

---

## СПОСОБ НИЖНЕЙ ПЕРЕДНЕБОКОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПОДСКЛАДКОВОГО ПРОСТРАНСТВА

Д.А. Мактыбаева

Международная Высшая Школа медицины, Бишкек, Кыргызстан

На нашем клиническом материале из 533 больных с заболеванием гортани ларингэктомия была произведена в 387 (73%) случаях, различные виды органосохраняющей хирургии — у 146 (27%) больных. В одном из 4-х случаев, когда злокачественный процесс при стадии T1 располагался в подскладковом пространстве, подтвержденный патоморфологически, выполнение ларингэктомии было неизбежным. В этом случае нам удалось произвести нижнюю переднебоковую резекцию гортани в щадящем варианте с формированием трахеостомы и с частичным сохранением жизненно важных функций гортани: дыхательной, разделительной, фонаторной.

**Ключевые слова:** рак гортани, резекция гортани, нижняя переднебоковая резекция, трахеостома

Рак гортани — одно из тяжелейших заболеваний. Относительная частота регистрации среди всех злокачественных новообразований человека колеблется в разных странах в пределах 1—6% [1—3]. В Кыргызстане на 2011 г., по нашим данным, она равна 1,2%.

Как известно, первичная локализация рака в подскладковом пространстве встречается редко [2—6]. Обычно диагностируется в то время, когда появляется клиника стеноза, изменения голоса, т.е. в период развития неоплазмы. Характеризуется агрессивностью и высокой вероятностью распространения за пределы гортани [5].

**Цель:** улучшить результаты и функциональную надежность хирургического лечения рака гортани с локализацией в подскладковом пространстве на ранних стадиях его развития.

**Задачи:** отработать технические особенности нижней переднебоковой резекции гортани при первичной локализации ракового инфильтрата в подскладковом пространстве гортани.

**Материалы и методы.** За период с 1992 по 2011 г. в клинике ЛОР-ХГШ, расположенной на базе Национального Госпиталя (НГ) при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, по поводу рака гортани получили хирургическое лечение в общей сложности 533 больных. Из них ларингэктомия, в том числе по радикальной хирургической программе, была произведена в 387 (73%) случаях, различные варианты органосохраняющей хирургии — у 146 (27%) больных.

На нашем клиническом материале локализация злокачественного процесса в подскладковом пространстве была распознана только в 4 наблюдениях. У них, за исключением только одного больного, опухоль поражала большую часть указанного пространства и на этом уровне суживала просвет органа, что обуславливало клинику стеноза.

Разумеется, что некоторым больным по экстренным показаниям пришлось сделать трахеостомию, а затем после окончательной патоморфологической верификации патологии ларингэктомии.

В одном наблюдении раковый инфильтрат в стадии T1 был ограничен передними отделами подскладкового пространства и диагноз был подтвержден патоморфологическим исследованием.

При таком развитии процесса мы не смогли решиться на инвалидизирующее хирургическое вмешательство и произвели этому больному левосторонний нижний вариант переднебоковой резекции гортани с формированием трахеостомы.

Использованная нами методика выполнения нижней переднебоковой резекции гортани, несмотря на то, что она была выполнена только у одного больного, может представлять определенный интерес.

Операция выполнялась по широко использованной нами комбинированной анестезией, включающей инфильтрационную блокаду верхнего и чувствительной ветви возвратного гортанных нервов и нейролептанальгией (НЛА).

После срединного послойного разреза кожи с обнажением переднего угла и левой пластинки щитовидного хряща вскрывают гортань вдоль продольного разреза с противоположной стороны пластинки и дуги перстневидного хряща. При осмотре внутренней поверхности гортани были визуально уточнены определяемые границы опухоли, которые были расположены в передней  $1/2$  половины подскладкового пространства, и ее нижний край на этом уровне доходил до верхнего края перстневидного хряща. Результаты осмотра позволили наметить линии рассечения пластинки щитовидного и перстневидного хрящей. Первая была произведена по направлению кзади над уровнем голосовой складки, вторая — с тем же направлением по средней линии дуги перстневидного хряща до перехода его в печатку. Затем по задней линии на уровне основания вокального отростка (в пределах здоровых тканей) продольным рассечением на всю глубину была рассечена задняя часть удаляемого конгломерата, включающая пораженную часть подскладкового пространства, вместе с нижней прилегающей частью пластинки щитовидного хряща и верхней половины дуги перстневидного хряща. Окончательное удаление пораженного отдела гортани с наружной стороны осуществляли диатермокоагуляцией, с глубоким проникновением через щитоперстневидную мембрану. Учитывая, что подскладковое пространство имеет в гортани самый малый диаметр просвета, перед ушиванием раны в данном случае наглухо больному была сформирована стойкая бесканюльная трахеостома на уровне 2—4 полукольца трахеи.

