



ройства, чем при пробе Вальсальвы, правильность выполнения и, соответственно, эффективность которой у детей контролировать сложно.

Выводы:

Несмотря на неяркою клинику, вялое течение и скудность симптоматики, экссудативный средний отит может быть причиной тяжелых осложнений, таких как хронический адгезивный средний отит, хронический гнойный средний отит, приводить к выраженному снижению слуха и инвалидизации пациентов. В то же время, ЭСО является сравнительно доброкачественным заболеванием, при котором в 50% случаев наблюдается самоизлечение, поэтому антибиотики и хирургическое дренирование среднего уха не являются первостепенными этапами терапии. В консервативном лечении ЭСО, особенно на ранних стадиях процесса, целесообразно применение устройств для самопродувания слуховой трубы в виду их безопасности и высокой эффективности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев Ю. А. Критерии количественной оценки тубарной функции у больных секреторным средним отитом / Ю. А. Лебедев, В. Ю. Шахов // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 3. – С. 30–34
2. Бобошко М. Ю. Слуховая труба / Бобошко М. Ю., Лопотко А. И. СПб.: Спец. Лит., 2003. – 360 с.
3. Бурмистрова Т. В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита / Т. В. Бурмистрова // Российская оториноларингология – 2004. – № 1 (8). – С. 25–28
4. Косяков С. Я. Острый, затянувшийся и рецидивирующий отиты: выбор лечения на распутье / С. Я. Косяков, А. С. Лопатин // Консилиум медикум. – 2004. – № 4. – С. 12–16.
5. Клиническая эффективность метода самопродувания слуховой трубы при лечении экссудативного среднего отита и тубарной дисфункции у детей / А. В. Давыдов, А. В. Староха, М. М. Литвак и др. // Материалы XVII съезда оториноларингологов России. – СПб, Риа-ами. – 2006. – С. 436–437.
6. Пат. 56189 Российская Федерация, МПК8 А61М 1/00. Устройство для самопродувания слуховой трубы / «Орион» (RU), Давыдов А. В. (RU), Староха А. В. (RU), Никитин М. Ю. (RU), Архипов В. А. (RU), Литвак М. М. (RU), Хабас М. В. (RU). Заявка № 2006100196 от 10. 01. 2006, опубликовано 10. 09. 2006
7. Virolainen E., Acoustical measurement of auditory tubal opening / E. Virolainen // Bruel and Kjoer Tech. Rev. – 1980. – № 3. – P. 23–32.
8. Practice Guideline, Managing Otitis Media With Effusion in Young Children. // Pediatrics. – Nov. 1994. – Vol. 94. – № 5.
9. Tos M. Otolaryngology in Denmark 1899–1999 / M. Tos // Copenhagen. – 1999. – P. 73–90.
10. Sonotubometry findings in children at high risk from middle ear effusion / K.J. Munro, C. L. Benton, R.J. Marchbanks // Clin. Otolaryngol. – 1999. – Vol. 24. – № 3. – P. 223–227.
11. Williamson I. Otitis media with effusion / I. Williamson // Clinical Evidence. – 2001. – № 5 – P. 359–366.
12. Point Prevalence of Barotitis and Its Prevention and Treatment with Nasal Balloon Inflation: A Prospective, Controlled Study / S. -E. Stangerup, M. Klokke, S. Vesterhauge // Otolaryngology & Neurology. – 2004. – № 25 (2). – P. 89–94.

УДК 616. 22-006-089-036. 868

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ С ПОЛИМЕРНЫМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕМ

И. И. Давыдова

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

Рак гортани занимает первое место среди злокачественных новообразований головы и шеи [6] Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения рака гортани. В последние десятилетия, в связи с внедрением в практику онкологов современных диагностических технологий, уточняющих границы опухолевого поражения, появлением новых полимерных материалов, бурное развитие получила функционально-щадящая хирургия гортани.

После появления метода полимерного эндопротезирования гортани при раке, появились новые возможности функциональной реабилитации больных в послеоперационном периоде



[4, 5, 7]. Эндопротезирование гортани, биосовместимым трубчатым эндопротезом (ЭГ 1–4, ТУ 42–2–467–85), как этап оперативного вмешательства, позволяет формировать просвет гортани достаточный для дыхания, предупреждает рубцовое стенозирование в зоне операции, дает возможность деканюлировать больных в раннем послеоперационном периоде. Применение при эндопротезировании метода чрескожной струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ЧК ВЧ ИВЛ), позволяет вообще не оформлять трахеостому [1, 3]

Эндопротез представляет собой полый цилиндр, выполненный из трех плотно скрепленных и вставленных друг в друга трубок, состоящих из биосовместимого сополимера поливинилпирролидона с бутилметакрилатом, армированного капроновым волокном. Физиологическая и лекарственная направленность эндопротезу придана введением во все слои антимикробных препаратов: диоксидина и хиноксидина с разными скоростями их выделения в окружающие ткани. Длина протеза 70 мм, внутренний диаметр 8, 10, 12 и 14 мм.

