

нейрохирургов. Прошли специализацию и усовершенствование более 300 специалистов практического здравоохранения.

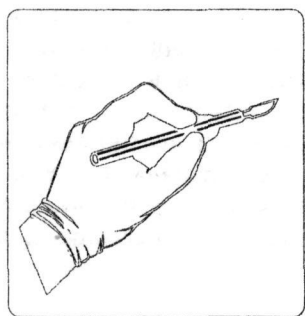
Благодаря постоянной координации научной и лечебной работы, тесному сотрудничеству с практическим здравоохранением, отмечены положительные результаты в охране здоровья населения Хабаровского края. Наиболее важными из них являются:

— снижение летальности при клещевом энцефалите в 2 раза, уменьшение частоты поздних осложнений с 28 до 0,4%;

— уменьшение числа больных с детским церебральным параличом и снижение детской инвалидности при перинатальной патологии нервной системы более чем на 30%;

— увеличение числа отличных и хороших исходов хирургического лечения болевых синдромов остеохондроза позвоночника до 87%.

Коллектив кафедры неврологии и нейрохирургии ДВГМУ отдает дань глубокого уважения и благодарности руководителям клиники, возглавлявшим в разные годы научные исследования: доценту И.З. Финкелю, профессорам И.А. Бейлину, С.И. Ротенбергу, Л.Я. Немлихеру, Б.Е. Серебрянику, Н.Л. Беленькому, В.М. Кантер, З.В. Зиминой, Т.А. Козловой, доценту В.И. Толстоноговой, профессору В.В. Скупченко. Их ученики и последователи продолжают работать на тяжелом поприще неврологии и нейрохирургии, внося свой вклад в разработку актуальных научных проблем и практическую реализацию полученных результатов.



УДК 616.22 - 006 - 089

Н.И. Дерягин, В.Э. Кокорина

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ГОРТАНИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск*

Одним из ведущих направлений научных исследований кафедры оториноларингологии Дальневосточного государственного медицинского университета традиционно является проблема хирургической реабилитации пациентов с патологией гортани. Основными причинами полной или частичной утраты важнейших физиологических функций гортани — дыхания и голосообразования — являются травмы и проведение хирургических вмешательств на этом органе. Наиболее тяжелый функциональный ущерб наносится при хирургическом лечении рака гортани, занимающего первое место в структуре злокачественных новообразований верхних дыхательных путей. Начало развитию хирургических методов лечения рака гортани в ЛОР-клинике положили работы проф. Б.А. Шварца, руководившего кафедрой с 1947 по 1956 г. В его монографии "Злокачественные новообразования ЛОР-органов" содержится раздел, посвященный органосохраняющим операциям. Количество таких операций было невелико и составило 16,1% по отношению ко всем операциям, выполненным

при раке гортани. Их применение ограничивалось удалением пораженного участка гортани в пределах ее среднего этажа. Препятствием для более широкого применения экономных резекций гортани являлось небольшое количество случаев выявления начальных стадий опухолевого процесса. Предпочтение в этих стадиях отдавалось лучевой терапии ввиду распространенного мнения о невозможности сочетания резекций гортани с лучевой терапией из-за опасения хондроперихондритов и хондронекроза оперированной гортани. При неэффективности лучевой терапии рекомендовалось полное удаление органа.

Новое отношение к органосохраняющим операциям сформировалось благодаря большому вкладу в их развитие проф. В.С. Лянде (1956-1966 гг.). Преодолению скептического отношения к щадящим операциям способствовали отдаленные результаты, не уступающие результатам ларингэктомии, при этом несравненно превосходя их по функциональным показателям. В.С. Лянде и М.С. Хорук (1966) предложили оригинальную методику

ку резекции надгортанника с ретроградным выделением его при ограниченном поражении. Расширенные атипичные резекции стали проводиться при поражении смежных отделов гортани практически при III стадии опухоли. Таким образом, щадящие методики прочно вошли в число хирургических методов лечения рака гортани. Их применение к концу 60-х гг. достигло 38,7% среди всех операций у больных раком гортани (Д.Н. Третьяк, 1970).

