



УДК: 616. 22-006-089:301. 085

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ГОРТАНИ

К. В. Перельгин, Б. В. Куц

*Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова  
(Нач. каф. отоларингологии – проф. М. И. Говорун)*

Анализ современной научной литературы в области клиники, диагностики и лечения больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями гортани показывает, что сохраняются и имеют определенную актуальность целый ряд проблем, связанных, прежде всего, с качественным лечением указанных форм патологии.

Данные проблемы определяются высокой значимостью гортани, как морфологического органа, обеспечивающего дыхательную, голосообразующую, пищепроводную и защитную функции, высокой социальной значимостью ее как коммуникативного, обеспечивающего реализацию целого ряда биологических, биосоциальных и социальных потребностей человека органа [1], [7].

Проблема адекватного хирургического лечения доброкачественных и злокачественных новообразований гортани сохраняет свою значимость, что связано с требованиями максимальной атравматичности и функционального результата выполненного вмешательства [6]. В ларингохирургии используются современные технологии, что позволяет оптимизировать само хирургическое вмешательство и обеспечить благоприятное течение послеоперационного процесса. Однако, в данном случае «выплывает» еще один аспект проблемы современной медицины – экономический. Использование при лечении новых высокотехнологичных лечебных методик, аппаратуры и медикаментов существенно повышает стоимость лечения [3], [5].

Как отмечают многие представители общественного здравоохранения, в последние десятилетия стало весьма ощущаться несоответствие между потребностью в медицинской помощи и существующими ресурсами здравоохранения.

Повышение эффективности и качества лечения больных с опухолевой патологией гортани требует разработки принципиально новых подходов, учитывающих как непосредственный эффект лечения, так и усилия врача по его достижению [2], [4], [5].

Все вышеизложенное предопределяет актуальность исследований, проводимых в данном направлении. В связи с этим возникает необходимость разработки конкретных индикаторов качества оториноларингологической помощи при новообразованиях гортани, что и предопределяет цель и задачи исследований.

Наша работа включала в себя три этапа.

На первом этапе была проведена всесторонняя оценка изучаемой проблемы, обозначены приоритеты в проведении исследования, намечены цель и задачи, определены методология и методики исследования.

На втором этапе исследования было проведено комплексное обследование 124 больных с доброкачественными (24 пациента) и злокачественными образованиями гортани (100 пациентов) с целью проведения оценки качества и результативности осуществимого лечения.

На третьем этапе исследования было проведено комплексное сопоставление результатов лечения больных с учетом анатомических, функциональных и микросоциальных результатов в отдаленном периоде после лечения, сформулированы выводы по результатам исследования и разработаны практические рекомендации.

Исследование проводилось на базе кафедры и клиники отоларингологии Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова при проведении контрольных осмотров пациентов с доброкачественными и злокачественными образованиями гортани и, при необходимости, с использованием диагностических технологий Государственного научного центра пульмонологии (лаборатории клинической физиологии дыхания).



На первом, предварительном, этапе исследования изучались онкологические результаты проведенного лечения. Основу анализа составили истории болезни больных и амбулаторные карты. Возрастной диапазон рассматриваемых групп больных колебался от 21 года до 80 лет, при этом в старшей возрастной группе было выполнено 9 хордэктомий и 10 сагиттальных резекций гортани.

Сроки наблюдения составили от 3-х до 5-и лет.

На втором этапе исследования проводилась оценка анатомо-морфологических и функциональных результатов оперированной гортани, особенностей психоэмоционального статуса больного.

Психоэмоциональное тестирование проводилось с использованием шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Спилберга – Ханина, анкеты САН (самочувствия, активности, настроения), типовой карты теста СЭС (самооценки эмоционального состояния).

Результаты базировались на данных общеклинического, специального оториноларингологического, психофизиологического и дополнительных (при необходимости) методов исследования.

Результаты комплексного обследования заносились в специально разработанные карты для проведения последующего сравнительного анализа и статистической обработки (Табл. 1).

Таблица 1

<b>Карта обследования и лечения больного с новообразованием гортани</b>	
Анкетные данные больного	
1. Диагн.	основной
	сопутствующий
2. Особенности лечения - хирургического - лучевого - химиотерапии	
3. Основные жалобы на момент контрольного обследования	
4. Эндоскопические проявления заболевания	
5. Особенности дыхательной функции	
6. Особенности голосовой функции	
7. Особенности пищеварительной функции	
8. Психоэмоциональное состояние больного	
9. Примечание	

Нами было обследовано 24 больных с доброкачественными образованиями гортани (16 – с папилломами и 8 – с фибромами гортани).

