

ОТДЕЛЕНИЮ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ КРАСНОЯРСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОДИСПАНСЕРА – 30 ЛЕТ

Ф.Б. Хлебникова, Ю.А. Дыхно, А.А. Мядзель, Д.В. Гаврилюк

*Красноярский государственный медицинский университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1,
e-mail: dyhkno_yury@mail.ru*

В 1981 г. по инициативе главного отоларинголога Красноярского края проф. Б.И. Псахиса и заведующего кафедрой онкологии д.м.н. Ю.А. Дыхно, при поддержке заведующего краевым отделом здравоохранения В.М. Ковалевского в краевом онкодиспансере было открыто 40-коечное отделение опухолей органов головы и шеи. Заведующей отделением была назначена Фаина Борисовна Хлебникова. За 28 лет руководства отделением Ф.Б. Хлебниковой была внедрена высокотехнологичная и специализированная помощь, при которой у больных с опухолями челюстно-лицевой области, ЛОР-органов, мягкотканых опухолей головы и шеи, щитовидной железы сочетались радикальные (хирургические) и специальные (химиолучевая терапия) виды лечения, органосохраняющие и реконструктивные операции, улучшающие качество жизни онкологических больных. Первыми сотрудниками отделения были Мария Петровна Голубцова, которая, будучи прекрасным маммологом, освоила новую специальность, к.м.н. Матвей Ананьевич Шапиро и онкостоматолог Олег Львович Шулович, которые на поликлинических приемах осуществляли диагностику и наблюдение за больными с опухолями челюстно-лицевой области и ЛОР-органов.

В период становления отделения огромную помощь в освоении стоматологических операций оказал проф. А.А. Левенец, который направил ведущих специалистов кафедры к.м.н. В.Ф. Останина и В.Ф. Тарасевича на работу в отделение. Аналогичная методическая помощь в освоении хирургической техники при операциях на ЛОР-органах была оказана многоопытными хирургами М.Г. Огуренем и В.Е. Париковым. При вмешательствах на щитовидной железе и расширенных операциях на шее практическую помощь оказал проф. Ю.А. Дыхно.

За прошедшие годы отделение стало не только лечебным, но и методическим центром. Сотруд-

ники отделения осуществляют плановые выезды в районы края, курируют онкологические службы районов, участвуют в научно-практических конференциях, выступают на заседаниях обществ онкологов, ЛОР-специалистов, хирургов по проблемам диагностики и тактики лечения опухолей головы и шеи. Сегодня врачи отделения в одинаковой степени владеют диагностикой и лечением больных со злокачественными заболеваниями различных органов головы и шеи. За 30 лет в отделении был создан работоспособный коллектив единомышленников. Каковы же наши основные практические задачи, решением которых отделение занимается в течение всех этих лет?

Рак гортани. Наибольшую группу больных, проходящих лечение в отделении, составляют пациенты, страдающие раком гортани. Ежегодно таких насчитывается 120–135 человек. К сожалению, большинство больных поступают в отделение с запущенными процессами – III–IV стадии заболевания. Лишь у 25 % пациентов диагностируется рак гортани I–II стадии, когда возможно провести лечение лучевой терапией с сохранением органа. Кроме того, ежегодно из края в отделение поступает 40–45 больных со стенозом гортани, которым на первом этапе лечения показано наложение трахеостомы. Причиной столь поздней диагностики является отсутствие онкологической настороженности у ЛОР-врачей, длительное и безрезультатное лечение хронических ларингитов, фарингитов и позднее обращение больных в связи с отсутствием выраженных ранних симптомов. У больных с поражением верхнего отдела гортани или обширным распространением опухолевого процесса лечение начинаем с предоперационной гамма-терапии. Однако при хондроперихондрите, распространенности опухоли на подвязочное пространство, а также в трудных случаях верификации процесса на первом этапе применяется ларингэктомия.

В течение этих лет выполнено более 700 ларингэктомий, за время работы отделения нам удалось снизить число послеоперационных осложнений до минимума. В последние 8 лет при III–IV стадиях рака гортани с успехом применяется комбинированное химиолучевое лечение с препаратами платины.

Проводимая сотрудниками отделения методическая работа среди ЛОР-врачей общей лечебной сети и их стремление к раннему выявлению рака гортани позволили уменьшить количество ларингэктомий и внедрить в практику органосохраняющие операции. Показанием к их выполнению является локальное поражение опухолью среднего отдела гортани и надгортанника. Сотрудничество с Томским НИИ онкологии дало возможность выполнять эти операции с использованием эндопротезов из никелида титана, разработанных в СФТИ им. В.Д. Кузнецова при Томском государственном университете под руководством проф. В.Э. Гюнтера. С 2004 г. выполнено 120 подобных операций, позволивших сохранить голосовую функцию гортани и не нарушить принципы радикализма онкологической операции.

