



4. Мальгинова Н. А. Нейросенсорные нарушения при острых и хронических воспалительных заболеваниях среднего уха: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н. А. Мальгинова. – М., 1996. – 26 с.
5. Никитина Ю. М. Распространённость и структура патологии органа слуха у населения / Ю. М. Никитина // Вестн. оториолар. – 1970. № 6. – С. 96–97.
6. Петровская А. Н. Клинико-аудиологическая характеристика больных хроническим гнойным средним отитом в условиях Заполярья / А. Н. Петровская, В. П. Ситников, Г. А. Ачкасова. Мат. к региональной науч.-профессиональной конф. по актуальным вопросам оториноларингологии в зоне БАМ. М., 1982. – С. 56–58.
7. Сагалович Б. М. Раннее выявление нейросенсорной тугоухости у детей / Б. М. Сагалович. II конференция детских оториолар. СССР: Тез. докл. – М., 1989. – С. 58–63.
8. Холматов И. Б. Аудиологическая характеристика различных форм тугоухости и её особенности у жителей Таджикистана: Автореф. дис. ... док. мед. наук / И. Б. Холматов. – М., 1972 – 36 с.
9. Холматов Д. И. Методика исследования слуха в расширенном диапазоне частот: Метод. рекомендации / Д. И. Холматов. – Душанбе., 2004. – 15 с.
10. Холматов Д. И. К вопросу о выявлении нейросенсорного компонента тугоухости у больных хроническим гнойным средним отитом / Д. И. Холматов // Здравоохранение Таджикистана. – 2000. – № 1. – С. 20–23.
11. Davies J. E., Hearing aids for high-frequency hearing loss / J. E. Davies, D. G. John, M. J. Jones. // Clin. Otolaringol. – 1990. – Vol. 15, № 4, pt. 1. – P. 321–326.

УДК: 616. 22–006–089–036. 868

ОБОСНОВАНИЕ ПЕРЕСМОТРА ЭТАПНОСТИ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ II И III СТАДИИ С ПОЛИМЕРНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

И. И. Давыдова, А. Л. Клочихин, В. В. Виноградов

Ярославская государственная медицинская академия

(Ректор – проф. А. В. Павлов)

Согласно данным статистики рак гортани составляет от 1 до 4 % всех новообразований, при этом среди злокачественных опухолей ЛОР-органов до 80 %, занимая, таким образом, первое место среди онкопатологии головы и шеи, пятое в структуре общей онкологической заболеваемости.

Кроме того, повинуясь росту онкологической патологии в мире в целом, за последние 10 лет заболеваемость раком гортани в России увеличилась на 20 % [2]. Следует отметить, что, не взирая на увеличение патологии гортани в несколько раз, улучшения качества оториноларингологического скрининга, связанного с внедрением принципов эндоскопии в общеклиническую сеть, большее количество больных поступает на лечение в клинически развернутой картине заболевания, которое соответствует чаще II, III и IV стадиям.

Разработка эффективных методов лечения рака гортани является одной из актуальнейших задач онкологии и оториноларингологии. Стремление улучшить результаты лечения рака гортани II–III стадии привело к широкому использованию комбинированного лечения, сочетание лучевой терапии и хирургического вмешательства, которые дают лучшие результаты, чем каждое из них в качестве самостоятельного метода. Использование лучевой терапии позволяет добиться клинического излечения в течение 5 лет наблюдения у 20–50 % больных, такие же результаты наблюдаются после хирургического лечения. Прогноз проведения комбинированного лечения значительно лучше: выживаемость в течение 5 лет составляет от 60 % до 75 % [3]. Данное заключение является общепризнанным, научно обоснованным и доказанным временем, однако неизбежно остается дискуссионным вопрос об этапности проведения комбинированного лечения.

Многие специалисты рекомендуют применять лучевую терапию в плане первого этапа, аргументируя это снижением биологической активности опухоли, уменьшением размеров новообразования и сопутствующего воспалительного процесса, происходит блокировка путей лимфооттока, это ограничивает диссеминацию опухолевых клеток и уменьшает возможность рецидива и метастазов [4].



Иного мнения придерживаются авторы, которые свое отрицательное отношение к предоперационной лучевой терапии мотивируют угрозой тяжелых послеоперационных осложнений, появлением у большинства ощущения мнимого благополучия вследствие уменьшения опухоли, а также худшими условиями проведения операции из-за повышенной кровоточивости и нечетких границ опухоли [1, 3].

Рассматривая хирургический этап комбинированного лечения рака гортани, безусловный приоритет имеет функционально – щадящая хирургия гортани, особенно широкое использование которой возможно при методе полимерного эндопротезирования. Данный вариант восстановления просвета гортани после ее резекции открывает широкие возможности функциональной реабилитации больных в послеоперационном периоде [1].

Согласно сказанному выше, нас интересовало сравнение результативности комбинированного и хирургического лечения рака гортани II–III стадии с использованием эндопротезирования в зависимости от последовательности проведения лучевой терапии. Проследить влияние лучевой терапии на заживление послеоперационной раны и онкологические результаты.