У абсолютного большинства пациентов (62,5% наблюдений) для достижения цели лечения – выздоровления, хватало одного оперативного вмешательства.

Однако 37,5% больных потребовали проведения повторных операций в связи с возникновением рецидива заболевания в различные сроки наблюдения. В основном это были пациенты с папилломами гортани. При этом у 20,83% имелось двустороннее поражение гортани, и у 16,67% больных был односторонний процесс. Всем им потребовалось повторное хирургическое вмешательство, при этом ни у одного больного не наблюдалась малигнизация опухоли, что позволяет говорить о высоком качестве диагностики сформировавшейся патологии.

Результаты комплексного обследования больных с доброкачественными образованиями гортани, в целом, показали, что объем проведенного (хотя и минимального) лечения был достаточно адекватен и способствовал не только сохранению анатомических структур и их соотношений в гортани, но и восстановлению физиологических функций прооперированной гортани практически у всех больных.

Исследуемые больные со злокачественными образованиями гортани в стадиях T1 N0M0 – T3N0M0 и T3N1M0 были разделены на две подгруппы для проведения сравнительной оценки онкологических, анатомо-морфологических и функциональных результатов лечения. Критерием для формирования групп являлся объем тканей гортани, удаляемый в ходе различных вариантов органосохраняющих операций от хордэктомии до резекций гортани в объеме ограниченного и расширенного варианта сагиттальной резекции гортани.



Рассматриваемые операции были выполнены по разработанным в клинике оригинальным методикам, сочетавшим онкологическую надежность и высокую функциональную эффективность.

Хордэктомия была выполнена 11-ти пациентам. Операция предполагала одномоментное или отсроченное создание прототипа резецированной истинной голосовой складки. При выполнении хирургического вмешательства для этой цели использовалась слизистая оболочка вестибулярной складки и гортанного желудочка. Анализ отдаленных результатов показал, что в этой группе не было возникновения рецидивов заболевания и у всех пациентов достигнуто полное восстановление функций гортани.

Следующую группу составили больные – 36 человек (20 больных с Т3N0M0 и 16 больных с Т3N1M0), у которых была выполнена ограниченная сагиттальная резекция гортани. Операцию производили в случаях поражения всех трех отделов одной из половин гортани при ограничении ее подвижности. При этом резецировали часть перстневидного хряща, долю щитовидной железы и первое кольцо трахеи.

Во вторую подгруппу вошли 53 пациента (32 – с Т3N0M0 и 21 – с Т3N1M0), которым был выполнен расширенный вариант сагиттальной резекции гортани. Данная операция выполнялась тогда, когда имелись дополнительные поражения передней комиссуры, черпаловидного хряща, черпалонадгортанной складки и хрящевых колец трахеи. В этих случаях в комплекс резецируемых тканей дополнительно включали часть пластинки щитовидного хряща противоположной стороны, часть грушевидного синуса и несколько колец трахеи.

В ходе пластической реконструкции резецированной гортани применялась оригинальная методика пластического закрытия ларингостомы и использование синтетических полимеров.

Суммируя результаты исследований, можно заключить, что предложенные схемы отсроченной хирургической реабилитации больных, перенесших сагиттальную резекцию гортани по поводу распространенных форм рака (Т3N0M0 и Т3N1M0), позволяют восстановить разделительную, дыхательную и голосовую функции в подавляющем большинстве клинических случаев. Действительно, в группе из 33 наших пациентов все функции реконструированной гортани были реабилитированы у 31 больного, что составило 93,9% всех клинических наблюдений.

Лишь у двоих больных (6,1% от общего числа наблюдений) не удалось в полной мере восстановить беспрепятственное дыхание через воссозданную гортань. Но даже у них дыхательная функция оказалась недостаточной лишь при значительных физических нагрузках, а полученный не вполне удовлетворительный результат мог быть обусловлен пожилым возрастом, тяжелой сопутствующей патологией и негативным влиянием проведенного курса лучевой терапии. Поэтому, на наш взгляд, аналогичных неудач можно избежать в будущем, ориентируясь на более строгие показания к проведению отсроченной хирургической реабилитации рассматриваемой весьма сложной категории больных.

Результаты исследования так же показали, что в результате лечения удалось сохранить голосовую функцию у всех прооперированных больных. Таким образом, пациенты, которым был произведен как ограниченный, так и расширенный вариант сагиттальной резекции гортани были в отношении основных функций гортани спустя пять лет после операции адаптированы и могли свободно или несвободно, но все же общаться с окружающими и выполнять бытовые и социальные нагрузки. У большинства из них (около 80%) спустя пять лет после оперативного лечения наблюдается медицинская и социальная адаптация.