Рак щитовидной железы. В 90-х годах прошлого столетия в отделении проходили лечение 20–25 больных раком щитовидной железы. В последнее десятилетие их количество увеличилось более чем в три раза, возросло число пациентов молодого возраста (до 30–35 лет).

С целью дифференциальной диагностики ассистент кафедры онкологии к.м.н. Ю.А. Фокин в начале 90-х годов внедрил метод тиреоидолимфографии. Кроме того, в течение последних 10 лет при узловых образованиях щитовидной железы с успехом используется метод ультразвукового исследования и тонкоигольной аспирационной биопсии, позволяющий выявить опухоли на ранней стадии и осуществить адекватную операцию. Это исследование успешно выполняют УЗИ-диагност Н.К. Прахт и хирург А.А. Медзель.

На протяжении многих лет в определении объема операций при раке щитовидной железы мы основывались на рекомендациях РОНЦ им. Н.Н. Блохина, согласно которым при опухолевом поражении доли железы без заинтересованности перешейка показана гемитиреоидэктомия.

При распространении опухоли на перешеек – субтотальная резекция щитовидной железы с оставлением 2–3 г противоположной доли щитовидной железы, как правило, у верхнего полюса. При поражении второй доли щитовидной железы – тиреоидэктомия. Лимфодиссекция центральной зоны шеи выполняется при подозрении на метастатическое поражение лимфоузлов, по данным дооперационного УЗИ и подтвержденное интраоперационно.

Однако согласно рекомендациям конференции «Рак щитовидной железы и эндемический зоб», состоявшейся в 2007 г. в Екатеринбурге, при раке щитовидной железы, независимо от его гистологического строения, следует выполнять тиреоидэктомию, поскольку только этот объем операции гарантирует от рецидива рака. Нами был проведен ретроспективный анализ 178 историй болезни больных с рецидивом рака щитовидной железы. Оказалось, что в подавляющем большинстве случаев рецидив был обусловлен неадекватным объемом операций и/или непроведенной ревизией шейных и загрудинных лимфоузлов. Только в 3 % случаев можно было предположить истинный рецидив злокачественного новообразования после адекватно проведенной операции, обусловленный опухолевым ростом в оставшейся части щитовидной железы. С другой стороны, диспансерное наблюдение за больными после тиреоидэктомии свидетельствует о наличии у них явлений гипотиреоза различной степени тяжести, несмотря на проведение заместительной терапии на основании данных лабораторного мониторинга гормонального статуса. В связи с этим мы по-прежнему придерживаемся тактики выполнения органосохраняющих операций при дифференцированных формах рака щитовидной железы. При низкодифференцированном и медулярном раке показана тиреоидэктомия.

В районах края осуществляется достаточно большое количество операций на щитовидной железе по поводу предполагаемого зоба, но, к сожалению, хирурги не всегда используют дооперационные и интраоперационные методы диагностики. Следует отметить, что минимальной операцией при доброкачественном узловом поражении щитовидной железы является гемитиреоидэктомия, а методика Николаева

с позиции онколога порочна. В течение последних 5 лет в крае сократилось количество неадекватных оперативных вмешательств на щитовидной железе до 5–8 операций в год, поскольку в общехирургических стационарах и в отделении эндокринной хирургии Краевой больницы № 1 г. Красноярск на вооружение принята тиреоидэктомия.

В последнее время в крае увеличилось количество больных с метастазами рака щитовидной железы в лимфатические узлы шеи и переднего средостения, возникающими после ранее выполненной тиреоидэктомии. Ежегодно в отделении выполняется до 10–15 операций у данной категории пациентов. Основная причина рецидива – неадекватность обследования больных, когда не используется УЗИ шеи на предмет поиска непальпируемых метастазов, а также МРТ – для выявления увеличенных лимфоузлов переднего средостения. По показаниям части этих больных мы выполняем лимфодиссекцию, остальным проводится радиойодтерапия в условиях Медицинского радиологического научного центра г. Обнинска.

Особую группу составляют больные, у которых опухоль щитовидной железы инфильтрирует смежные органы. Под нашим наблюдением было 8 пациентов с поражением трахеи, у 6 из них удалось осуществить оперативное вмешательство в объеме тиреоидэктомии, резекции 3–5 колец трахеи и двусторонней футлярно-фасциальной лимфодиссекции на шее и в переднем средостении. После лечения рецидив возник у 2 больных. У 3 больных рак щитовидной железы распространялся на трахею и пищевод. В этих случаях была выполнена тиреоидэктомия с резекцией 3–4 колец трахеи и боковой резекцией пищевода. Через 3 года одна больная погибла от генерализации процесса, двое других – живы.

Комбинированное лечение рака щитовидной железы с использованием предоперационной лучевой терапии в отделении проводится у больных с ограничением подвижности ткани щитовидной железы и конгломератами метастатических лимфоузлов на шее, в послеоперационном периоде – при сомнениях в радикальности операции.

