

УДК 616.22+616.321]-006.314

[https://doi.org/ 10.18692/1810-4800-2019-3-93-95](https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-93-95)**Лимфангиома гортаноглотки****В. И. Егоров¹, Д. М. Мустафаев¹**¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, Москва, 129110, Россия**Laryngopharyngeal lymphangioma****V. I. Egorov¹, D. M. Mustafaev¹**¹ Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, 129110, Russia

В настоящем сообщении мы приводим собственное клиническое наблюдение лимфангиомы гортаноглотки и краткий обзор литературы. Это редкий вариант локализации лимфангиомы. Описания лимфангиомы гортаноглотки в отечественной и мировой литературе нет.

Ключевые слова: лимфангиома, гортаноглотка.

Для цитирования: Егоров В. И., Мустафаев Д. М. Лимфангиома гортаноглотки. *Российская оториноларингология*. 2019;18(3):93–95. [https://doi.org/ 10.18692/1810-4800-2019-3-93-95](https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-93-95)

In this article, we present our clinical observation of laryngopharyngeal lymphangioma and a brief literature review. It is a rare variant of lymphangioma localization. No description of laryngopharyngeal lymphangioma can be found in the domestic and world literature.

Keywords: lymphangioma, laryngopharynx.

For citation: Egorov V. I., Mustafaev D. M. Laryngopharyngeal lymphangioma. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019;18(3):93–95. [https://doi.org/ 10.18692/1810-4800-2019-3-93-95](https://doi.org/10.18692/1810-4800-2019-3-93-95)

Одной из редких опухолей является лимфангиома. Эта опухоль локализуется в основном в глотке. В мировой литературе работ, посвященных изучению природы, клиники и диагностики этой опухоли, очень мало, а те, которые имеются, касаются в основном отдельных сторон проблемы или же это, как правило, описание отдельных наблюдений [1]. Примером таких работ может быть публикация, где авторы описали одно наблюдение лимфангиомы небной миндалины и нашли в литературе описание еще 6 аналогичных наблюдений [2].

Описания лимфангиомы гортаноглотки в отечественной и мировой литературе нет. Приводим собственное клиническое наблюдение лимфангиомы гортаноглотки (грушевидного синуса).

Больная Н., 63 года, жительница Московской области, в июле 2018 г. госпитализирована в отделение оториноларингологии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского для предоперационной подготовки и планового хирургического лечения по поводу опухоли гортаноглотки. При поступле-

нии предъявляла жалобы на затрудненное глотание и затруднение дыхания при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят на протяжении последних 7 мес.

Больная активна, в сознании, контактна, адекватна. Не лихорадит. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Периферических отеков нет. Аскультативно над легкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 145/90 мм рт. ст., ЧСС 88 в 1 мин. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Печень, желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Стул оформленный, кал обычного цвета. Область почек безболезненная при пальпации, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В лабораторных анализах показатели в пределах нормальных значений. Предоперационный диагноз: образование гортаноглотки.



Рис. 1. Эндофотография гортани и гортаноглотки пациентки Н., 63 года. Визуализируется округлой формы образование диаметром около 2 см, с бугристой поверхностью, синюшно-го цвета, на широком основании, исходящее из медиальной стенки левого грушевидного синуса.

Fig. 1. Endophotography of the larynx and laryngopharynx of the patient N., 63 years old. A round shape with a diameter of about 2 cm, with a bumpy surface, bluish in color, on a broad base, emanating from the medial wall of the left pear-shaped sinus is visualized.

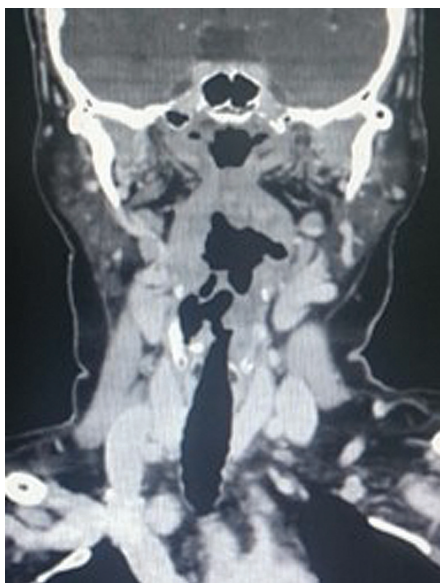


Рис. 2. Компьютерная томография пациентки Н., 63 года. Левая черпалонадгортанная складка резко увеличена в объеме за счет наличия в ее структуре дополнительного образования. Определяется резкое уменьшение объема левого грушевидного синуса. Приблизительные размеры опухоли: 17×16×15 мм.

Fig. 2. Computed tomography of the patient N., 63 years old. The left cherpalonadgortan fold is sharply increased in volume due to the presence in its structure of additional education. Determined by a sharp decrease in the volume of the left pear-shaped sinus. Approximate tumor size: 17×16×15 mm.

Объективно: конфигурация шеи правильная, кожные покровы обычной окраски, при пальпации симптом Мура положительный, лимфатические узлы шеи не увеличены. В просвете гор-

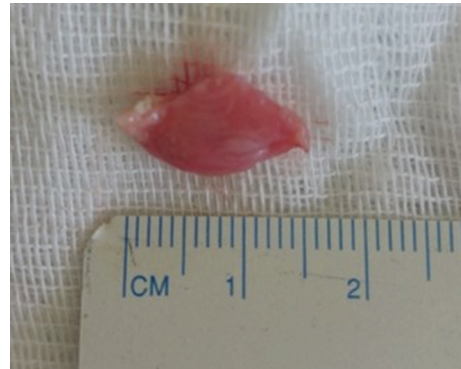


Рис. 3. Макропрепарат пациентки Н., 63 года. Опухоль округлой формы, с гладкой поверхностью, размером 1,5 см в диаметре.

