

Рак гортани у беременной женщины

👁 В.М. Свистушкин¹, Х.Ш. Давудов², Д.М. Мустафаев¹,
К.В. Акопян², И.И. Нажмуудинов², С.А. Кокорева¹

¹ Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского

² Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России

Представлено описание случая рака гортани у 36-летней женщины с беременностью 21 нед. Выявлен плоскоклеточный рак левой голосовой складки с распространением в левый грушевидный синус и инфильтрацией мягких тканей щитовидного хряща. Эта патология у беременной женщины была сопряжена с большими проблемами, так как любое лечение представляло высокий риск для плода. Междисциплинарное сотрудничество между оториноларингологом, акушером и анестезиологом позволило провести ларингэктомию, а впоследствии — нормальные роды. В течение года рецидива опухоли не отмечено.

Ключевые слова: рак гортани, беременная женщина.

Беременность является определенным испытанием для организма женщины, причем на фоне гормональных изменений могут возникать или обостряться некоторые заболевания. По мнению ряда авторов, беременность способствует возникновению злокачественных опухолевых процессов, кроме того, может наблюдаться малигнизация доброкачественных новообразований.

Наличие злокачественного новообразования у беременной всегда становится особой ситуацией, требующей оценки состояния женщины и плода и определения соответствующей тактики лечения. При выборе конкретного метода лечения в первую очередь учитываются интересы здоровья матери и лишь во вторую — плода. Чаще всего беременность прерывается, и лечение проводится согласно общим рекомендациям. Затруднение вызывают те случаи, когда женщина отказывается от прерывания беременности.

В связи с этим представляет интерес следующее клиническое наблюдение. Боль-

ная 3., 1973 года рождения, жительница Московской области, 04.06.2009 г. поступила в экстренном порядке в оториноларингологическую клинику МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского с диагнозом: злокачественное новообразование левой половины гортани (по клиническим данным); стеноз гортани II степени; беременность 21 нед.

При поступлении пациентка предъявляла **жалобы** на затруднение дыхания в покое и при незначительной физической нагрузке, охриплость, боль в горле при глотании, отдающую в левое ухо, плохой сон, связанный с затруднением дыхания.

Из **анамнеза** известно, что охриплость появилась в марте 2009 г. и постепенно прогрессировала. В апреле 2009 г. присоединились жалобы на боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо и затруднение дыхания при физической нагрузке. Лечилась у оториноларинголога в поликлинике по поводу хронического гипертрофического фарингита. В мае появилась одышка в покое. С подозрением на опухоль гортани пациентка была направлена в консультативно-диагностический отдел

Контактная информация: Свистушкин Валерий Михайлович, svvm@comtv.ru

МОНИКИ и затем госпитализирована в экстренном порядке. Больная курила в течение 6 лет по 1 пачке сигарет в день, но с декабря 2008 г. не курит. Работает лаборантом.

Состояние при поступлении средней тяжести. Больная в сознании, контактна. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Живот увеличен в размерах за счет беременной матки. Дыхание затрудненное, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Частота дыхания 36 в 1 мин. Область шеи не изменена. При пальпации симптом Мура отрицательный. При непрямой ларингоскопии левая половина гортани неподвижна. В области левой голосовой складки определяется новообразование с неровной поверхностью. Левый грушевидный синус не раскрывается. Голосовая щель шириной 2–3 мм. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

На рентгенограмме органов грудной клетки (04.06.2009) легочные поля без очагово-инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок не изменен. Корни легких структурны, не расширены. Сердце, аорта без особенностей. Диафрагма обычно расположена, синусы свободные.

Рентгеновская томография гортани (04.06.2009): надгортанник не изменен, правый грушевидный синус прослеживается, правая голосовая складка без патологических изменений (рис. 1). Слева голосовая складка утолщена, грушевидный синус и морганиев желудочек не дифференцируются. Подскладочный отдел сглажен. Рентгенологическая картина соответствует клиническим данным о наличии злокачественного новообразования левой половины гортани.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) малого таза (04.06.2009): живой плод в тазовом предлежании. Срок беременности 21 нед, предполагаемая масса плода 340 г. Признаки гипотрофии плода и пороки развития не обнаружены. Количество околоплодных вод нормальное. Плацента по задней стен-



Рис. 1. Рентгеновская томография гортани больной 3.