Больные после операции на щитовидной

железе нуждаются в заместительной терапии, которую осуществляют эндокринолог Людмила Георгиевна Балыкова, терапевт Лариса Васильевна Шлапакова и сотрудники противозобного диспансера.

Рак языка и слизистой полости рта. Ежегодно в отделении получают лечение 25–30 больных этой локализацией. Половина из них поступает при III–IV стадиях, что свидетельствует о крайне низкой ранней выявляемости рака. Около 18 % больных поступают с I стадией заболевания, остальные – со II стадией. В первое десятилетие нашей работы тактика лечения этих больных складывалась из предоперационной гамма-терапии в дозе 40–45 Гр с последующей операцией. Наш тернистый путь хирургического лечения этих больных протекал через резекцию дна полости рта и нижней челюсти, формирование оростомы с одновременным или последующим замещением дефекта кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке. Следует констатировать, что при III стадии заболевания эти операции не увеличивают продолжительность жизни больных. Уже тогда мы пришли к выводу, что при III стадии рака дна полости рта больные должны быть подвергнуты терапевтическим методам лечения – гамма- и химиотерапии. Внедрение химиолучевой терапии при раке языка, слизистой полости рта, носоглотки проводилось при активном участии заведующей радиологическим отделением Нины Валентиновны Липатовой. Неoadъювантная химиолучевая терапия позволяет уменьшить перифокальное воспаление и объем опухоли. В связи с этим расширяются возможности выполнения радикальных хирургических вмешательств. Применение комбинированного лечения позволило добиться улучшения показателей безрецидивной выживаемости.

Рак верхней челюсти. Пациентов с этой локализацией ежегодно насчитывается 10–15 человек. Третья часть из них – в IV стадии, когда возникают выраженные признаки заболевания. Половина подобных больных подвергается комбинированному лечению, включающему гамма-терапию и операцию. При выполнении обширных, инвалидизирующих операций необходимо восполнение дефектов за счет перемещения местных тканей или аллопластики.

В качестве местных тканей используем дельтопекторальный лоскут или кожно-мышечные лоскуты на ножке. В качестве аллотрансплантата – никелидтитановые пористые пластины. В настоящее время выполнено более 30 операций с никелид титаном. Результаты лечения при распространенном процессе малоутешительны из-за рецидива опухоли, распространяющейся на орбиту, крылонебную ямку и др.

Опухоли слюнных желез. Дифференциальная диагностика включает последовательное выполнение ряда диагностических манипуляций: цитологическое исследование пунктата опухоли; срочное гистологическое исследование удаленной опухоли во время операции. Последовательность проведения этих исследований позволяет выработать адекватную тактику лечения, включающую предоперационный курс лучевой терапии и соответствующую по объему операцию. При доброкачественной опухоли проводим субтотальную резекцию околоушной слюнной железы с сохранением лицевого нерва, при злокачественной – удаление слюнной железы, а при необходимости – футлярно-фасциальную лимфодиссекцию или верхнешейную эксцизию.

Опухоли кожи. Эта группа включает пациентов с доброкачественными опухолями, раком кожи и пигментными новообразованиями. При базалиомах и плоскоклеточном раке кожи с успехом используем БФР-терапию. Однако при больших или экзофитнорастающих новообразованиях, когда трудно провести адекватную

лучевую терапию, применяем хирургическое лечение, закрывая образовавшиеся дефекты местными тканями или свободным кожным лоскутом. Особую группу составляют больные с постлучевыми язвами, которые трудно поддаются консервативному лечению. Для их лечения применяем аутофибринные пленки, иммунокоррекцию, лазерную терапию и другие методы.

Оглядываясь на 30-летний путь, пройденный отделением, мы отдаем себе отчет в проделанной работе, которая заключается не только в оказании специализированной помощи больным, но и в проведении научно-практических конференций, в которых принимали участие ведущие ученые страны: профессора А.И. Пачес, Г.В. Фалилеев, Р.М. Пропп, З.Д. Кицманюк, В.О. Ольшанский.

Неоценимую лечебно-методическую помощь нам оказывает директор Томского НИИ онкологии член-корр. РАМН, проф. Е.Л. Чойнзонов, профессора Л.С. Мусабаева, Л.Ф. Писарева, д.м.н. М.Р. Мухамедов и др., сотрудники Красноярского медицинского университета профессора А.А. Левенц, Г.И. Буренкова.

В настоящее время в отделении работают А.А. Медзель (заведующий отделением), кандидаты мед. наук Д.В. Гаврилюк и А.В. Поляков, Л.В. Балыкова, А.Ю. Гранкин, поликлинический прием осуществляет Ф.Б. Хлебникова. Успех работы отделения во многом зависит от высокопрофессиональной помощи медицинских сестер, во главе которых более 20 лет была Г.Т. Синаш.