



СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.21

В.В. ФРИЗИН, А.В. КАМАЛЕЕВ, М.В. ПЛОТНИКОВА

Республиканская клиническая больница, Йошкар-Ола

Опыт лечения пиоларингоцеле

Фризин Владислав Владимирович, врач отоларингологического отделения

424037, г. Йошкар-Ола, ул. Пролетарская, д. 64а, кв. 52, тел. 8-961-375-64-20, e-mail: Frizin-vlad@rambler.ru

*Представлены результаты собственного наблюдения пациентки с комбинированным пиоларингоцеле.***Ключевые слова:** киста гортани, ларингоцеле, пиоларингоцеле.**V.V. FRIZIN, A.V. KAMALEEV, M.V. PLOTNIKOVA**

Republican Clinical Hospital, Yoshkar-Ola

Experience in treating piolaringocele

*The results of its own observation patient with combined piolaringotsele are presented.***Keywords:** laryngeal cyst, piolaringocele.

Сообщения о кистах гортани в литературе встречаются уже более двух веков, и тем не менее их диагностика и лечение остаются серьезной и актуальной проблемой оториноларингологии. По данным различных авторов, кисты составляют до 5% от всех доброкачественных новообразований гортани. Классификация кист гортани может основываться на различных клинических или патоморфологических изменениях, но в основном следует выделить две большие группы — жидкостные и содержащие воздух кисты (ларингоцеле) [1]. Различают внутренние, наружные и комбинированные ларингоцеле. Возникновение их связывают с некоторыми особенностями анатомического строения гортани, в частности с наличием карманов в щитоподъязычной мембране и гортанных желудочках, которые вследствие тех или иных причин (кашель, крик, натуживание) сильно увеличиваются, наполняются воздухом и вдаются в полость гортани и шеи, образуя ларингоцеле [2, 3]. В очень редких случаях воздушные кисты гортани могут содержать мукозную жидкость (муколарингоцеле), а также возможно нагноение этих кист с возникновением пиоларингоцеле [4].

Основными диагностическими методами при этом заболевании являются осмотр и пальпация шеи, прямая и непрямая ларингоскопия, ультразвуковое исследование гортани, обзорная рентгенография, компьютерная томография.

При ларингоскопии, как правило, видна гладкая, шарообразная опухоль, прикрывающая голосовую складку, располагающаяся в толще вестибулярной и черпалонадгортанной складок, а иногда выполняющая почти весь вход в гортань. Подвижность гортани в большинстве случаев сохранена, но может быть ограничена [5]. При комбинированном пиоларингоцеле киста выступает на боковой поверхности шеи в виде округлого мягкого образования, как правило, безболезненного при пальпации [2, 5, 6]. На томограмме небольшое пиоларингоцеле определяется на фоне вестибулярной складки, более

крупное проецируется на грушевидный синус или выходит за пределы щитоподъязычной мембраны [5]. При пиоларингоцеле киста заполнена гнойным содержимым, поэтому для дифференциальной диагностики целесообразно произвести пункцию новообразования со стороны боковой поверхности шеи [2, 5, 6].

Ввиду редкости данной патологии и успешности хирургического лечения приводим собственное наблюдение.

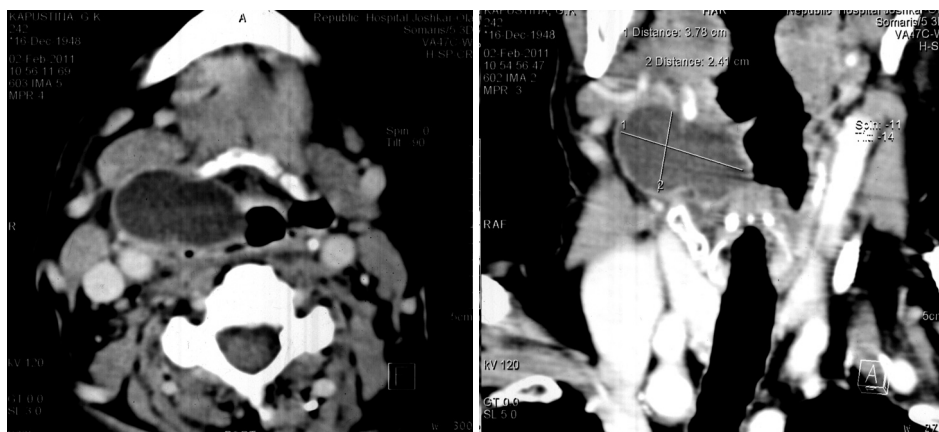
Больная К., 62 года, поступила в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы Республики Марий Эл 02.08.2010 года. При поступлении — жалобы на охриплость голоса, затруднение глотания, наличие округлого образования на боковой поверхности шеи справа.

Из анамнеза: образование на шее появилось около двух месяцев назад. В течение последней недели больная начала отмечать значительное увеличение образования, появились охриплость голоса, затруднение глотания.

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертония стадия II, степень 2, риск 3. ИБС, постинфарктный кардиосклероз.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, артериальное давление 140/100 мм рт. ст. При осмотре на боковой поверхности шеи справа, спереди от грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяется новообразование размером 2×2 см. При пальпации образование мягкое, безболезненное, спаяно с подлежащими тканями. Кожа над образованием не изменена, в складку собирается. При фарингоскопии: глотка симметрична, небные миндалины за дужками. При непрямой ларингоскопии: гортань отклонена влево, слизистая оболочка гортани гиперемирована, надгортанник ротирован влево за счет сдавления извне. Правая вестибулярная складка отечная, выбухает в просвет гортани. Правая голосовая складка не обозрима. Дыхание в покое не затруднено.