ке матки, толщиной 22 мм, I степени зрелости, без кальциноза. Ритм сердца плода правильный, 134 удара в 1 мин. Тонус миометрия нормальный. Шейка матки 4,5 см, внутренний зев закрыт. Заключение: беременность 21 нед. Патологии не выявлено.

Консультация акушера-гинеколога Московского областного НИИ акушерства и гинекологии (04.06.2009): живот увеличен в размерах за счет беременной матки, соответствующей 21 нед гестации. Матка при пальпации не возбудима. Сердцебиение плода выслушивается стетоскопом: ясное, ритмичное, 140 ударов в 1 мин. Выделения из половых путей светлые, слизистые. Заключение: беременность 21 нед. Противопоказаний для планируемых хирургических вмешательств нет.

В клинических анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено.

С учетом тяжести состояния больной 04.06.2009 г. по экстренным показаниям произведена **срединная трахеостомия**. Дыхание через трахеотомическую канюлю свободное.

При УЗИ (05.06.2009) патологии органов брюшной полости не выявлено. Щитовидная железа средних размеров, паренхима обычной эхогенности. Лимфатические узлы шеи лоцируются с обеих сторон, размерами справа до $12 \times 9 \times 5$ мм, слева до $13 \times 9 \times 4$ мм.



Рис. 2. Макропрепарат гортани.

05.06.2009 г. под местной аппликационной анестезией лидокаином произведена **фибрларингоскопия**: левая половина гортани неподвижна, просвет ее резко сужен на всех уровнях за счет выбухания левой половины гортани. Взята биопсия из разных точек левой боковой стенки гортани. Заключение гистологического исследования (10.06.2009): в поверхностно взятых биоптатах слизистой оболочки, высланной частично респираторным, частично многослойным плоским эпителием, признаки воспаления и дисплазии многослойного плоского эпителия с кератинизацией. Убедительных данных в пользу опухолевого процесса нет.

24.06.2009 г. в Главном военном клиническом госпитале им. Н.Н. Бурденко произведена **пункционная биопсия** новообразования гортани. Под местной инфильтрационной анестезией мягких тканей шеи под контролем УЗИ выполнена пункционная “гарпунная” биопсия новообразования иглой 18-го калибра. Из полученного материала приготовлены мазки для цитологического исследования. Участок ткани направлен на гистологическое исследование. Заключение гистологического исследования от 26.06.2009 г.: высокодифференцированный плоскоклеточный рак с явлениями

ороговения и инвазией до уровня гиалинового хряща.

Таким образом, в результате обследования был установлен **диагноз**: высокодифференцированный плоскоклеточный рак гортани, $T_3N_0M_0$. От предложенного прерывания беременности больная категорически отказалась. В связи с этим проведена повторная консультация акушера-гинеколога Московского областного НИИ акушерства и гинекологии и согласовано проведение ларингэктомии.

03.07.2009 г. под ингаляционным наркозом через трахеостому произведено хирургическое вмешательство — ларингэктомия. Выполнили языкообразный разрез с формированием кожного лоскута с основанием несколько выше подъязычной кости, после чего приступили к освобождению гортани снизу и с боков. На уровне 1–2-го кольца трахеи пересечены грудино-подъязычные и грудино-щитовидные мышцы. Пересечены мышцы глотки, прикрепляющиеся к гортани, затем мышцы, прикрепляющиеся к подъязычной кости сверху. Гортань полностью отсечена от трахеи. Нижний отдел гортани отделен от пищевода до уровня черпаловидных хрящей, на этом уровне вскрыта глотка. Гортань под контролем зрения в пределах здоровых тканей отделена от глотки и отсечена над подъязычной костью по дну валлекул. Произведен гемостаз, наложены швы на корень языка. Введен носопищеводный зонд и наложены швы на слизистую оболочку глотки, после чего сшиты между собой нижние сжиматели глотки справа и слева. Введены дренажные трубки, наложены швы на кожу.

