

*Ф.Д. ЕВЧЕВ, М.А. ВАРЕШКИНА, А.Ф. ЕВЧЕВА*

## **СОЧЕТАННОЕ РАЗВИТИЕ ЛИПОМЫ ПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ И ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОРТАНИ**

*Одес. гос. мед. ун-тет (ректор – акад. В.Н. Запорожан)*

Вопросы первичной множественности опухолей привлекают все более пристальное внимание исследователей. В сообщениях на эту тему рассматриваются, как правило, случаи одновременного или последовательного развития у больного двух и более злокачественных опухолей разного происхождения и локализации [1, 2, 3]. В то же время описание сочетания доброкачественных и злокачественных новообразований в одном органе или в одних анатомических областях встречаются крайне редко (3, 4).

К опухолям из жировой ткани относятся липомы, диффузный липоматоз и липосаркомы. Макроскопически отличить злокачественный вариант липомы от доброкачественной жировой опухоли очень трудно, лишь микроскопическое исследование позволяет установить диагноз. Наиболее часто они локализируются в области шеи, передней поверхности живота и крайне редко описаны в глотке и гортани.

Согласно данным литературы, липомы глотки или гортани исходят из наружных отделов гортани и боковой стенки глотки, где имеется большее скопление жировой ткани (язычная поверхность надгортанника, черпало-надгортанная складка, черпаловидная область, преднадгортанниковое пространство). Своим внешним видом липома может напоминать либо фиброму, либо кисту или полиповидную гипертрофию (поверхность липомы - гладкая, основание - чаще широкое, форма - округлая, цвет - желтовато-красный).

Учитывая редкость локализации липомы на передней поверхности шеи (область подъязычной кости) с объективными изменениями в области корня языка (преднадгортанниковое пространство), своеобразии

клинического течения и сочетание с плоскоклеточным раком гортани, считаем целесообразным привести собственное наблюдение.

Больной А., 63 года, обратился в клинику с явлениями стеноза гортани. Отмечались осиплость голоса и резкое затруднение дыхания при физической нагрузке. Пациент указывает на нарастающее чувство удушья за счет увеличения в объеме припухлости на передней поверхности шеи. Больным он считает себя больше года, подчеркивает значительное увеличение опухоли шеи в размерах за последние 6 мес.

При непрямой ларингоскопии определяется выпячивание в области корня языка, поверхность его гладкая, надгортанник ригидный, деформирован. В области правой половины гортани (голосовая и вестибулярная складки) с переходом на переднюю комиссуру обнаруживается бугристая опухоль с изъязвлением. Голосовая щель сужена, правая половина гортани ограниченно подвижная, дыхание осуществляется. В подбородочной области визуализируется и пальпируется большая мягкотканая опухоль, подвижная, размером до 15см, локализуемая в проекции подъязычной кости и распространяющаяся вниз на верхнюю треть щитовидного хряща. Кожа над образованием не изменена. Другие ЛОР-органы - без патологических изменений. При клиническом дообследовании больного других заболеваний не выявлено. Пациент не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Под местной анестезией слизистой оболочки гортани 10 % раствором лидокаина произведена биопсия опухоли гортани и пункционная биопсия опухоли шеи. Патологистологическое заключение: липома в

подбородочной области; умереннодифференцированный рак гортани со склонностью к ороговению № 9966-69 б.

В связи с нарастанием явлений стеноза у больного произведена трахеостомия. После детального обследования выполнено под интубационным наркозом одномоментное иссечение липомы в подбородочной области и экстирпация гортани.



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

Трудностей при хирургическом вмешательстве на гортани не было, так как в удаляемый блок вошли ткани анатомических областей шеи (подъязычная кость и преднадгортанниковая клетчатка). Липома располагалась на широком основании с вовлечением в процесс над- и подподъязычной клетчатки. На разрезе она имела желтый цвет, размер - 13,5 см, масса - 430 г (рис. 1, 2, 3). В гортани выявлен плоскоклеточный рак смешанного типа роста (рис. 4).



Рис. 3. Макропрепарат (липома)



Рис. 2. Иссечение опухолевидного образования в подбородочной области.

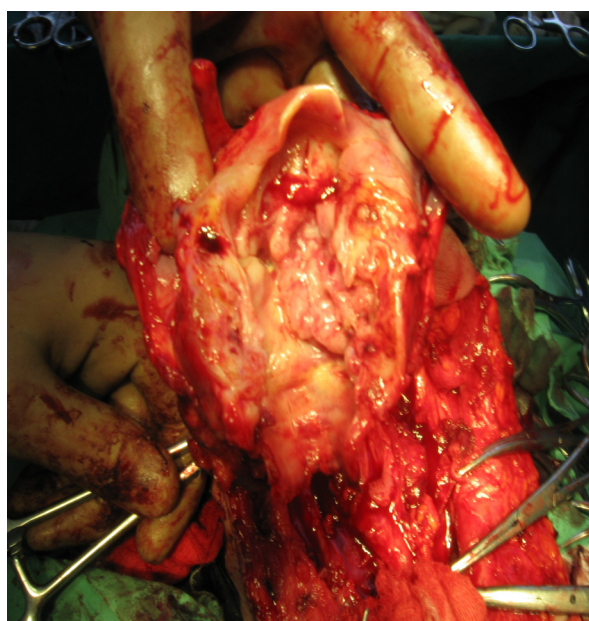


Рис. 4. Макропрепарат удаленной гортани

Послеоперационный период протекал гладко. Контрольные осмотры больного через 6 и 12 мес показали отсутствие признаков рецидива вышеописанных процессов.

Особенность представленного случая – сочетание доброкачественной опухоли на передней поверхности шеи (большая липома) с плоскоклеточным раком гортани.

1. Абизов Р.А., Скорик А.А., Шило Т.В. Поєднання раку гортані з боковою кісткою шиї, яка симулювана метастатичний вузол // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №2. – С. 85-86.
2. Лукач Е.В., Красій Р.І., Зайцева.В., Кочникова С.М. Рідкісний випадок злоякісної шванноми параларингеального простору шиї // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №4. – С. 44-46.
3. Толстов Ю. П., Шульга И. А. Сочетанное развитие нейрофибромы и плоскоклеточного рака гортани // Вестн. оториноларингологии. – 1985. - №6. - С. 86-87.
4. Figi F. A., Stark D.B. // Laryngoscope. – 1953. – Vol.63. - P. 652.

Поступила в редакцию 29.10.10.

© Ф.Д. Евчев, М.А. Варешкина, А.Ф. Евчева, 2011