Рисунок 1.
Компьютерная томография больной К., 62 лет,
с комбинированным пиоларингоцеле в двух проекциях



В общем анализе крови: гемоглобин — 121 г/л, эритроциты — $4,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты — $8,0 \times 10^9/л$, СОЭ-52 м/ч, в формуле: эозинофилы — 5%, палочкоядерные нейтрофилы — 2%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%, лимфоциты — 22%, моноциты — 3%.

У больной было заподозрено злокачественное новообразование гортани с метастазами в регионарные лимфатические узлы.

Произведена пункция новообразования шеи 03.08.10 г. При цитологическом исследовании пунктата в препарате большое количество лейкоцитов, макрофагов (картина воспаления). При бактериологическом исследовании пунктата обнаружена *Haemophilus influenzae*. Проведена биопсия гортани 05.08.10 г., взято три кусочка патологической ткани из вестибулярного отдела гортани справа на месте выбухания желудочковой складки. Гистологический результат — элементы слизистой оболочки без признаков атипии.

Предпринята попытка вскрытия новообразования со стороны полости гортани 13.08.10 г. При непрямой ларингоскопии гортанным ножом сделан разрез на месте наибольшего выбухания правой вестибулярной складки. Получено гнойное отделяемое. После вскрытия новообразования просвет гортани расширился, стала хорошо обзрима правая голосовая складка, значительно уменьшились явления дисфонии, а также размеры новообразования на боковой поверхности шеи.

Больной выполнена компьютерная томография гортани 16.08.10 г. Заключение: структура гортани не изменена, данных за объемное образование, стенозирование, наличие инородных тел нет.

После проведенного курса противовоспалительной терапии больная выписана в удовлетворительном состоянии с диагнозом: комбинированное пиоларингоцеле. Больной было рекомендовано динамическое наблюдение у отоларинголога по месту жительства.

Больная вновь поступает в ЛОР-отделение РКБ РМЭ 01.02.11 г. с жалобами на затруднение дыхания при физической нагрузке, осиплость голоса, наличие образования на боковой поверхности шеи справа. Ухудшение дыхания отмечает около двух суток, образование на шее и дисфония появились примерно две недели назад. При непрямой ларингоскопии просвет гортани резко сужен за счет выбухания вестибулярного отдела гортани справа. Правая голосовая складка не обзрима.

Компьютерная томография гортани выполнена 02.02.11 г. На серии снимков выявляется объемное образование с четкими,

гладкими, округлыми контурами, размерами 38/24/22 мм, с плотностью 25 HU (единиц Хаунсфилда), не накапливает контраст, с четкой капсулой, располагающееся в правой половине гортани на уровне преддверия и распространяющееся через щитоподъязычную мембрану на боковую поверхность шеи. Заключение: смешанное ларингоцеле справа с интра- и экстракапсулярным компонентом (рисунок 1).

На основании результатов компьютерной томографии и объективных данных больной был поставлен диагноз: комбинированное пиоларингоцеле, рецидив, стеноз гортани I-II степени. В виду безуспешности других

методов хирургического лечения (пункция, вскрытие образования эндоларингеальным путем) во время первой госпитализации принято решение об оперативном удалении образования наружным доступом с предварительным наложением трахеостомы.

Во избежание стеноза гортани в раннем послеоперационном периоде 05.02.11 г. произведена верхняя трахеостомия, после чего выполнено удаление пиоларингоцеле наружным доступом. В ходе операции был выполнен разрез по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы, послойно обнажена оболочка кисты, которая имела синюшную окраску, плотной консистенции. Произведено вылушивание кисты тупым способом, оболочка кисты при этом полностью удалена. В просвете кисты густое гнойное содержимое темно-зеленого цвета. Рана послойно ушита. Через три дня больной произведена деканюляция трахеи.

Гистологический результат: фиброзная стенка кисты с выстилкой из цилиндрического эпителия с участками грануляции и диффузно выраженной лимфогистиоцитарной инфильтрацией.

Выписана в удовлетворительном состоянии. При осмотре через три месяца признаков рецидива нет.

Таким образом, наиболее эффективным методом лечения при комбинированных пиоларингоцеле является хирургическое удаление опухоли наружным доступом без вскрытия просвета гортани, а различные виды паллиативных вмешательств, будь то эндоларингеальное вскрытие кисты или пункция новообразования наружным доступом, имеют кратковременный эффект и приводят к рецидивам заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зенгер В.Г., Ашуров З.М., Мустафаев Д.М. и др. Воздушная киста гортани больших размеров // Вестник оториноларингологии, 2008. — № 1. — С. 71-72.
2. Соколенко С.М., Стебельский А.С. Пневмогидроларингоцеле // Вестник оториноларингологии, 1980. — № 5. — С. 84.
3. Ермолаева В.Г., Преображенский Д.М., Рутенберг Д.М., Темкин Я.С. Хирургические болезни глотки, гортани и пищевода // Руководство для врачей. — М.: МЕДГИЗ, 1954. — С. 430-431.
4. Антипин П.И. Пиоларингоцеле // Вестник оториноларингологии, 1991. — № 6. — С. 66-67.
5. Погосов В.С. Диагностика и хирургическое лечение ларингоцеле // Вестник оториноларингологии, 1983. — № 1. — С. 49-51.
6. Овчинников Ю.М., Давидзон М.И. Пиоларингоцеле // Вестник оториноларингологии, 1975. — № 3. — С.105-106.