При осмотре макропрепарата: опухолевый процесс поражает все три этажа левой половины гортани с распространением в левый грушевидный синус. Опухоль эндифитного роста, серого цвета, с бугристой поверхностью (рис. 2). Заключение гистологического исследования операционного

материала: опухоль удалена в пределах здоровых тканей.

Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением.

Оставшийся срок беременности протекал без осложнений, и в октябре 2009 г. пациентка родила здорового ребенка: рост при рождении 51 см, масса тела 3400 г. Пациентка находится под наблюдением в течение одного года. Рецидива опухоли не отмечено. Голосовая реабилитация при помощи пищеводного голоса. Ребенок развивается соответственно возрасту.

Рак гортани у беременных является редкой патологией: в отечественной литературе ранее описан лишь один подобный случай (Чумаков Ф.И., Парамонова Е.А., 1970). Обследование больных в таких ситуациях затруднительно, что накладывает определенный отпечаток на проведение дифференциальной диагностики и выработку

тактики ведения. В случае отказа больной от прерывания беременности требуется хорошее взаимодействие между врачами разных специальностей, что в данном случае обеспечило возможность проведения радикального лечения женщины и рождения здорового ребенка.

Рекомендуемая литература

- Чумаков Ф.И., Парамонова Е.А. Рак гортани у беременной // Вестн. оториноларингол. 1970. № 5. С. 113–114.
- Deitmer T. Pathogenesis of laryngeal cancer in women. A clinical and follow-up study // Laryngol. Rhinol. Otol. 1983. V. 62. № 2. P. 68–73.
- Ferlito A., Devaney S.L., Carbone A. et al. Pregnancy and malignant neoplasms of the head and neck // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1998. V. 107. № 11. Pt. 1. P. 991–998.
- Matschke R.G., Graber T., Panagiotopoulos A. A laryngeal cancer in pregnancy // Head Neck. Surg. 1994. V. 42. № 8. P. 505–508.

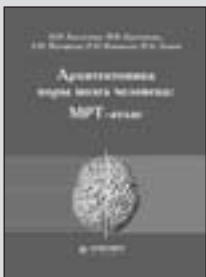
Cancer of Larynx in a Pregnant Woman

V.M. Svistushkin, K.S. Davudov, D.M. Mustafaev, K.V. Akopian, I.I. Najmudinov, and S.A. Kokoreva

A case of a 36 year 21-week pregnant female with a large laryngeal tumor is presented. A large squamous cell carcinoma of the left vocal cord was found spreading into the left pyriform sinus and infiltrated soft tissues of the thyroid cartilage. This co-existence of laryngeal cancer and pregnancy was associated with many problems, because any possible treatment of mother carried a high risk for fetus. Close cooperation between otorhinolaryngologist, obstetrician and anesthesiologist allowed to perform laryngectomy and to provide normal delivery later. One-year follow-up did not find tumor recurrence.

Key words: laryngeal cancer, pregnant female.

Книги Издательского холдинга “Атмосфера”



Архитектоника коры мозга человека: МРТ-атлас.

Авторы И.Н. Боголепова, М.В. Кротенкова,
Л.И. Малофеева, Р.Н. Коновалов, П.А. Агапов

Атлас посвящен макроскопии мозга человека на МРТ-изображениях в сагиттальных, коронарных и аксиальных направлениях, содержит оригинальные рисунки и фотоснимки. 216 с., ил.

Для нейрорентгенологов, неврологов, нейрохирургов, нейроанатомов, нейрофизиологов и других специалистов, интересующихся проблемой прижизненной нейроанатомии мозга.

Информацию по вопросам приобретения книг можно получить на сайте www.atmosphere-ph.ru или по телефону (499) 973-14-16.