

ОБ УДАЛЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ В ГОРТАНИ ПО НЕОТЛОЖНЫМ ПОКАЗАНИЯМ

Ассистент Е. Н. МЕДВЕДСКИЙ

Из кафедры оториноларингологии (заведующий — доцент
Г. М. Смердов) Витебского медицинского института

Д., 55 лет, поступила в отделение областной клинической больницы с жалобами на затрудненное дыхание и охриплость. Больная наблюдалась врачами города Полоцка. В 1950 г. впервые было отмечено наличие новообразования в виде выпячивания слизистой, величиной с горошину. На протяжении 1951 и 1952 гг. Д. находилась под наблюдением специалистов. Новообразование увеличивалось медленно. От хирургического вмешательства больная отказывалась, поскольку ее беспокоила только осиплость, наступающая время от времени. Спустя два года новообразование занимало половину просвета подвязочного пространства и расценивалось врачами как доброкачественное; такое же заключение было дано и в Ленинграде, куда больная направилась на консультацию. Ввиду отсутствия серьезных расстройств, она на протяжении полутора лет не показывалась врачам.

С начала 1955 года больная стала чувствовать затруднение дыхания, появились приступы удушья. При ларингоскопии в подвязочном пространстве определялось новообразование с гладкой поверхностью, покрытое неизъязвленной слизистой, вишневого цвета, занимающее 2/3 просвета подвязочного пространства. Подвижность гортани не нарушена, отмечалась гипертрофия задних концов обеих нижних носовых раковин. Со стороны других внутренних органов патологии не отмечалось. Ввиду отказа от хирургического вмешательства больная выписана домой с диагнозом — доброкачественная опухоль гортани.

25 декабря 1955 года, вследствие наступившего удушья, больной экстренно была произведена трахеотомия, после чего она поступила в клинику для дальнейшего обследования и лечения. Ларингоскопия: ниже истинных голосовых связок определяется гладкое, покрытое неизъязвленной слизистой новообразование, занимающее весь просвет подвязочного пространства. Хорошо подвижные истинные голосовые связки смыкаются при фонации над новообразованием. Диагноз — опухоль гортани. С согласия больной назначена операция. После анестезии, зондом установлено, что опухоль исходит из задней стенки гортани и расположена на широком основании. Попытка удалить новообразование эндоларингеально при помощи петли оказалась безуспешной. Исследование опухоли зондом вызвало значительное кровотечение, которое постепенно прекратилось самостоятельно. В тот же день больная почувствовала себя плохо, начала задыхаться, метаться в постели. Кожные покровы холодные на ощупь, дыхание поверхностное, 32 в минуту; пульс 106, ритмичный, слабого наполнения. При ларингоскопии (в кровати) виден сгусток крови в области входа в гортань. Через трахеотомическую трубку при кашле изливается свежая кровь. Несмотря на принятые меры (хлористый кальций и витамин К внутрь, трансфузия 75 мл консервированной крови), кровотечение не прекратилось. Решено неотложно произвести хирургическое вмешательство — удаление кровоточащего новообразования (оперировал доцент Г. М. Смердов).

Местная инфльтрационная анестезия 0,5-проц. раствором новокаина — 140 куб. см. Разрез по средней линии шеи от уровня подъязычной кости до трахеостомы. Обнажается гортань и два верхних кольца трахеи. С целью наименьшей травмы решено удалить новообразование посредством коникотомии. К сожалению, из сделанного в

конической связке поперечного разреза удалить кровоточащую опухоль, находящуюся на задней стенке гортани на уровне перстневидного хряща и имеющую большие размеры (1 x 1,5 см), не удалось. Производится ларингофиссура, после чего ставится хорошо обозримой вся опухоль, нижние отделы которой, не видимые при ларингоскопии, крупнобугристы. Новообразование удаляется с помощью полипной петли, а его основание подвергается массивной гальванокаустике. Кровотечение прекратилось. Наложены на надхрящницу и коническую связку кетгутовые швы укрепляются мышечными пучками. Швы на мягкие ткани шеи. Трахеотомическая трубка, повязка. Операцию больная перенесла удовлетворительно. Микроскопическое исследование удаленной опухоли показало картину аденокарциномы. На десятый день после операции сняты швы. На седьмой день после операции больная начала свободно дышать при закрытой трахеотомической трубке, появился звучный голос, а спустя месяц деканюлировака. Контрольная биопсия участков отечной слизистой показала полное отсутствие элементов злокачественной опухоли.

Небезынтересно отметить затруднения в диагностике. Медленный рост опухоли, внешний ее вид и длительность заболевания указывали на доброкачественность процесса. Отсутствие кардинального симптома ракового поражения гортани — неподвижности или ограничения подвижности ее при фонации — также оказало свое влияние на диагностику. Кратковременность наблюдения больной при ее первом пребывании в стационаре не позволила провести всестороннее обследование (не была произведена биопсия). При повторной госпитализации не был учтен и оценен очень важный признак — ускорение роста опухоли; за очень короткий промежуток времени (1,5 месяца) опухоль, занимавшая $\frac{2}{3}$ просвета подсвязочного пространства гортани, увеличилась настолько, что полностью закрыла просвет и вызвала необходимость произвести неотложную трахеотомию. Недооценка этого момента обусловила нашу попытку произвести удаление опухоли эндоларингеально. Когда же опухоль стала кровоточить после исследования зондом, у нас появилось подозрение на злокачественный характер новообразования. Макроскопическая картина удаленной опухоли (бугристость нижних отделов) и внешний вид основания подкрепили наше суждение. По этой причине ложе новообразования было подвергнуто массивной гальванокаустике.

В приведенном наблюдении нельзя с достоверностью говорить о каких-либо изменениях гистологической структуры опухоли, так как в более ранний период заболевания (3—4 года тому назад) биопсия не производилась, но зато можно было думать об озлокачествлении новообразования. На протяжении многих лет клиническое течение заболевания было весьма благоприятным, и только в последние месяцы рост опухоли стал настолько быстрым, что привел к расстройству жизненно важных функций. Рассматриваемое наблюдение подтверждает правильность того взгляда, что любое новообразование гортани, независимо от того, как оно протекает, должно быть удалено и подвергнуто тщательному гистологическому исследованию (при больших опухолях, которые не представляется возможным удалить полностью эндоларингеально, необходима биопсия).

Тиреотомия и ларингофиссура, как методы радикального хирургического вмешательства при раке гортани, произведенного по экстренным показаниям, являются вполне оправданными при малой распространенности процесса и сохранении подвижности голосовых связок.

В случаях, затруднительных для диагностики поражений гортани, особое значение следует придавать ускорению роста опухоли.

Особый интерес представляет собой то обстоятельство, что удаление опухоли производилось по неотложным показаниям, в связи с возникшей опасностью аспирационной асфиксии.
