



Таким образом, максимально позитивный результат при лечении наиболее осложненных форм гнойных синуситов был достигнут при использовании синус-катетера ЯМИК наряду со стандартным консервативным лечением.

Необходимо отметить, что за указанный период при лечении гнойных фронтитов и сфеноидитов нам удалось избежать оперативного вмешательства по экстренным показаниям благодаря применению синус-катетера ЯМИК.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заболевание носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия. / Г. З. Пискунов [и др.] – М.: Медицина 2003. – 203 с.
2. Козлов В. С., Марков Г. И. Новый метод диагностики и лечения параназальных синуситов с применением синус-катетеров ЯМИК // Вестн. оторинолар. 1993. – С. 32–35.
3. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: «Миклош» 2002. – 390 с.
4. Пискунов С. З., Пискунов Г. З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии: учебное пособие для врачей. М.: Медицина, 1991. – 48 с.
5. Плужников М. С., Блоцкий А. А., Денискин О. Н. Рентгенодиагностика в оториноларингологии. Л.: СПб, 1997. – 132 с.
6. Янов Ю. К., Рязанцев С. В. Принципы этиопатогенетической терапии острых синуситов. Методические рекомендации / – Санкт-Петербург, 2005 г., 40 с.
7. Local intensive treatment of poly and pansinusitis with using sinus-catheters YAMIK/ Kozlov V. S. [et al.] XI International symposium on Infection and Allergy of the Nose. – Roma, 1992. – P. 121–122.

Крайнюков Павел Евгеньевич, кандидат мед. наук, п-к м/с, начальник 1602 Окружного военного клинического госпиталя СКВО. 344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, 10. Тел.: 8-863-278-15-19, 8-863-277-25-46, т/факс 8-863-277-43-88, моб.: 8-928-212-33-59, E-mail: Krainukov68@mail.ru; **Мелконян Эдуард Рафикович**, кандидат мед. наук, п/п-к м/с, начальник ЛОР отделения 1602 Окружного военного клинического госпиталя СКВО. 344064, г. Ростов-на-Дону, ул. Дачная, 10. Тел.: 8-863-277-25-46, т/факс 8-863-277-43-88, моб.: 8-903-460-21-04, E-mail: edlor@mail.ru

УДК: 616. 22–006. 6: 618. 2

РАК ГОРТАНИ У БЕРЕМЕННОЙ

**В. М. Свистушкин¹, Х. Ш. Давудов², Д. М. Мустафаев¹, К. В. Акопян²,
И. И. Нажмудинов², С. А. Кокорева¹, С. Б. Цагадаева¹**

CANCER OF THE LARYNX IN A PREGNANT

**V. M. Svistushkin¹, K. S. Davudov², D. M. Mustafaev¹, K. V. Akopian²,
I. I. Najmudinov², S. A. Kokoreva¹, S. B. Tsagadaeva¹**

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

(Директор – З. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)¹

*ФФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России,
г. Москва*

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)²

Представлен клинический случай 36-летней беременной женщины с большой опухолью гортани. При первичном осмотре пациентка жаловалась на болезненное глотание и охриплость, которые беспокоили в течение более 6 месяцев. У больной беременность 21 неделя. Выявлен плоскоклеточный рак левой голосовой складки с распространением в левый грушевидный синус и инфильтрацией мягких тканей щитовидного хряща. Возникновение рака гортани у беременной женщины привело к большим сложностям, так как любое решение по поводу лечения у больной было связано с большим риском прямого последствия для плода. В частности, меж-

дисциплинарное сотрудничество требовалось между оториноларингологом, акушером и анестезиологом. Это привело к рождению здорового ребенка и счастливой матери после ларингэктомии.

Ключевые слова: рак гортани, беременная женщина.

Библиография: 4 источника.

The case of a 36 year-old pregnant female with a large tumor of the larynx is presented. At initial clinical examination the patient presented with a history of painful swallowing and hoarseness that had persisted for more than 6 months. The pregnancy was in its 21st week. A large squamous cell carcinoma of the left vocal cord was found that had spread into the left pyriform sinus and infiltrated soft tissues of the thyroid cartilage. The simultaneous occurrence of laryngeal cancer and pregnancy was associated with much concern, since decisions regarding treatment of the mother had possible direct consequences for the foetus. In particular, close interdisciplinary cooperation was required between the otorhinolaryngologist, obstetrician and anesthesiologist. This resulted in the birth of a healthy child and a happy mother after laryngectomy.

Key words: laryngeal cancer, pregnant female.

Bibliography: 4 sources.

Известно, что беременность является определенным испытанием для организма женщины, зачастую на фоне гормональных изменений могут возникать или обостряться некоторые заболевания. Так по мнению ряда авторов беременность способствует возникновению злокачественных опухолевых процессов, кроме того может наблюдаться малигнизация доброкачественных образований [1, 3, 4].

