологического процесса в гортани (рис. 1).

3. Далее на инструментальном столике, рядом с которым сидит пациент, оперирующий ларинголог выкладывает фигуру из двух спичек – имитацию реального расположения голосовых складок пациента при дыхании, а третью спичку укладывают поверх так, чтобы ее головка соответствовала локализации патологического процесса (рис. 2).

Выложенная из спичек фигура — имитация среднего отдела гортани — должна быть строго параллельна гортани сидящего перед хирургом пациента. Далее хирург свою руку, в которой держит гортанные щипцы, устанавливает в положение, при котором она не будет закрывать поле зрения гортанного зеркала, а режущую насадку щипцов подводит к «спичке-опухоли» на стороне патологического процесса, разворачивает и фиксирует так, чтобы режущая плоскость насадки была параллельна «голосовой складке-спичке», на которой расположено новообразование.

После «примерочного» наведения гортанных щипцов следует их реальное введение в просвет гортани под контролем гортанного зеркала при свободном спокойном дыхании пациента. При этом оказывается, что насадка гортанных щипцов «удивительно точно» подходит к нужному участку параллельно голосовой складке. Далее следуют захват и удаление опухоли без травмы голосовой связки.

При соблюдении описанной методики само удаление опухоли длится несколько секунд (1–2 захода в гортань).

Многолетнее использование описанного способа «наведения гортанных щипцов» на цель показало высокую практическую эффективность. Данный способ облегчает выполнение операции и при прямой ларингоскопии под местным или общим обезболиванием. Вместо спичек можно использовать рисунок, на котором изображен вид гортани в прямой позиции с локализацией патологического процесса. И по нему соответственно можно «настроить» гортанные щипцы.



**Рис. 1.** Новообразование правой голосовой складки при непрямой ларингоскопии.



**Рис. 2.** Схема реального расположения новообразования гортани, представленная фигурой в виде «трех спичек».



В завершении отметим, что мы используем описанный способ наведения гортанных щипцов как в клинических, так и в педагогических целях при обучении клинических ординаторов и врачей циклов повышения квалификации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. В. С. Погосова. – М.: Медицина. – 1983. – 416 с.
2. Супрунов В. К. Доброкачественные опухоли гортани // В кн.: Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода / Под ред. В. Г. Ермолаева. – М.: Медгиз, 1954. – 485 с.
3. Удостоверение на рац. предложение № 1311 от 29.02.88 г. Г. В. Вержбицкий. Способ подведения гортанных щипцов при эндоларингеальных операциях. – Новокузнецк, 1988.

**Вержбицкий** Геннадий Вацлавич – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова. Городская Покровская больница. 199106, Санкт-Петербург. В. О., Б. П., д. 85, тел.: 8-812- 322-25-57.

УДК: 612.119-089.843-06:[616.211+616.831]-002.72

**СЛУЧАЙ РИНОЦЕРЕБРАЛЬНОГО МУКОРМИКОЗА  
У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ АЛЛОГЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ  
ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК**

**С. А. Карпищенко<sup>1</sup>, Е. С. Уtimiшева<sup>2</sup>, О. И. Долгов<sup>1, 2</sup>, В. Н. Овечкина<sup>2</sup>,  
О. С. Успенская<sup>2</sup>, А. Г. Волкова<sup>2</sup>, Т. С. Богомолова<sup>3</sup>**

**CASE OF RHINOCEREBRAL MUCORMYCOSIS IN PATIENT AFTER  
ALLOGENEIC HEMATOPOIETIC STEM CELLS TRANSPLANTATION**

**S. A. Karpischenko, E. S. Utimischeva, O. I. Dolgov, V. N. Ovechkina,  
O. S. Uspenskaya, A. G. Volkova, T. S. Bogomolova**

<sup>1</sup>Санкт-Петербургский государственный медицинский университет  
им. акад. И. П. Павлова

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко;

<sup>2</sup>Клиника «Институт детской гематологии и трансплантологии им. Р. М. Горбачевой»  
(Директор клиники – проф. Б. В. Афанасьев)

<sup>3</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,  
НИИ медицинской микологии им. П. Н. Кашкина  
(Директор НИИ медицинской микологии – проф. Н. В. Васильева)

В статье приведен случай развития инвазивного мукоормикоза у пациентки после трансплантации гемопоэтических стволовых клеток.

Подробно описаны клинические проявления заболевания, динамика поражения околоносовых пазух, проведение хирургического эндоскопического вмешательства в условиях панцитопении.

Авторы приходят к выводу, что при соответствующей подготовке даже у пациентов с низкими показателями свертывающей системы крови возможно проведение эндоскопической ринохирургии по показаниям. Описываемая в статье риноцеребральная форма мукоормикоза характеризуется высокой летальностью даже при массивной противогрибковой терапии в сочетании с хирургическим лечением.

**Ключевые слова:** мукоормикоз, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, эндоскопическая ринохирургия.

**Библиография:** 19 источников.