

УДК 616.22-006.6-033.2:617.571.5

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, В.В. ГАЕВСКИЙ, И.Е. ЧЕРНЫШОВА, М.А. ВАРЕШКИНА***РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА  
ГОРТАНИ В ПОДМЫШЕЧНУЮ ЗОНУ***Каф. оториноларингологии (зав. – проф. С.М. Пухлик)  
Одес. гос. мед. ун-та (ректор – акад. В.Н. Запорожан)*

Удельный вес количества наблюдений злокачественных опухолей гортани составляет 1-8% от общей онкологической заболеваемости [1, 3-5] и приблизительно 60% от всех злокачественных опухолей ЛОР-органов. В Одесской области ежегодно впервые устанавливается диагноз рака гортани у 300 пациентов. Из них свыше 60%, как правило, поступают с T<sub>3-4</sub> стадией, т.е. когда имеется поражение двух и более этажей гортани с фиксацией одной или обеих голосовых складок.

Для рака вестибулярного отдела гортани или подголосовой полости присуще неблагоприятное клиническое течение, обусловленное высоким процентом регионарного метастазирования (40-75%) [1, 3]. Раннее и часто встречающееся метастазирование в регионарные лимфатические узлы обусловлено анатомическими особенностями гортани и зависит от степени распространения новообразования, его гистотипа и формы роста.

По данным онко-ЛОР-отделения, примерно у 60% обследованных на момент установления диагноза опухоли гортани уже имелись метастазы в регионарные лимфоузлы, причем вестибулярная локализация определена в 60% случаев, поражение подголосовой полости – в 12% [3].

Продолжительность жизни больных раком гортани зависит от своевременной диагностики, степени агрессивности процесса, способа лечения. Средняя продолжительность жизни пациентов с метастазами в регионарные лимфоузлы составляет 12-15 мес. По данным онко-ЛОР-отделения, за

последние 4-5 лет средняя продолжительность жизни этой категории больных увеличилась до 60 и более месяцев за счет широкого внедрения комбинированного способа с пролонгированной терапией сопровождения на этапах лечения и наблюдения [3].

По данным литературы, при раке гортани наблюдается чаще всего метастазирование в регионарные лимфатические узлы шеи, реже - в легкие, щитовидную железу, трубчатые кости и другие органы [1-3].

В отечественной и зарубежной литературе мы не встречали данных о метастатическом поражении клетчатки подмышечной области.

В августе 2007 г. мы впервые встретились с этой редкой формой метастазирования, в связи с чем приводим данное наблюдение.

Больной А., 70 лет, поступил впервые в онко-ЛОР-отделение в ноябре 2006 г. с жалобами на охриплость голоса и наличие опухолевидного образования в подбородочной области. Патологогистологическая верификация опухоли правой голосовой складки гортани: умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак со склонностью к орогованию №17325-34. Пациенту предложен комбинированный способ лечения в виде резекции гортани с одномоментным иссечением опухолевидного образования (липома) подбородочной области, вторым компонентом должна быть лучевая терапия как послеоперационный курс на область гортани и зоны метастазирования. От предложенного комбинированного лечения

с проведением хирургического вмешательства на первом этапе больной категорически отказался. После консультации у радиолога и химиотерапевта ему назначена химио-лучевая терапия: СОД 68 Гр. + 5-фторурацил 500 мг на 1м<sup>2</sup> площади тела больного за 2 ч до облучения в качестве синхронизатора клеточного цикла и метрагил - 500 мг (100 мл) в виде внутривенного введения в качестве модификатора лучевой терапии. Лечение пациент перенес удовлетворительно с регрессией опухоли более 50%, выписан из отделения с продолженным ростом.

На контрольные осмотры он не являлся. Через 7 мес больной госпитализирован в онко-ЛОР-отделение со стенозом гортани. В ургентном порядке у него произведена нижняя трахеотомия (рис. 1). На рис. 1 – внешний вид пациента, у которого определяется опухолевидное образование в подбородочной области и имеется трахеостомическая канюля.



Рис. 1. Внешний вид больного на 2-й день после трахеотомии.

Детальное обследование больного показало, что опухоль поражала уже три этажа гортани. На расширенную ларингэктомию он дал согласие. В июне 2007 г. одномоментно произведено иссечение опухолевидного образования подбородочной области (рис. 2) и расширенная ларингэктомия по ниже-верхне-боковому варианту (рис. 3). Патологогистологическое заключение: умеренно дифференцированный рак со склон-

ностью к ороговению №9966-69 б. Учитывая период времени (8 мес) после лучевого лечения по поводу рака гортани, пациенту назначена с профилактической целью лучевая терапия до 32,0 Гр на зоны регионарного метастазирования с терапией сопровождения. Больной выписан под наблюдение в удовлетворительном состоянии.



Рис. 2. Удаленное опухолевидное образование подбородочной области.