Однако периоды интереса к органосохраняющим операциям и расширение показаний к ним сменялись периодами пессимизма, поскольку в интересах сохранения функций органа ущемлялись требования абластики, что, в свою очередь, неизбежно приводило к рецидивам опухоли.

Дальнейшее решение проблемы находилось на пути совершенствования методов ранней диагностики и тщательного клиничко-морфологического обоснования различных вариантов органосохраняющих операций при раке гортани. В работах проф. Е.З. Мирошниковой (1970), Д.Н. Третьяк (1970), Н.И. Дерягина (1982) показаны роль хронического ларингита, папилломатоза и дискератозов гортани как предраковых заболеваний. Получило развитие применение методов цитологической диагностики, ларингостробоскопии, микроларингоскопии, фиброларингоскопии, а в последние годы и МРТ. Применение этих методов, отбор больных "группы риска" при профилактических осмотрах позволило увеличить число больных, поступивших в клинику в I-II стадиях заболевания, с 31,2 до 54,4% и тем самым избрать щадящие варианты лечения. Н.И. Дерягин провел изучение данных ларингостробоскопии, фиброскопии, микроларингоскопии для дифференциальной диагностики начальных стадий рака гортани и их соотношение с гистологическими границами опухоли. Большую помощь в проведении морфологических исследований оказал зав. кафедрой патологической анатомии проф. А.И. Зеленский. Использование полученных данных о микрограницах опухоли, состояние пограничных тканей, выполнение вмешательств под контролем операционного микроскопа с интраоперационным и постоперационным гистологическим контролем позволило систематизировать показания к экономным резекциям гортани, снизить количество рецидивов за пятилетний период с 28 до 16%.

За последние 25 лет в клинике проходили лечение около 300 пациентов с новообразованиями гортани, и соотношение ларингэктомий и щадящих операций остается неизменным. Ежегодно среди всех операций по поводу рака гортани 39-41% составляют органосохраняющие, что сопоставимо с показаниями крупных ЛОР-онкологических стационаров. При этом соблюдаются принципы комбинированного лечения с пред- или послеоперационной лучевой терапией. Компенсация голосовой и дыхательной функций достигнута у 73,4% больных из числа трудоспособных. К прежней трудовой деятельности вернулись 86%, перешли на более легкий труд 4%. Все это подчер-

кивает социально-экономический аспект рассматриваемой проблемы.

Однако широкое внедрение органосохраняющих операций обострило проблему профилактики и ликвидации послеоперационных рубцовых стенозов, что в 32% случаев приводило к декомпенсации как разделительной, так и дыхательной функции гортани у оперированных больных.

Актуальность проблемы возросла в связи с резким ростом случаев постреанимационных стенозов гортани и трахеи. Способам восстановления просвета гортани и профилактике посттравматических рубцовых стенозов посвящена диссертационная работа В.Э. Кокориной (2004). Иссечение рубцовой ткани для восстановления просвета полых органов шеи при хронических стенозах лазерным скальпелем позволяет достичь минимальной глубины повреждений окружающих тканей. Применение в послеоперационном периоде аппликаций раствора "Коллагеназы КК" способствовало достижению некролитического эффекта и отторжению струпа на 3-4 сут. Отмечено заживление послеоперационной раневой поверхности в 94% первичным натяжением без повторного роста грануляционной ткани. Получены положительные результаты применения раствора дипроспана для профилактики избыточного роста грануляционной ткани, что ускоряет формирование просвета гортанно-трахеального отдела. Пролонгированное действие препарата обуславливает снижение числа рецидивов, рестенозирования просвета и минимальную травматичность вмешательства. Для дилатации просвета гортани и трахеи наряду с применением традиционных Т-образных трубок применялись самофиксирующиеся эндотрахеальные стенты, с последующим их удалением при проведении прямой ларингоскопии. Эта методика позволяет закрыть ларинготрахеофиссуру в короткие сроки и тем самым значительно улучшить качество жизни пациентов.

Поиск опорных материалов для пластики дефектов стенок гортани и трахеи после органосохраняющих операций и при хронических рубцовых стенозах шел по двум направлениям: использование искусственных материалов и применение аутотрансплантатов. Неудачи хрящевой аутопластики были обусловлены нарушениями кровообращения в стенке трансплантата, в связи с чем, до развития анастомозов, нарушается его питание, и протез часто отторгается. Забор материала связан с дополнительной хирургической травмой, что негативно воспринимается больным. При выкраивании лоскута не удается сформировать передне-боковую кривизну, а укрепление только боковых стенок не обеспечивает достаточного просвета дыхательного пути.