Изучение особенностей психоэмоционального статуса показало, что и спустя пять лет после проведенного лечения у больных сохраняется определенный элемент напряженности и тревожности, связанный, по-видимому, как с наличием дефекта гортани, так и с определенной реакцией на проводимое обследование.

Заключение: для оценки ближайших и отдаленных результатов лечения больных с новообразованиями гортани применена клиническая система контроля качества медицинской помощи. При этом проведен сравнительный анализ особенностей результатов хирургического лечения. На основе полученных в исследовании результатов оценки проведенного лечения предложена система клинических поэтапных индикаторов качества оториноларингологической помощи при заболеваниях гортани.



## ЛИТЕРАТУРА

1. Алферов В. С. Органосохраняющие методы лечения рака гортани: Автореф. дис. ... докт. мед. наук / В. С. Алферов. – М., 193– 40с.
2. Вишняков Н. И. Три звена системы контроля качества медицинской помощи /Н. И. Вишняков, В. В. Стожаров, Е. Ю. Муратова //Экономика здравоохранения. – 1997. – № 2. – С. 26–29.
3. Мамедова Л. В. Комплексная оценка хирургического лечения больных хроническим гнойным средним отитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л. В. Мамедова. – СПб: ВМедА, 2004. – 28 с.
4. Савин Ю. Н. Управление качеством медицинской помощи – основа реформирования лечебно-диагностического процесса /Ю. Н. Савин, В. А. Гуляев// Воен-мед. журн. – 1999. – Т. 320, № 2. – С. 30–39.
5. Тугай А. Б. Клиническая модель системы качества медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях ЛОР-органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Б. Тугай. – СПб: ВМедА, 2006. – 20 с.
6. Эндоларингеальная микрохирургия в лечении различной патологии гортани / В. Н. Бакумов, Е. А. Натова, В. В. Резников и др. // Материалы XVI Съезда оториноларингологов РФ, СПб., Риа-Ами 2001. – С. 443 – 445.
7. Law W. F. Reconstruction of hypopharyngeal defects in cancer surgery: do we have a choice?/ W. F. Law, K. H. Lam, W. I. Wei //Am. J. Surg. – 1987. – Vol. 154, N2. – P. 374 – 380.

УДК:616. 322-089. 87-005. 1

## ОСОБЕННОСТИ СОБСТВЕННОЙ СОСУДИСТОЙ СЕТИ НЕБНЫХ МИНДАЛИН

П. А. Панёвин

*Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова  
(Нач. каф. отоларингологии – проф. М. И. Говорун)*

Типичным осложнением при операции тонзиллэктомии является кровотечение во время операции или после неё. Можно упомянуть, что ежегодно в США умирают около 10–14 человек в связи с тонзиллэктомией. При этом основную роль в возникновении летальных исходов играет послеоперационное кровотечение. Поэтому фактор возможного кровотечения следует постоянно иметь в виду [1].

При типичной экстракапсулярной тонзиллэктомии целостность паренхимы миндалина нарушается незначительно. Однако, после ангины происходит сращение миндалина с окружающими околоминдаликовыми тканями и при тонзиллэктомии происходят вынужденные разрывы паренхимы миндалина. Таким образом, существенную роль в развитии кровотечения при тонзиллэктомии приобретает сеть сосудов непосредственно тела миндалина. Тонзиллэктомия в этих случаях становится своего рода «интракапсулярной», особо часто такое развитие событий может иметь место при глубоком расположении миндалина в нише. Отсюда во время операции кровотечение связано с повреждением сосудов, проходящих не только в клетчатке, непосредственно окружающей миндалину, а также в ее капсуле и непосредственно самой миндалине. Существует ряд клинических наблюдений, которые главную причину кровотечений относят не к повреждению сосудов, находящихся вне самой железы, а в изменениях, которые испытывают миндалины под влиянием существующего или предшествующего воспалительного состояния [6]. Прежде всего, недавно окончившееся острое воспаление миндалин, сопровождаемое расширением существующих и обильным развитием новых сосудов в ткани увеличенного органа, должны несомненно располагать к кровотечению. Поэтому даже подострое воспаление является противопоказанием для ранней операции удаления миндалин. В то же время мы не обнаружили исследований сосудистой сети ткани миндалин в этих условиях, а также и в более поздние сроки, что и обусловило цель нашей работы [6].

Травма многочисленных веточек, проходящих в небных дужках и капсуле, окружающих миндалину, без сомнения приводит к кровотечению, но кроме этих небольших, хотя и многочисленных сосудистых веточек, хирург должен иметь в виду близость более крупных сосудов.