Цель исследования

Оценить ближайшие и отдаленные результаты комбинированного и хирургического лечения рака гортани II–III стадии с полимерным эндопротезированием при резекции.

Задачи исследования

1. Изучить влияние последовательности этапов комбинированного лечения при резекциях гортани с эндопротезированием на заживление послеоперационной раны.
2. Проследить влияние этапов комбинированного и хирургического лечения с эндопротезированием при резекциях на отдаленные онкологические результаты.

Материалы и методы

Работа основана на анализе лечения рака гортани II и III стадии в Ярославском онкологическом центре хирургии «Голова–Шея», клинике ЛОР болезней Ярославской государственной медицинской академии в период с 1988 по 2007 год.

В исследование включен всего 191 пациент, все больные с диагнозом рак гортани II, III стадии, T2N0M0, T3N0M0, соответственно. Диагноз верифицирован после тщательного эндоскопического обследования с использованием ригидной и фиброволоконной оптики, с обязательной морфологической верификацией, последний выставлен в соответствии с классификацией по TNM последнего пересмотра. У всех пациентов проведено обследование внутренних органов для исключения отдаленного метастазирования и ультразвуковое исследование органов шеи для выявления регионарных лимфатических узлов.

Среди сопутствующей патологии доминировали заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы в равных соотношениях по группам.

Пациентам выполнено хирургическое лечение – резекция гортани, объем которой зависел от степени распространения опухоли и окончательно определялся на операции. Резекции гортани проводились по авторским методикам, защищенными патентом и детально представлены в описании изобретения.

Особенностью хирургического этапа лечения включенных в работу больных является использования полимерного эндопротеза. Последний устанавливают в просвет гортани после ее резекции для создания внутреннего каркаса. Биосовместимый трубчатый эндопротез (ЭГ 1-4, ТУ 42-2-467-85) представляет собой полый цилиндр, выполненный из трех плотно скрепленных и вставленных друг в друга трубок, состоящих из биосовместимого сополимера поливинилпирролидона с бутилметокрилатом, армированного капроновым волокном. Физиологическая и лекарственная направленность эндопротезу придана введением во все слои антимикробных препаратов: диоксида и хиноксидина с разными скоростями их выделения в окружающие ткани. Длина протеза 70 мм, внутренний диаметр 8, 10, 12 и 14 мм.

Пациентов в зависимости от последовательности этапов комбинированного лечения поделили на три группы. Первая состояла из 32 пациентов, которым проведено комбинированное лечение, включающее проведение первым этапом дистанционной гамма-терапии (ДГТ) в суммарной очаговой дозе (СОД) 40–45 ГР на аппарате «Агат С» с 2-х боковых прямых колен.



После 2–3 недельного перерыва после окончания предоперационной лучевой терапии вторым этапом комбинированного лечения выполнялся тот или иной вариант фронто-латеральной резекции с полимерным эндопротезированием.

Второй группе из 71 больного раком гортани комбинированное лечение начиналось с оперативного вмешательства в объеме резекции гортани с полимерным эндопротезированием вторым этапом проводилась послеоперационная ДГТ в СОД 40–45 Гр.

Третья группа состояла из 88 пациентов, которым было проведено только хирургическое лечение в объеме фронто-латеральной резекции с полимерным эндопротезированием. Указанные выше группы сопоставимы по стадии опухолевого процесса, гистологической структуре и форме роста опухоли, объему хирургического вмешательства. Таким образом, мы сочли возможным дальнейшее сравнение групп по основным критериям: заживление послеоперационной раны и онкологические результаты.

Заживление послеоперационной раны нами оценивалось по принципу первичного и вторичного натяжения. Последнее включает в себя нагноение раны, расхождение швов, формирование свища, ларингостомы. В первой группе рана зажила первичным натяжением в 78 % случаев, во второй группе у 97,1 % больных, в третьей 97,7 %. В группах II и III заживление раны было практически идентичным, у пациентов с предоперационной дистанционной лучевой терапией имеется статистически достоверное увеличение числа раневых осложнений.

Онкологические результаты лечения пациентов во всех группах прослежены нами в течение пяти лет, все пациенты указанной категории находятся на динамическом наблюдении в специализированном хирургическом центре «Голова–Шея», с периодичностью осмотров ежемесячно в течение первого полугодия после операции, ежеквартально в течение второго полугодия, далее один раз в 6 месяцев, и наконец ежегодно. В процессе динамического наблюдения нами были получены следующие результаты. Местный рецидив и регионарные МТС констатированы у 12 (37,5 %) из 32 больных I группы, у 31 (52,4 %) из 59 больных II группы, у 27 (34,5 %) из 78 больных III группы. При этом необходимо отметить, что местный рецидив был чаще у пациентов II группы 25 (42,3 %) из 59 и реже в I и III группе: 7 (21,8 %) из 32 и 20 (25,6 %) из 78 больных соответственно. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы шеи чаще определялось в I группе (15,6 %), и реже во II и III группе – 10,1 % и 8,9 %, соответственно.