Fig. 3. Macrodrug of the patient N., 63 years old. The tumor is round-shaped, with a smooth surface, 1.5 cm in diameter.

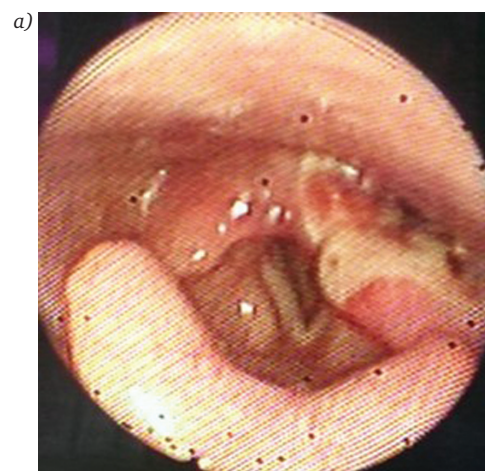


Рис. 4. Эндофотография гортани и гортаноглотки пациентки Н., 63 года: а – на 3-и сутки реактивные явления со стороны операционной раны минимальны; б – через полгода: рецидива опухоли не выявлено.

Fig. 4. Endophotography of the larynx and laryngopharynx of the patient N., 63 years old: а – on the 3rd day the reactive phenomena from the operating wound are minimal; б – in half a year: no tumor recurrence was detected.

таноглотки визуализируется округлой формы образование диаметром около 2 см, с гладкой поверхностью, синюшно-го цвета, на широком основании, исходящее из медиальной стенки левого грушевидного синуса (рис. 1).

При компьютерной томографии шеи до и после внутривенного болюсного введения низкоосмолярного йодсодержащего контрастного препарата в количестве 100 мл, с последующей мультипланарной реконструкцией полученных изображений: надгортанник не изменен, левая черпалонадгортанная складка резко увеличена в объеме за счет наличия в ее структуре дополнительного образования. Определяется резкое уменьшение объема левого грушевидного синуса. Приблизительные размеры опухоли: краниокаудальный до 17 мм, переднезадний до 16 мм, поперечный до 15 мм. После внутривенного контрастного усиления опухоль накапливает контрастный препарат максимально в венозную фазу до 79 HU. Правые отделы гортани не изменены. Увеличенных и измененных лимфатических узлов на шее не выявлено. Заключение: картина опухоли левого грушевидного синуса (рис. 2).

Выполнена каротидная ангиография. Катетеризированы правая и левая внутренние сонные артерии, правая и левая наружные сонные артерии. При церебральной ангиографии в прямой и боковой проекции ангиографических признаков, функционирующей артериовенозной мальформации, патологической гипervasкуляризации, задержки контрастного вещества выявлено не было.

31.07.2018 г. больная оперирована. В условиях общей анестезии при прямой гипотарингоско-

пии с помощью холодноплазменного аппарата проведено удаление опухоли левого грушевидного синуса. Визуализировано округлое, солидное образование диаметром до 2 см плотноэластической консистенции, ограниченной подвижности. Зона роста опухоли находилась на медиальной стенке левого грушевидного синуса. Опухоль удалена без травмы капсулы. Макроскопически определяется опухолевидное образование округлой формы, с гладкой поверхностью, размером 2 см в диаметре (рис. 3). При патоморфологическом исследовании – гистологическая картина соответствует лимфангиоме.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 3-и сутки реактивные явления со стороны операционной раны были минимальны (рис. 4, а). На 5-е сутки больная выписана из стационара. Контрольный осмотр через полгода: рецидива опухоли не выявлено (рис. 4, б).

Таким образом, описанная нами лимфангиома – крайне редкая опухоль, а локализация в гортаноглотке является казуистической. Заподозрить ее до появления специфических клинических симптомов затруднительно. В диагностике заболевания ключевую роль играют эндоскопия и КТ, необходимые и для планирования операции, которая служит основным методом лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Rzepakowska A., Osuch-Wojcikiewicz E., Krupa Z., Durmaj A., Niemczyk K. Surgical treatment results of parapharyngeal space tumors: a report of 22 cases. *Otolaryngol Pol.* 2018;72(4):9-16. doi: 10.5604/01.3001.0012.0485.
2. Mardekian S., Karp J. K. Lymphangioma of the palatine tonsil. *Arch Pathol Lab Med.* 2013;137(12):1837-42. doi: 10.5858/arpa.2012-0678-RS.

Информация об авторах

✉ **Егоров Виктор Иванович** – руководитель ЛОР-клиники, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2); тел.: 8 (495) 631-08-01, 8 (925) 509-20-10, e-mail: evi.lor-78@mail.ru

Мустафаев Джаваншир Мамед оглы – старший научный сотрудник отделения оториноларингологии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского (129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2); тел.: 8 (495) 631-08-01; 8 (926) 564-35-93, e-mail: mjavanshir@mail.ru

Information about the authors

✉ **Viktor I. Egorov** – Head of ENT-Clinic, Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovskiy (Russia, 129110, Moscow, 61/2, Shchepkina str.); tel.: 8 (495) 631-08-01, 8 (925) 509-20-10, e-mail: evi.lor-78@mail.ru

Dzhavanshir M. Mustafaev – senior research associate of ENT Department, Moscow Regional Scientific and Research Clinical Institute named after M. F. Vladimirovskiy (Russia, 129110, Moscow, 61/2, Shchepkina str.); 8 (495) 631-08-01, 8 (926) 564-35-93, e-mail: mjavanshir@mail.ru