АНАЛИЗ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ НИИ ОНКОЛОГИИ СО РАМН (г. ТОМСК) ЗА 1998–2008 гг.

Д.Е. КУЛЬБАКИН, М.Р. МУХАМЕДОВ

НИИ онкологии СО РАМН, г. Томск

Актуальность. Органосохраняющее лечение рака гортани является одним из приоритетных направлений в деятельности отделения опухолей головы и шеи нашего института. Это объясняется не только тем, что рак гортани занимает лидирующую позицию в структуре опухолей головы и шеи, но и важной социально значимой ролью гортани в жизни и деятельности человека.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения больных раком гортани в отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии СО РАМН с 1998 по 2008 г. Органосохраняющее хирургическое лечение было проведено 94 больным раком гортани. По половозрастному составу больные распределились следующим образом: 92 мужчины (98%), 2 женщины (2%), в возрасте от 35 до 78 лет, средний возраст соответствовал 55,8 года. По классификации TNM (1997) из них 14 больных (15%) соответствовали $T_1N_0M_0$, 30 больных (32%) $T_2N_0M_0$, 50 больных (53%) $T_3N_0M_0$. Двум (2%) больным с распространенностью опухолевого процесса $T_2N_1M_0$ и $T_1N_2M_0$ одномоментно была выполнена операция на лимфоузлах шеи. По локализации опухолевого процесса в 57 случаях (61%) опухоль занимала складочный отдел гортани, в 20 случаев (21%) был поражен надскладочный отдел, у 14 пациентов (15%) был поражен складочно-вестибулярный отдел и у 3 (3%) опухоль занимала все три отдела гортани. По форме роста опухоли чаще всего диагностировалась опухоль смешанной формы - 51 (54%) случай, в 28 (30%) случаях экзофитной формы и опухоль эндофитной формы наблюдалась в 15 (16%) случаях. У всех больных имелось морфологическое подтверждение диагноза. По морфологической характеристике – плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки, в основном

плоскоклеточный ороговевающий рак (67,4% случаев). Оперативные вмешательства выполнялись вторым этапом комбинированного лечения – 60 случаев (63,8%), у 4 пациентов (4,2%) органосохраняющее хирургическое вмешательство выполнено на первом этапе. Объем хирургического вмешательства зависел от локализации и распространенности опухолевого процесса. По виду органосохраняющих оперативных вмешательств было выполнено – 3 хордэктомии (3,2%), 8 боковых резекций гортани (8,5%), 70 переднебоковых резекций гортани (74,5%), 10 горизонтальных резекций гортани (10,6%), 3 субтотальные резекции гортани (3,2%). В том числе у 30 больных (31,9%) органосохраняющее хирургическое вмешательство, в связи с продолженным ростом опухоли, было выполнено после радикального курса лучевого лечения в сроки от 4 до 12 месяцев после его завершения. В 64 случаях (68%) органосохраняющее хирургическое вмешательство было выполнено с эндопротезированием гортани оригинальным имплантатом из пористого никелида титана по разработанному нами способу (Патент РФ № 2160564).

Результаты. Анализируя выполненные органосохраняющие хирургические вмешательства, включая операции после проведенного ранее радикального курса лучевой терапии, мы получили следующие результаты. Осложнения в виде развития местных воспалительных реакций в области протезирования (явления перихондрита хрящей гортани, отека слизистой гортани), потребовавшие проведения дополнительного консервативного лечения (применение антибиотиков, лазеротерапия и т.д.), были у 12 пациентов (12,8%). В том числе в одном случае в связи с некупируемым хондроперихондритом гортани, выраженным болевым синдромом

и стойким нарушением функции глотания была выполнена ларингэктомия. В остальных случаях послеоперационный период протекал без особенностей. Мы также наблюдали удовлетворительные функциональные результаты. Голосовая функция была сохранена полностью у 86 (91,5%) больных и частично у 8 больных (8,5%). Дыхательная функция восстановлена полностью у 86 (91,5 %) больных, в 8 случаях в связи с рубцовыми изменениями больные остались канюленосителями. Защитная функция гортани сохранена у 90 (95,7 %) больных, и у четверых больных (4,3 %) отмечалось временное частичное нарушение защитной функции гортани. В наших наблюдениях в 11 случаях (11,7%) в связи с продолженным ростом и рецидивом опухоли после выполнения органосохраняющего хирургического лечения было выполнено удаление гортани.

Наличие в арсенале хирурга биоадаптированного материала такого класса, как пористый проницаемый никелид титана, значительно расширяет эти возможности, позволяя производить реконструкцию значительных по объему фрагментов гортани. К преимуществам предложенных способов хирургического лечения можно отнести удаление опухоли с одномоментным протезированием. Необходимо заметить, что операции с протезированием осуществляются в неблагоприятных условиях для интеграции эндопротеза с окружающими тканями в резуль-

тате проведенного лучевого лечения, соседства с пищеварительным трактом и невозможностью иммобилизации органов (гортани, трахеи, глотки) ввиду их подвижности при актах глотания, речи и поворотах головы. Отличительной особенностью имплантатов на основе никелида титана, выгодно отличающей их от других имплантатов, является их полная биологическая и биохимическая инертность – качества, позволяющие им сосуществовать с тканями организма практически пожизненно, исполняя роль каркаса, удерживающего просвет гортани. Безусловно, выигрышным качеством имплантатов на основе никелида титана является их рентгенконтрастность, в отличие от других протезов, например полимерных имплантатов. Это свойство позволяет контролировать положение эндопротеза из никелида титана в динамике. Несмотря на наличие определенного числа больных, оставшихся канюленосителями, случаев продолженного роста и рецидивов опухоли, полученные результаты функциональной реабилитации больных после органосохраняющего хирургического лечения позволяют высказаться в пользу подобных операций. Соблюдение принципов абластики, использование новых методических подходов и технологий функционально- и органосохраняющей хирургии позволяют надеяться на снижение числа осложнений и улучшение результатов реабилитации больных раком гортани.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2001 ПО 2005 ГОД

О.В. КУНЦУРУБОВА, И.Б. ЛЫСЕНКО, В.В. ДМИТРИЕВА, Е.А. КАПУЗА

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий», г. Ростов-на-Дону

Актуальность. Лимфома Ходжкина (ЛХ) до 60-х годов XIX века считалось фатальным заболеванием, в настоящее время является наиболее перспективным заболеванием в возможности излечения. У детей в возрасте до 1 года ЛХ встречается крайне редко, к 4-6 годам наблюдается первый пик заболеваемости, а второй к 12-14 годам. Мальчики до 7 лет болеют в 3 раза чаще, чем девочки, но к

15-16 годам это соотношение выравнивается. Неходжкинские лимфомы (НХЛ) у детей составляют 5-8% от числа всех опухолевых заболеваний, занимают 3 место по частоте и наиболее часто встречаются в возрасте от 5 до 15 лет, соотношение мальчиков и девочек составляет 2,5:1.

Цель работы. Изучить встречаемость злокачественных лимфом у первично зарегистриро-