Определенным требованиям к качеству современных протезов трахеи (отсутствие токсичности, биологическая инертность, стойкость в тканях организма и постепенное покрытие внутренней поверхности трахеальным эпителием, возможность стерилизации) соответствует пористый никелид титана, который обладает биологической совмес-

тимостью с животными тканями; обладая капиллярными свойствами, он способен удерживать растворы антибиотиков; пластичность имплантата позволяет сформировать необходимую переднебоковую кривизну. Благодаря своей мелкопористой структуре, он в короткие сроки прорастает грануляционной и соединительной тканью, плотно фиксируется в тканях, так что не было необходимости применять трансплантаты слизистой оболочки для формирования внутренней выстилки гортани. Достигнув необходимой жесткости сформированного каркаса гортани и трахеи, нам удалось деканулировать 91,7% чел.

Никелид титана мы применили и при паралитических срединных стенозах гортани. Срединные стенозы в результате травм возвратного нерва после операций на щитовидной железе приводят к выраженным нарушениям функции внешнего дыхания. В нашей клинике используется классическая хордоаритеноидэктомия с сохранением мышечного отростка черпаловидного хряща. В области передней комиссуры мы имплантировали пластину никелида титана, выполнявшую роль распорки. Трансплантат вводился также в сформированное ложе отслоенного перихондрия и при рассечении задней стенки перстневидного хряща.

Несмотря на прогресс, достигнутый в диагностике рака гортани, в клинику поступают от 30 до 40% больных с III стадией процесса, при которой сохранение жизни больного достигается путем полного удаления гортани. Операция наносит тяжелую психологическую и физическую травму. Этим объясняется тот факт, что многие больные отказываются от оперативного лечения из-за боязни утраты речи и постоянного канюленосительства. Попытки озвучивания речи с помощью "пищеводного" голоса, применение электропротеза "искусственная гортань" не принесли желаемых результатов. Лишь небольшая часть ларингэктомированных больных обладают внятной речью. В последний год в клинике внедряется методика восстановления голосовой функции с применением трахеопищеводного шунтирования протезом Pгоvox по методике В.О. Ольшанского (2004). Качество голоса с наличием обертонов широкого диапазона и доста-

точной громкости позволяет реабилитировать пациентов, перенесших хирургическое вмешательство в объеме экстирпации гортани, что значительно улучшает качество жизни оперированных больных.

Таким образом, итогом развития функционального направления в хирургии гортани стала возможность компенсировать важнейшие функции органа в группах наиболее тяжелых ларингологических больных. В перспективе очередная задача — внедрение методик эндоларингеальной микрохирургии гортани, обеспечивающих высокие функциональные результаты.

Л и т е р а т у р а

1. Дерягин Н.И. Методы ранней диагностики рака гортани и их роль в повышении эффективности щадящих хирургических методов лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1982.
2. Кокорина В.Э. Хирургическое лечение и реабилитация пациентов с посттравматическими стенозами полых органов шеи: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 2004. 24 с.
3. Лянде В.С. Результаты щадящих операций при раке гортани. / Мат-лы XXIII науч. сессии Московского НИИ онкологии им. И.А. Герцена. 11-12 октября 1966 г. М., 1966. С. 43-44.
4. Мухамедов М.Р. Эндопротезирование имплантатами из пористого никелида титана послеоперационных дефектов у больных злокачественными новообразованиями полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1995. 18 с.
5. Мирошникова Е.З. Материалы к изучению папилломатоза гортани: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Хабаровск, 1969.
6. Ольшанский В.О., Чиссов В.И., Решетов И.В. и др. Ларингэктомия с трахеопищеводным шунтированием и протезированием при раке гортани. М., 2004. С. 181.
7. Третьяк Д.Н. Ближайшие и отдаленные результаты комбинированного лечения рака гортани: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Хабаровск, 1969. С. 24.
8. Шварц Б.А. Злокачественные новообразования ЛОР-органов. М., 1961. С. 225-276.