Наличие злокачественного новообразования у беременной всегда представляется особой ситуацией, требующей оценки состояния женщины и развивающегося организма, определения соответствующей тактики лечения. Однако, при выборе конкретного метода, в первую очередь учитываются интересы матери и лишь во вторую – плода. Чаще всего беременность прерывается, и лечение проводится согласно общим установкам [1, 2, 3]. Затруднение вызывают те случаи, когда мать отказывается от прерывания беременности.

В связи с этим представляет интерес следующее клиническое наблюдение.

Больная З., 1973 года рождения, жительница Щелковского района Московской области 04.06.2009 поступила в экстренном порядке в ЛОР-клинику ГУ МОННИКИ им. М. Ф. Владимирского с диагнозом: клинически злокачественное новообразование левой половины гортани. Стеноз гортани II степени. Беременность 21 неделя.

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

Из анамнеза известно, что охриплость появилась в марте 2009 года и постепенно прогрессировала. В апреле присоединились жалобы на боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо и затруднение дыхания при физической нагрузке. Лечилась у ЛОР-врача в поликлинике по поводу хронического гипертрофического фарингита. В мае появилась одышка в покое. С диагнозом злокачественное новообразование левой половины гортани (по клиническим данным), стеноз гортани II степени, беременность 21 неделя направлена в консультативно-диагностический отдел МОННИКИ. Больная госпитализирована в ЛОР-отделение ГУ МОННИКИ им. М. Ф. Владимирского в экстренном порядке.

При поступлении: состояние средней тяжести. Больная в сознании, контактна. Подкожная жировая клетчатка умеренно развита. Живот увеличен в размерах за счет беременной матки. Дыхание затрудненное, с втяжением уступчивых мест грудной клетки. ЧДД 36 в минуту. 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 2–3 мм. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Известно, что больная курила в течение 6 лет по 1 пачке в день, но с декабря 2008 года отказалась от этой привычки.



Профессия – лаборант на станции по борьбе с болезнями животных.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 04. 06. 2009 легочные поля без очагово-инфильтративных изменений. Сосудистый рисунок заметно не изменен. Корни легких структурные, не расширены. Сердце, аорта без особенностей. Диафрагма обычно расположена, синусы свободные.

На рентгеномограмме гортани от 04. 06. 2009: надгортанник не изменен, правый грушевидный синус прослеживается, правая голосовая складка без патологических изменений. Слева голосовая складка утолщена, грушевидный синус и Морганиев желудочек не дифференцируются. Подскладковый отдел сглажен. Рентгенологическая картина соответствует клиническим данным наличия злокачественного новообразования левой половины гортани (рис. 1).



Рис. 1. Рентгеномография гортани больной З., 1973 года рождения.

Левая голосовая складка утолщена, левый грушевидный синус и Морганиев желудочек не дифференцируются. Подскладковый отдел сглажен.

Ультразвуковое исследование малого таза от 04. 06. 2009: живой плод в тазовом предлежании. Срок беременности 21 неделя, предполагаемая масса около 340 гр. Признаки гипотрофии плода, а также пороки развития не обнаружены. Количество околоплодных вод нормальное. Плацента по задней стенке матки, толщиной 22 мм, I степени зрелости, без кальциноза. ЧСС плода ритмичная, 134 в минуту. Тонус миометрия нормальный. Шейка матки 4,5 см, внутренний зев закрыт. Заключение: беременность 21 неделя. Патологии не выявлено.

Консультация акушера-гинеколога Московского областного НИИ акушерства и гинекологии от 04. 06. 2009: живот увеличен в размерах за счет беременной матки, соответствующей 21 недели гестации. Матка при пальпации не возбудима. Сердцебиение плода выслушано стетоскопом: ясное, ритмичное, 140 ударов в минуту. Выделения из половых путей светлые, слизистые. Заключение: беременность 21 неделя. Противопоказаний для планируемых хирургических вмешательств нет.

При лабораторном обследовании отклонений в показателях крови и мочи не выявлено.

Учитывая жалобы, данные анамнеза и объективного осмотра, тяжесть состояния, больная 04. 06. 2009 по экстренным показаниям взята в операционную. Произведена срединная

трахеостомия. В просвет трахеи установлена трахеотомическая канюля фирмы «Rusch» №8. Дыхание через трахеотомическую канюлю свободное.

