



УДК: 616. 133. 2-057. 1

КЛИНИКО-ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ III – IV СТАДИИ

В. В. Виноградов, А. Л. Клочихин

*Ярославская государственная медицинская академия
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)*

Проблема заживления послеоперационных ран в хирургии опухолей головы и шеи по-прежнему остается актуальной. Процент первичного заживления ран при онкологических операциях в области головы и шеи очень низок и составляет 40–60% [3]. Это обусловлено рядом факторов, в частности: попаданием мокроты и слюны в операционную полость, перифокальным воспалением и внутриопухолевым распадом, предоперационной дистанционной гамма-терапией, обширностью и травматичностью хирургических вмешательств [1,2].

Последние десятилетия ознаменованы существенными успехами в развитии, лучевой терапии. Сделаны значительные шаги в улучшении результатов лечения больных злокачественными новообразованиями. Эти достижения, прежде всего, связаны с совершенствованием мультимодальной терапии онкологических больных и оптимальным использованием современных методов хирургического, лучевого и лекарственного лечения. В качестве универсального источника излучения утвердились линейные ускорители электронов мегавольтного диапазона.

Интегральный анализ показателей 5-летней выживаемости больных с опухолями области головы и шеи свидетельствует о большей эффективности нейтронной и сочетанной гамма-нейтронной терапии по сравнению с традиционной лучевой терапией. Так, для больных раком гортани соответствующие показатели составляют 89% и 65% соответственно [4].

Однако, в условиях областных онкологических диспансеров страны применение указанных методов невозможно ввиду отсутствия такого дорогостоящего и высокотехнологичного оборудования, здесь по-прежнему, широко применяется гамма-терапия в традиционном фракционировании.

Осложняет процессы заживления ран антибиотикоустойчивость микрофлоры, а также нарушения иммунитета у больных онкологическими заболеваниями. При оценке течения раневого процесса у каждого конкретного пациента мы, клиницисты, стремимся, в угоду упрощения своей работы, выразить его всего лишь двумя диаметрально противоположными понятиями первичного и вторичного заживления, которые не всегда, а вернее сказать почти никогда не отражают истинной сути протекания восстановления целостности тканей после оперативного вмешательства.

Выраженная доля субъективизма при данной оценке обостряется еще и отсутствием наиболее достоверных критериев объективизации данного процесса, который в отличие от действия механической машины, повторяющей вновь и вновь простые или достаточно сложные последовательности действий наиболее восприимчив к действию различных факторов. Последние, в свою очередь, воспринимаются живым организмом не только как благоприятные и в противоположность вредные, а также как нейтральные, способствующие, предрасполагающие, противодействующие, защищающие и т. д.

Кроме того, при этом следует одновременно оценивать и индивидуальную реактивность организма, которая является своеобразным метафизическим фактором, запрограммированным на генетическом уровне. Этот факт наиболее ярко проявляется в том, что определенный аффект, в широком смысле слова действует при прочих равных условиях на разные организмы по-своему. Отсюда следует простой и понятный многим вывод о том, что заживление раны есть процесс мультифакториальный, то есть подверженный действию различных влияний начиная от самых простых механических (перевязка, например) через тонкие биохимические (уровень белка в плазме крови), до самых высоких нематериальных психо-эмоциональных факторов.



Цель исследования. Улучшить заживление ран после ларингэктомии одномоментной с операцией на лимфатических путях шеи в плане комбинированного лечения. Для достижения данной цели поставлены следующие задачи.

Задачи исследования.

1. Изучить влияние предоперационной дистанционной гамма терапии на заживление ран после ларингэктомии с операцией на лимфатических путях шеи.
2. Сравнить онкологические результаты комбинированного лечения рака гортани и гортаноглотки с проведением дистанционной гамма терапии первым или вторым этапом комбинированного лечения.

Материал и методы. В исследование включено всего 104 пациента, в возрасте от 40 до 80 лет, все мужчины, которые прошли лечение по поводу рака гортани и гортаноглотки в Ярославском онкологическом центре хирургии «Голова-Шея» в период с 2001 года по 2006 год.

Всем больным выполнялись одномоментно или отсрочено (на 1 – 2 недели) операции на лимфатической системе шеи (радикальная, модифицированная, радикальная).

Все методы диагностики и лечения больных данной категории проводились по основным принципам онкологии, а именно выполнение комбинированного лечения. Больные раком гортани и гортаноглотки III и IV стадии с явлениями регионарного метастазирования, которое было выявлено при первичном обращении, либо диагностировано на последующих этапах лечения. Все пациенты разделены нами на 2 группы:

- основную, в которой в плане комбинированного лечения на первом этапе было выполнено хирургическое лечение, затем проводилось лучевое лечение, всего 59 человек.
- контрольную, в которой в плане комбинированного лечения на первом этапе было лучевое лечение, затем проводилось хирургическое лечение, всего 45 человек. Обе группы сопоставимы по возрасту: 40–49 лет – 11 (10%); 50–59 лет – 34 (33%); 60–69 лет – 48 (47%); 70–79 лет – 11 (10%).

Гистологическая характеристика опухоли по результатам послеоперационного исследования: плоскоклеточный ороговевающий рак – 61 (60%), плоскоклеточный рак с тенденцией к орогованию – 25 (23%), плоскоклеточный неороговевающий рак – 18 (17%).

Диагностика метастазирования рака в лимфатические узлы шеи осуществлялась в основном с помощью тонкоигольной пункционной биопсии с последующим цитологическим исследованием, при этом информативность данной методики по собственным исследованиям у пациентов данной категории достигает 91%.

Локализация, степень местного распространения опухоли, наличие регионарных метастазов представлено в таблице 1.

