

очаговой дозе 40–45 Гр, на втором этапе – криодеструкция опухоли гортани. 122 больным проведена криодеструкция оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 60–70 Гр.

Результаты. Разработанная методика криогенного лечения рака гортани позволила получить в первой группе (66 больных), где криодеструкция опухоли проведена в плане комбинированного лечения, безрецидивную 3-летнюю выживаемость при $T_{1-2}N_0M_0$ – 84,6 %, 5-летнюю – 76,9 %. При криодеструкции рака гортани $T_3N_0M_0$ безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 87,2 %, 5-летняя – 84,6 %. Криогенное лечение оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии у 122 больных позволило получить следующие результаты. Безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 70,5 %, 5-летняя – 57,2 %. Криодеструкция позволила сохранить гортань и ее удовлетворительные функции у 87,7 % больных. Криогенное лечение рецидива рака гор-

тани после лучевой терапии у 36 больных позволило получить следующие результаты: безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 72,2 %, 5-летняя – 55,6 %. После дополнительного хирургического лечения в объеме ларингэктомии 3-летняя выживаемость составила 77,8 %, 5-летняя – 69,4 %.

Выводы. Криогенное лечение позволило сохранить гортань и ее удовлетворительные функции 94,4 % больных. В процессе репарации тканей после криодеструкции максимально проявлялись замещающие возможности тканей, в результате чего дефекты в области криовоздействия через 6–12 мес были незначительны. У всех больных достигнут хороший косметический и функциональный эффект без дополнительных восстановительных мероприятий. Операции на зонах регионального метастазирования проведены по показаниям 114 (50,2 %) больным и не усложняли лечение первичного опухолевого очага, не увеличивали количество осложнений.

АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА ГОРИЗОНТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНОГЛОТКИ

Е.И. Трофимов, В.В. Дармаков, Н.Э. Бойкова, Е.М. Фуки

ФГУ «НКЦ оториноларингологии» Росздрава, г. Москва

Комбинированная горизонтальная резекция, являющаяся основным экономным вмешательством при раке гортаноглотки, характеризуется медленной компенсацией защитной функции (до 6 мес). Значительное число больных остается канюленосителями. Для улучшения компенсации функций гортани после резекции с включением прилежащих отделов гортаноглотки и корня языка нами разработана модификация этого вмешательства.

Материал и методы. После удаления вестибулярного отдела гортани, преднадгортанниковой клетчатки, слизистой гортаноглотки и корня языка сохраняются непораженные голосовые складки и черпаловидные хрящи. Дефект закрывается по разработанной методике. На первом этапе он суживается за счет задней и боковой поверхностей языка и боковых стенок гортаноглотки. На втором – остаточный диастаз между языком и передним отделом гортани закрывается передними мышцами шеи. Методика применена у 30 больных раком гортаноглотки (T_3 -14, T_4 -16). Из 16 больных с T_4 у 11 – переход на вестибулярный от-

дел гортани, у 5 – на корень языка. Регионарные метастазы до начала лечения выявлены у 7. У данных больных одновременно с комбинированной резекцией гортани выполнена футлярно-фасциальная лимфодиссекция.

Результаты. Послеоперационный период протекал благоприятно у всех пациентов, заживление раны первичным натяжением – у 23 больных. Защитная функция гортани компенсирована у 27, деканюлированы 25 человек. Больные прослежены от 3 до 30 мес, из них 16 оперированы в срок до 1 года. Ни у одного пациента рецидива опухоли не было, компенсация защитной функции от 2 нед до 3 мес. У 8 больных в различные сроки появились метастазы в регионарные лимфоузлы.

Выводы. Подобная методика закрытия дефекта гортани и гортаноглотки исключает натяжение тканей корня языка, глотки и гортани, обеспечивает герметичность ушитого отрезка гортани, создает благоприятные условия для компенсации защитной функции у больных со стадиями T_{3-4} .