Результат ультразвукового исследования от 05. 06. 2009 : печень не увеличена в размерах, с ровными и четкими контурами. Эхогенность средняя, структура однородная, достоверно очаговых образований не определяется. Поджелудочная железа не увеличена. В проекции надпочечников патологических образований нет. В брюшной полости свободной жидкости нет. Достоверно измененных лимфатических узлов в брюшной полости не выявлено. Щитовидная железа средних размеров, правая доля – 14x15x40 мм, левая доля 13x14x39 мм, паренхима обычной эхогенности. Осмотрены шейные лимфатические узлы: лоцируются лимфатические узлы шеи с обеих сторон размером справа до 12x9x5 мм, слева до 13x9x4 мм.

05. 06. 2009 под местной аппликационной анестезией (Лидокаин 2% “ 2 мл) произведена фиброларингоскопия: левая половина гортани не подвижна, имеется резкое сужение просвета гортани на всех уровнях за счет выбухания левой половины гортани. Произведено взятие биопсии новообразования из разных точек левой боковой стенки гортани.

Заключение гистологического исследования (№22961/65 от 10. 06. 09): в поверхностно взятых биоптатах слизистой оболочки, высланной частично респираторным, частично многослойным плоским эпителием, признаки воспаления и дисплазии многослойного плоского эпителия с кератинизацией. Убедительных данных за опухолевый процесс нет.

24. 06. 2009 в отделении ультразвуковой диагностики Главного военного клинического госпиталя им. Н. Н. Бурденко произведена пункционная «гарпунная» биопсия новообразования гортани слева. Под местной инфильтрационной анестезией мягких тканей шеи в области пункции (Лидокаин 2% “ 4 мл) под контролем УЗИ выполнена пункционная биопсия иглой 18 калибра новообразования левой половины гортани. Из полученного материала приготовлены мазки для цитологического исследования. Участок ткани направлен на гистологическое исследование.

Заключение гистологического исследования (№25261/62 от 26. 06. 09): высокодифференцированный плоскоклеточный рак с явлениями ороговения и инвазией до уровня гиалинового хряща.

Таким образом, после обследования был поставлен диагноз: высокодифференцированный плоскоклеточный рак гортани, T3N0M0.

Больная от предложенного прерывания беременности категорически отказалась. В связи с этим, проведена повторная консультация акушера-гинеколога Московского областного НИИ акушерства и гинекологии 03. 07. 2009 и получено разрешение о проведении ларингэктомии.

03. 07. 2009 под общей анестезией через трахеостому произведено хирургическое вмешательство: ларингэктомия. Выполнен 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 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. Макропрепарат: при осмотре – опухолевый процесс поражает все три этажа левой половины гортани с распространением в левый грушевидный синус. Опухоль эндофитного роста, серого цвета, с бугристой поверхностью (рис. 2).



Рис. 2. Макропрепарат.

Опухолевый процесс поражает все три этажа левой половины гортани с распространением в левый грушевидный синус. Опухоль эндофитного роста, серого цвета, с бугристой поверхностью.

Заключение гистологического исследования операционного материала: опухоль удалена в пределах здоровых тканей.

Послеоперационный период без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Оставшейся срок беременности – без осложнений

Больная в октябре 2009 года родила здорового ребенка. При рождении у ребенка рост 51 см, вес 3400 г.

Больная находится под наблюдением в течение года. Рецидива опухоли не отмечено. Головова реабилитация при помощи пищеводного голоса. Ребенок растет соответственно возрасту, без отклонений от средних показателей.

Особенность данного клинического наблюдения заключается в нескольких аспектах: рак гортани у беременных – редкая патология. По данным отечественных авторов описан лишь один подобный случай [1]. Кроме того, обследование больных в таких ситуациях затруднительно, что накладывает определенный отпечаток на постановку диагноза, проведение дифференциальной диагностики и определения тактики ведения. В случае отказа больной от прерывания беременности требуется синхронное взаимодействие между врачами разных специальностей. В данном конкретном случае это обеспечило в дальнейшем рождение здорового ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

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

Свиштушкин Валерий Михайлович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8-495-631-08-01; Моб.: 8-916-667-96-09. Email: svvm@comtv.ru; **Давудов Хасан Шахманович**, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 15». Тел.: 8-(495)-190-08-12; **Мустафаев Джаваншир Мамед оглы**, кандидат медицинских наук, научный сотрудник ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8-495-631-08-01; Моб.: 8-926-564-35-93. Email: mjavanshir@mail.ru; **Акопян Карен Валерьевич**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России», г. Москва, 123098, ул. Гамалеи, 15. Тел.: 8-495-190-08-12; **Нажмудинов Ибрагим Исмаилович**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России». 123098, г. Москва, ул. Гамалеи, 15. Тел.: 8-495-190-08-12; **Кокорева Светлана Анатольевна**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8-495-631-08-01; **Цагадаева Саяна Баторовна**, младший научный сотрудник ЛОР-клиники ГУ МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского. 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2. Тел.: 8-495-631-08-01. Email: mjavanshir@mail.ru