Таблица 1

Локализация опухолевого процесса

Локализация		Основная группа всего 59(100%)	Контрольная группа всего 45 (100%)
Гортань	T ₃ N ₀	15 (25%)	12 (25%)
	T ₃ N ₁	7 (12%)	4 (10%)
	T ₃ N ₂	5 (9%)	3 (7%)
	T ₄ N ₀	10 (17%)	5 (11%)
Гортаноглотка	T ₄ N ₁	5 (9%)	3 (7%)
	T ₄ N ₂	2 (3%)	2 (4%)
	T ₃ N ₀	3 (5%)	3 (7%)
	T ₃ N ₁	2 (3%)	2 (4%)
	T ₃ N ₂	1 (1,5%)	2 (4%)
	T ₄ N ₀	5 (9%)	4 (10%)
	T ₄ N ₁	3 (5%)	3 (7%)
	T ₄ N ₂	1 (1,5%)	2 (4%)



Из данных таблицы следует, что указанные группы сопоставимы по локализации опухолевого процесса, степени распространения опухоли в очаге, а также наличию регионарных метастазов. Из исследования для упрощения сопоставления исключены пациенты со степенью распространения опухоли в первичном очаге T2 и регионарными метастазами N3, а также контралатеральными метастазами.

Объем хирургического вмешательства на первичном очаге и зонах регионарного лимфоотока представлен в таблице 2.

Таблица 2

Объем хирургического вмешательства

Вид операции	Основная группа	Контрольная группа
Стандартная ларингэктомия	39 (66%)	28 (62%)
Комбинированная ларингэктомия	20 (34%)	17 (38%)
Модифицированная радикальная шейная лимфодиссекция	22 (37%)	15 (33%)
Стандартная радикальная шейная лимфодиссекция	37 (63%)	30 (67%)
Итого	59 (100%)	45 (100%)

Из данных вышеуказанной таблицы об объеме операции на очаге и зонах регионарного лимфоотока следует, что группы являются сопоставимыми. В обеих группах одномоментно операция на очаге и лимфодиссекция были выполнены у 86% больных, отсрочено у 14%, то есть первоначально производилась ларингэктомия, а через 2 недели после заживления раны – шейная лимфодиссекция. При этом следует отметить, что выполнение шейной лимфодиссекции, если она изначально выносится в план лечения больного, и не производится одномоментно с ларингэктомией, должна быть выполнена на позднее двух недель после операции на очаге.

Далее, на основании того, что указанные выше группы являются сопоставимыми по всем основным признакам, мы решили сравнить результаты лечения. При этом нас интересовали как ближайшие результаты лечения, под которыми понимается прежде всего заживление раны и отдаленные, онкологические результаты. Последние прослежены нами в сроки от 1 года до 5 лет. Учитывая, что в последнее время в онкологии возможно руководствоваться трехлетним безрецидивным течением заболевания, мы вполне правомочно можем опереться на наш опыт лечения.

Заживление раны на шее у пациентов основной группы первичным натяжением протекало в 71% случаев, вторичным в 29% соответственно. В контрольной группе подобное соотношение составляет 53% и 47% соответственно.

Однако на данном этапе следует указать, что мы понимаем под вторичным заживлением послеоперационной раны на шее. Кроме банального нагноения раны в данное понятие включено образование обширных сером, трофические нарушения в краях раны, несостоятельность глоточного шва, приводящие к формированию фарингостом и глоточных свищей, некроз кожной раны и др.

Онкологические результаты оценены в сроки от 1 года до 5 лет, у большей части пациентов прослежены трехлетние результаты, которые представлены в таблице 3.

Таблица 3

Онкологические результаты

Результаты	Основная группа 59 (100%)	Контрольная группа 45 (100%)
Живы	28 (48%)	20 (44%)
Погибли	31 (52%)	25 (56%)
интеркуррентные	6 (18%)	-
рецидив в очаге	3 (9%)	11 (43%)
рецидив на шее	19 (64%)	13 (50%)
отдаленные мтс	3 (9%)	1 (7%)



Из данных таблицы следует, что соотношение живы и погибли в обеих группах сопоставимы, результаты отличаются лишь при детальном рассмотрении, а именно, в контрольной группе нет пациентов, которые после лечения погибли от интеркуррентных заболеваний. В остальном в обеих сравниваемых группах мы получили сходные онкологические результаты.

Выводы:

1. *Комбинированное лечение с проведением на первом этапе дистанционной гамма терапии в суммарной очаговой дозе 45 гр. в режиме традиционного фракционирования достоверно ухудшает заживление послеоперационной раны на шее.*
2. *Комбинированное лечение рака гортани и гортаноглотки с проведением предоперационной лучевой терапии у больных раком гортани и гортаноглотки III и IV стадии не улучшает онкологические результаты.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамбург Ю.. Л. Профилактика регионарного метастазирования у больных раком гортани. / Ю.. Л. Гамбург, И. А. Гобронидзе, Н. А. Джорджадзе// Вест. оторинолар., – 1984 – № 4. – С. 59 – 63
2. Гришкевич В. М. Послеожоговые деформации шеи и их коррекция шейно–грудными кожно–жировыми лоскутами /В. М. Гришкевич, А. А. Юденич// Клиническая хирургия – 1990 – № 5 – С. 17–20..
3. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. /А. И. Пачес – М.: Медицина, 2000 – 480с.
4. Цыб А. Ф. Роль и место лучевой терапии в современной клинической медицине /А. Ф. Цыб, В. П. Харченко, П. В. Власов//Радиология 2000. – сб. тез. «Лучевая диагностика и лучевая терапия на пороге третьего тысячелетия» – М., 2000 – С. 9 – 12.