

## СПОСОБ ДВУСТОРОННЕЙ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ ПРИ T2N1M0

*Д.А. Ниязалиева*

---

Проведен анализ функциональной и терапевтической состоятельности двусторонней переднебоковой резекции гортани при первичном раковом поражении голосовых складок указанного органа. Представлен случай из практики.

*Ключевые слова:* рак гортани; двусторонняя переднебоковая резекция гортани.

**Введение.** Рак гортани – одно из тяжелейших заболеваний. Относительная частота его регистрации среди всех злокачественных новообразований человека колеблется в разных странах в пределах 2–8 % [1–3].

Опухоль, первично локализующаяся на голосовой складке, чаще всего появляется в ее передних 2/3. При T1 и T2 ее развития в органе она может не доходить вглубь до внутренней надхрящницы пластинки щитовидного хряща, а может достигать ее при сохраненной подвижности черпаловидного хряща чаще всего в пределах передней 1/4 и 1/3 пластинки.

Кроме того, при такой локализации в подавляющем большинстве случаев она не распространяется на противоположную сторону и редко

метастазирует в лимфоузлы шеи. Это обусловлено наличием соединительно-тканной перемычки между двумя половинами гортани в комиссуре и отсутствием развитого лимфосудистого строения в голосовой складке.

Отмеченная патоморфологическая характеристика рака голосовой складки в ранних стадиях развития должна приниматься во внимание, когда речь идет о границах иссечения злокачественной опухоли в пределах здоровых тканей. В свою очередь это позволяет планировать использование щадящих органосохраняющих операций типа хордэктомии, боковой и переднебоковой резекций [4–6].

Рак голосовой складки при T1 и T2 развития опухоли в органе имеет одностороннюю локализацию и распространяется на противоположную

сторону при T3 и T4 развития опухоли, т.е. когда органосохраняющую операцию выполнить не представляется возможным. Однако исключить двустороннюю раннюю локализацию рака гортани невозможно, поскольку предраковые изменения в гортани имеют распространенный характер. Следовательно, первичный рак может появиться с двух сторон. К счастью, такая ситуация является исключительной редкостью. На нашем материале двусторонний первичный рак голосовой складки в ранней стадии развития был зарегистрирован только у одного больного. Во всех других случаях, когда при боковой локализации рака он имел двустороннюю локализацию, это было следствием перехода ракового инфильтрата с противоположной стороны, и он представлял единый инфильтрат с элементами распада и пенетрацией вглубь, более выраженной со стороны первичной локализации.

Однако в одном вышеуказанном наблюдении опухолевый инфильтрат располагался на передней 1/3 голосовых складок с 2-х сторон, а комиссура на узком участке была от него свободна. При такой ситуации было решено выполнить двустороннюю переднебоковую резекцию гортани.

Отличительной особенностью этого хирургического вмешательства является продольное рассечение пластинки щитовидного хряща с двух сторон на расстоянии не менее одного 1 см от средней линии. После этого вскрывается просвет трахеи над верхним краем дуги перстневидного хряща. Появившееся отверстие может сохранить дыхание при двусторонних внутриоперационных хирургических манипуляциях и осуществить блокаду чувствительной ветки возвратного гортанного нерва. Затем с двух сторон через продольные разрезы от пластинок щитовидного хряща отсепааровывается внутренняя надхрящница и освобожденная часть осматривается на предмет прорастания опухолевого инфильтрата. При его отсутствии следует продолжение хирургического вмешательства. Для этого захватываем нижний край передней стенки трахеи постепенно поднимая конгломерат удаляемых тканей вначале сверху, под визуальным контролем осуществляем рассечение слизистой оболочки вместе с внутренней надхрящницей вначале в глубину, а затем вдоль задних краев, отступив от опухоли на необходимое расстояние. Для улучшения визуального контроля на этом этапе операции мы с помощью ранорасширителей Фарабефа отводим в стороны пластинки щитовидного хряща и каждый раз получаем дополнительную часть видимой слизистой оболочки с двух сторон. После того как достигнем верхнего края пластинок продолжаем рассечение с двух сторон по уровню верхнего края пластинок

и заканчиваем отсечением удаляемого конгломерата вместе с передним углом щитовидного хряща.

Операцию заканчиваем двусторонней мобилизацией кожных лоскутов и подшиванием их с двух сторон к краю оставшейся слизистой оболочки. В итоге формируется ларингостома, которую в нашем наблюдении закрыть не представлялось возможным, поскольку дыхание естественным путем было недостаточным. Что касается фонаторной функции, то она была достаточно громкой и понятной, когда больной закрывал ларингостому двумя пальцами (большим и указательным). Проблемы с разделительной функцией не было.