Наличие местного рецидива в гортани не означает окончания лечения пациентов данной категории, наоборот, возможно его продолжение, как в виде хирургического, так и лучевого. Говоря о хирургии местного рецидива рака гортани, речь идет, прежде всего, о ларингэтомии, однако в ряде случаев удастся выполнить повторную резекцию, что вновь позволяет сохранить функциональную гортань и реабилитировать больного. Кроме того, как сказано выше остается резервным лучевая терапия в радикальной дозе. В нашей работе удалось радикально прооперировать местный рецидив в I, II и III группах практически в равных процентах у 6 пациентов (85,7 %) из 7, у 23 пациентов (92 %) из 25 и у 16 пациентов (80 %) из 20 больных.

При анализе данных по регионарному метастазированию рака гортани после резекций получены достаточно противоречивые данные. А именно, в группе пациентов, которым было выполнено только хирургическое лечение регионарные метастазы были выявлены в первые 6 месяцев у 7 больных после операции, соответствовали индексу N1, что позволяло выполнить модифицированную радикальную шейную лимфодиссекцию с сохранением внутренней яремной вены, добавочного нерва, кивательной и подкожной мышцы. Всем им было выполнено хирургическое лечение регионарных метастазов в виде шейной лимфодиссекции, объем которой от селективной до расширенной радикальной зависел от локализации метастазов, их размеров и степени фиксации к прилежащим структурам.

Несколько иная была картина у больных в I и II группах, выполнить радикальное хирургическое вмешательство на лимфатическом коллекторе шеи удалось менее 50 %, в первой группе 2 пациентам (40 %) и 5 больным (33,3 %) во второй группе. Связано это на наш взгляд, прежде всего с тем, что пациенты после хирургического лечения находятся на тщательном динамическом наблюдении в специализированном отделении и появление увеличенных лимфоузлов заставляет прибегать к тонкоигольной пункционной биопсии под контролем УЗИ.



В группе больных с проводимой лучевой терапией наблюдается хроническое воспаление мягких тканей шеи, даже увеличенные лимфатические узлы при этом пальпируются хуже, а верификацию из них получить сложнее по причине лучевого патоморфоза. В результате метастазирование подтверждается при больших размерах лимфоузлов. Также не маловажной причиной раннего хирургического лечения метастатического поражения шеи у больных первой группы связано с быстрым согласием больных на операцию, так как резекция гортани дала реальные результаты.

Оценивая общую онкологическую результативность в течение 5 лет, умерли от основного заболевания в группе с предоперационной дистанционной гамма терапией 34 %. После хирургического лечения погибли 17 пациентов из 78 (21 %). Среди группы больных, которым хирургическое лечение выполнялось на первом этапе комбинированного смертность достигла 8,5 %.

Выводы:

1. Лучевая терапия в предоперационной дозе оказывает отрицательное влияние на заживление операционной раны после резекций гортани с полимерным эндопротезированием.
2. Комбинированное лечение рака гортани II–III стадии с выполнением в I этапе ДГТ в СОД 40–45 Грей и резекцией гортани эндопротезированием не улучшает онкологические результаты по сравнению с послеоперационной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезиологическое обеспечение эндоларингеальных операций. / Л. Г. Петрова, Ж. Г. Романова, С. А. Борознин и др. Мат. У съезда оториноларингологов РБ. – Мн.: 2002. – С. 222–223.
2. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. /А. И. Пачес. М.: Медицина. – 2000. – 414 с.
3. Плужников М. С. Хронические стенозы гортани. /М. С. Плужников, М. А. Рябова, С. А. Борознин. СПб.: 2004. – 206 с.
4. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани. /В. О. Олышанский, П. Г. Битюцкий, Е. И. Трофимов и др. М., 1991 г., 12 с.

УДК: 616. 284–004–089. 844

СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ АТРОФИЧЕСКИХ ВТЯЖЕНИЙ И РУБЦОВЫХ СРАЩЕНИЙ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ ПОСЛЕ СТАПЕДОПЛАСТИКИ

Х. Диаб, И. А. Аникин, Б. А. Заварзин, И. И. Чернушевич

*ФГУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий»
(Директор – засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)*

Отосклероз представляет собой заболевание, проявляющееся патологическими изменениями костной капсулы внутреннего уха, что обычно сопряжено с кондуктивной потерей слуха, являющейся следствием фиксации стремечка в нише окна преддверия. Отосклеротические очаги обычно располагаются у переднего полюса окна преддверия, однако могут также встречаться в других отделах костной капсулы улитки (кохлеарный отосклероз). [1, 4]. Несмотря на успехи хирургического лечения больных отосклерозом, о чем свидетельствует значительное повышение (60–90 %) доли положительных результатов после операций на стремени, наблюдается немало случаев ухудшения слуха в ближайшие и отдаленные сроки после операции [5]. Так как стапедопластика является наиболее эффективным хирургическим вмешательством среди оссикулопластик, возникновение каких-либо отклонений от нормального течения послеоперационного периода в отношении улучшения слуха воспринимаются наиболее трагично как самим пациентом, так и отохирургом. Различия в методиках хирургического доступа (эндауральный или интрамеатальный), удаления костного навеса в области задне-верхней стенки наружного слухового прохода (долотом, острой костной ложкой или фрезой), перфорирова-