Послеоперационный период протекал гладко, рана зажила, сформированная трахеостома сохранилась и не требовала введения трахеоканюли. При ларингоскопии голосовая щель суженная и имеет неправильную треугольную форму. Контурируется укороченная правая голосовая складка, противоположная к ней стенка имеет рубцовый вид. При фонации сохранившаяся голосовая складка к ней приближается, и при закрытой трахеостоме больной говорит. Голос хриплый, но слова произносятся понятно. Общение с ним свободное. При глотании разделительная функция сохранена. Дыхание в покое свободное, при физической нагрузке слегка затрудненное. При закрытии трахеостомы на длительное время дыхание через естественные пути не затруднено. Через три месяца ему было произведено ушивание трахеостомы.

Больной через месяц после закрытия трахеостомы заболел ОРВИ, было назначено консервативное противовоспалительное лечение. В связи с продолжающимся затруднением дыхания было решено сформировать стойкую бесканюльную трахеостому. В настоящее время больной жив, возврата болезни не обнаружено.

**Заключение.** При T1 стадии развития опухоли в подскладковом пространстве нам удалось выполнить переднебоковую резекцию гортани в нижнем ее варианте. И хотя она была сделана только у одного пациента, тем не менее она заслуживает внимания, поскольку эта операция по своему замыслу и технике выполнения является новой. И о ней, как нам кажется, нужно помнить, причем несмотря на то, что потребность в ней может возникнуть очень редко. Это связано с тем, что эта первичная локализация опухоли гортани относится к редкой и диагностируется обычно в то время, когда появляется клиника стеноза, т.е. в тот период развития неоплазмы, когда органосохраняющее хирургическое вмешательство противопоказано. Несмотря на единичный случай выполнения переднебоковой резекции гортани в нижнем ее варианте, нам удалось избежать ларингэктомии, и также частично сохранить жизненно важные функции гортани.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

- [1] Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 4-е изд. М.: Медицина, 2000.
- [2] Фейгин Г.А. Хирургический этап лечения рака гортани с топографопатологическим обоснованием, послеоперационной терапией и функциональной реабилитацией. Бишкек, 2015.
- [4] Чиссов В.И., Дарьялова С.Л. Онкология. Клинические рекомендации. М., 2008.
- [5] Фуки Е.М., Куликов И.О., Аразов Р.С. Функционально-щадящая методика нижней резекции при злокачественных опухолях гортани // Российская оториноларингология. 2006. № 2. С. 78—81.
- [6] Erdamar B., Süoğlu Y., Emin A.H. et al. Primary carcinoma of the subglottic larynx // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2002. Vol. 9. № 3. P. 198—202.
- [7] Garas J., McGuirt W.F.Sr. Squamous cell carcinoma of the subglottis // Am. J. Otolaryngol. 2006. Vol. 27. № 1. P. 1—4.

## **METHOD OF LOWER ANTEROLATERAL RESECTIONS ON PRIMARY CARCINOMA OF THE SUBGLOTTIC LARYNX**

**Мактыбаева Д.А.**

International Medical School, Bishkek, Kyrgyz Republic

In our clinical materials among 533 patients with cancer of the larynx, laryngectomy were performed at 387 (73%) of cases, various kind of the organ-save operations — at 146 (27%) patients. In 4 cases malignancy tumors were located in subglottic larynx. In one cases at the T1 stages of the tumors confirmed

by pathomorphologically among 4 patients the left lower anterolateral resections of the larynx with formations of the tracheostomy had done and preservation the vital functions of the larynx: respiration, separation, phonation. In other cases laryngectomy had been done.

**Key words:** laryngeal cancer, laryngeal resection, lower anterolateral resections of the larynx, tracheostomy

## REFERENCES

- [1] Paches A.I. Tumors of the head and neck. 4th ed. M.: Medicine, 2000 (in Russian).
- [2] Feygin G.A. A surgical stage of a cancer therapy of the larynx with topographopatological justification, postoperative therapy and functional rehabilitation. Bishkek, 2015 (in Russian).
- [3] Chissov V.I., Daryalova S.L. Oncology. Clinical recommendations. M., 2008 (in Russian).
- [4] Fuki E.M., Kulikov I.O., Arazov R.S. The functional sparing technique of the lower resection at malignant tumors of a throat // Russian otorhinolaryngology. 2006. № 2. P. 78—81 (in Russian).
- [5] Erdamar B., Süoğlu Y., Emin A.H. et al. Primary carcinoma of the subglottic larynx // Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2002. Vol. 9. № 3. P. 198—202.
- [6] Garas J., McGuirt W.F.Sr. Squamous cell carcinoma of the subglottis // Am. J. Otolaryngol. 2006. Vol. 27. № 1. P. 1—4.