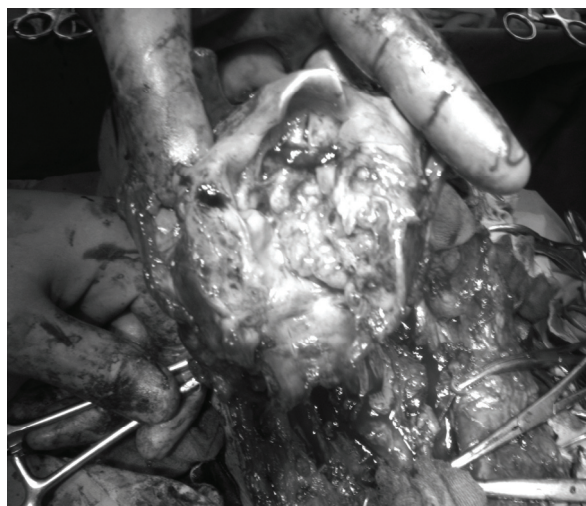


Рис. 3. Макропрепарат удаленной гортани по комбинированному варианту

Через 1 месяц пациент предъявил жалобы на наличие опухолевидного образования в подмышечную область справа (рис. 4). При пальпации это новообразование было плотное, подвижное, безболезненное, размером больше 3 см. Со слов больного, оно появилось 2 нед тому назад.



Рис. 4. Опухолевидное образование в подмышечной области и сформированная трахеостома после ларингэктомии.

Ультразвуковое сканирование подмышечной области визуализировало опухолевидное образование размером 32x34мм с резко неоднородной эхоструктурой и полостями распада, которое медиально распространялось под большой грудной мышцей.

Биохимические показатели сыворотки крови на момент диагностики первичного рака гортани, пролонгации процесса и метастазирования в подмышечной области оказались нарушены: активность церулоплазмينا (ЦП) в сыворотке была в 1,5 раза выше, а содержание аргиназы и орнитиндекарбоксилазы снижено в 1,6 раза в сравнении с показателями у здоровых людей.

У пациента 16 августа 2007 г. выполнена операция – удаление опухолевидного образования подмышечной области (рис. 5, 6). Патологогистологическое заключение: умеренно дифференцированный рак с тенденцией к ороговению.



Рис. 5. Иссечение опухолевидного образования с клетчаткой подмышечной области

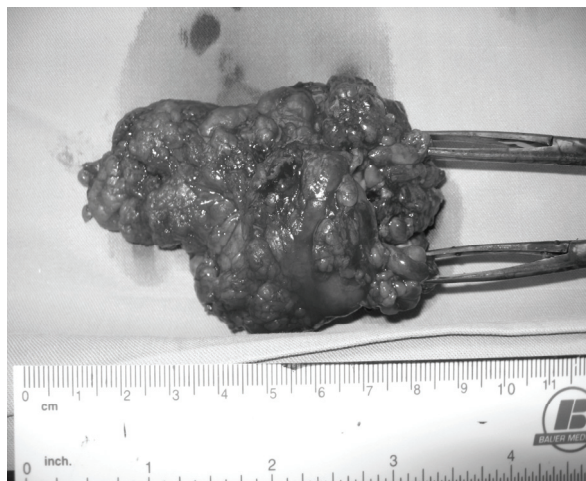


Рис. 6. Макропрепарат удаленного метастаза подмышечной области

Послеоперационный период протекал гладко, больной получил с лечебной целью лучевую терапию (СОД 40 Гр) на подмышечную область.

Приведенное наблюдение демонстрирует редко встречающееся метастазирование рака гортани в клетчатку подмышечной области, что подтверждает высокую агрессивность неопластического процесса в гортани (повышение активности ЦП, уменьшение содержания аргиназы и орнитиндекарбоксилазы в сыворотке крови). Именно в связи с этим 1 раз в 3 мес в течение 1 года проводилась антиоксидантная терапия (внутривенно церулоплазмин – 0,2 г на 200,0 мл 5% раствора глюкозы в течение 10 дней).

Биохимические показатели в результате пролонгированной антиоксидантной терапии через 12 мес приблизились к таковым у здоровых лиц. Эти данные нами использовались в дальнейшем в качестве индикатора активности процесса иммортализации.

Обследование пациента через 6, 12 и 18 мес показало отсутствие данных о наличии метастазирования. Больной продолжает активный образ жизни.

В данном наблюдении не отмечено трудностей в диагностике патологического процесса и назначении лечения. Особенность описанного случая состоит в том, что после излечения первичного очага комбинированным способом без метастазирования в регионарные лимфатические узлы и легкие было выявлено метастазирование в подмышечную область.

1. Абизов Р.А. Онколарингологія. Лекції. – К.: Книга плюс, 2001. – 276 с.
2. Битюцкий П.Г., Кожанов Л.Г., Клочихин А.Л. Метастаз рака гортани в лучевую кость // Вестн. оториноларингологии. – 1987. – №3. – С. 74-75.
3. Евчев Ф.Д. Злокачественные опухоли гортани. – Одесса: Астропринт, 2008. – 328 с.
4. Лукач Э.В. Проблемы и перспективы современной ЛОР-онкологии в Украине // Онкология. – 2000. – Т.2, № 1-2. – С. 51-53.
5. Ротарь М.Ф., Лиходедова О.Г. К оценке влияния пестицидов на формирование онкоэпидемиологической обстановки // X з'їзд онкологів України: Матеріали з'їзду (Крим, 10-12 жовтня 2001 р.). – К., 2001. – С. 24.

Поступила в редакцію 04.09.09.

© Ф.Д. Евчев, В.В. Гаевский, И.Е. Чернишова, М.А. Варешкина, 2010