Приводим наше единственное наблюдение с двусторонней переднебоковой резекцией.

**Больной П-кий Н., 62 г. (ИБ №19487/1079), поступил в ЛОР-клинику 04.07.2007 г. с диагнозом: Новообразование гортани. Стеноз гортани I ст.**

*Жалобы на осиплость голоса, чувство инородного тела в горле, першение, затруднение дыхания через естественные дыхательные пути. Из анамнеза выяснилось, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 1 месяца после приема холодного пива, осиплость голоса стала нарастать постепенно. Известно, что больной курит с 12 лет (Беломор, LM).*

*При ларингоскопии оба черпаловидные хрящи не изменены и подвижны. На голосовых складках определяются новообразования большого размера справа, но не достигающие вокальных отростков. Голосовая щель просматривается, но ее просвет во время дыхания частично заполняется опухолевым образованием.*

**Результат биопсии – плоскоклеточный неороговевающий рак.**

*Данные УЗИ от 10.07.07 г. определяют увеличенные шейные л/у с сохраненной структурой: верхнеаремные справа до 23×10,3 мм, слева до 22×6,3 мм, среднеаремные до 21×3,2 мм, справа до 16,9×4,6 мм, нижнеаремные справа 12×2,6 мм, слева 12×2,5 мм. Заключение – данные за неметастатическую лимфаденопатию.*

*11.07.07 г. произведена операция – двусторонняя переднебоковая резекция гортани по описанной методике с иссечением клетчатки шеи по фасциально-футлярной методике.*

**Результат гистологического анализа макропрепарата – плоскоклеточный неороговевающий рак.**

*В послеоперационном периоде получил описанную лекарственную терапию. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Ларингостомы зияет, дыхание через нее осуществляется свободно. Питание через естественные пути осуществляется свободно.*



Рисунок 1 – Фото б-го П-кий, 72 лет после 2 ст. переднебоковой резекции и 2 ст. лимфонодулэктомии через 5 лет после операции



Рисунок 2 – Фото б-го П-кий, формирование голоса с закрытием щели на шее

30.07.2007 г. больной выписывается домой с улучшением.

**Больной повторно поступил в ЛОР-клинику 09.03.2011 г. (ИБ №7300/487) с диагнозом состояние после двусторонней переднебоковой резекции гортани. Метастазы в лимфоузлы шеи справа.**

Жалобы при поступлении на опухолевидное образование в области шеи справа, наличие стойкой ларингостомы на передней поверхности шеи, боль в правой половине шеи.

Около 2-х месяцев назад отметил появление увеличенных лимфоузлов шеи справа.

Локально на передней поверхности шеи имеется ларингостома, состоятельная, без признаков возврата болезни. В правой подчелюстной области и в средней трети кивательной мышцы пальпируются увеличенные лимфоузлы, малоподвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена.

**УЗИ** л/у шеи от 13.03.2011 г. – данные за метастатическое поражение среднежаремных л/у, подбородочных л/у справа.

16.03.2011 г. произведена операция – повторная лимфонодулэктомия шеи справа.

Послеоперационная рана на шее зажила первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки.

29.03.2011 г. больной выписывается домой с улучшением состояния.

Нами в одном случае была выполнена органосохраняющая операция на гортани с первичной

двусторонней локализацией патологического процесса с частичным сохранением жизненно важных функций гортани. Больной в настоящее время жив. Дыхание комбинированное: естественным путем и через ларингостому. Прием пищи и жидкости без затруднений. Говорит громко и понятно при закрытой ларингостоме. Признаков возврата болезни на момент осмотра нет (рисунки 1, 2).

#### Литература

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. 4-е изд. М.: Медицина, 2000. 480 с.
2. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. М., 2008. 720 с.
3. Ganly I. Analysis of postoperative complications of open partial laryngectomy / I. Ganly, S. G. Patel, J. Matsuo et al. // Head Neck. 2009. Vol. 31. № 3. P. 338–45.
4. Огольцова Е.С. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани / Е.С. Огольцова, Е.Г. Матякин. М.: Медицина, 1989. 224 с.
5. Фейгин Г.А. Функциональные задачи органосохраняющей хирургии рака гортани / Г.А. Фейгин // Вестник оториноларингологии. 1975. № 3. С. 88–92.
6. Barbosa M.M. Anterior vocal commissure invasion in laryngeal carcinoma diagnosis / M.M. Barbosa, V.J. Jr. Araújo, E. Boasquevisque et al. // Laryngoscope. 2005. Vol. 115. № 4. P. 724–30.