Основным показателем успешно проведенного лечения злокачественных опухолей принято считать сроки жизни после операции: ближайшие и отдаленные онкологические результаты. Значительно в меньшей степени уделяется внимание проблемам жизни больных после онкологических операций. В настоящее время имеется реальная возможность оценивать не только срок жизни пациента после излечения от опухоли, но и «качество» его дальнейшей жизни.

Однако в доступной нам литературе приводятся 2–3-х летние онкологические результаты, [2]. Представляет большой интерес проследить отдаленные (5-ти и 10-ти летние) онкологические и функциональные результаты лечения с применением полимерного эндопротезирования по поводу рака гортани на большом архивном материале.

Цель исследования:

Дать оценку отдаленных онкологических и функциональных результатов эндопротезирования гортани по поводу рака.

Задачи исследования:

Проследить отдаленные 3-х, 5-ти и 10-ти летние онкологические результаты выживания.

Объект исследования:

203 больных раком гортани с применением на операции биосовместимого полимерного эндопротеза (ЭГ 2-3), прооперированных на клинической базе кафедры ЛОР ЯГМА с 1988 по 2006 г.

Начиная с 1988г. по настоящее время на базе ЛОР отделения больницы им. Соловьева г. Ярославля и центра «Голова шея» выполнено 203 резекции гортани с полимерным эндопротезированием по поводу рака гортани, в основном II – III стадии. Всем пациентам были выполнены различные варианты в основном вертикальных резекций гортани с эндопротезированием. Под интубационным наркозом через ранее наложенную трахеостому, либо через оформляемую под местной анестезией на момент операции, обнажают гортань и верхний отдел трахеи. Производят резекцию не только гортани, но и по показаниям трахеи. Далее не только в гортань, но и в трахею устанавливают полимерный эндопротез, на котором восстанавливают целостность указанных органов с помощью послойного ушивания передних мышц шеи, фасций и ушивания кожной раны наглухо, без формирования плановой ларинго – или трахеостомы. Крепящие нити эндопротеза выводят через мягкие ткани шеи на ее передне-боковую поверхность и закрепляют на последней с помощью пуговиц. Удаление эндопротеза производили в амбулаторных условиях, под местной анестезией через рот на 6 – 40 сутки после операции, в зависимости от объема резекции (чем больше объем и чем больше страдал хрящевой каркас гортани, тем больше стоит эндопротез).

С распространением метода чрескожной транстрахеальной струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ЧК ВЧ ИВЛ), появилась возможность модернизировать анестезиологическое пособие при резекции гортани для исключения негативных последствий трахеостомии и ускорения функциональной реабилитации больных в послеоперационном периоде. Использование ЧК ВЧ ИВЛ для респираторной поддержки при резекции гортани с полимерным эндопротезированием, позволяет отказаться от предоперационной трахеостомии. Это соответствует функционально – щадящей концепции хирургии гортани и позволяет обеспечивать адекватный газообмен, при достаточно травматичной и длительной операции на гортани.



По виду респираторной поддержки группа пациентов делится на:

- Объемная ИВЛ с интубацией через трахеостому – 69 пациентов.
- Метод чрескожной струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ) использован у – 134 пациентов.

У пациентов, которым операция выполнялась под интубационным наркозом, через ранее наложенную трахеостому, либо через оформляемую под местной анестезией на момент операции, сроки деканюляции были следующие: 25 пациентов ушивание трахеостомы на операции, 13 пациентов – от 1 до 3-х дней после операции, 27 пациентов – от 3-х до 15 дней после операции, 4 пациента – от 1 до 3-х месяцев после операции. Метод ЧК ВЧ ИВЛ использован у остальных пациентов и трахеостома вообще не накладывалась. В послеоперационном периоде заживали первичным натяжением 186 пациентов, вторичным натяжением 17 пациентов. Удаление эндопротеза на 6–15 сутки выполнено у 123 пациентов, на 15–30 суток у 72 пациентов, на 31–40 суток у 8 пациентов. Для нас представлял большой интерес проследить отдаленные 5-ти и 10-ти летние онкологические результаты лечения (Табл. 1).

Таблица 1

Отдаленные онкологические результаты лечения больных раком гортани с полимерным эндопротезированием.

Основная группа 203 пациента	3-х летняя выживаемость	5-ти летняя выживаемость	10-ти летняя выживаемость
Количество живых (в том числе пролеченные, по поводу рецидива или региональных метастазов)	108	65	26
Количество прослеженных после операции.	139	87	34
% соотношение	108/139 77.7 % +3,5%	65/87 74.8 % +4,6%	26/34 76.4% +7,2%

Примечание: здесь в числителе – число больных живых
В знаменателе – число прослеженных больных после операции

Выводы:

Резекции гортани по поводу рака II – III степени с полимерным эндопротезированием, позволяют при сохранении высоких онкологических результатов (выживаемость 5-ти и 10-ти летняя составляет: 77,7% + 3,5%; 74,8% + 4,6%; 76,4% + 7,2%) соответственно добиться высокой реабилитации дыхательной функции, а использование ЧК ВЧ ИВЛ дает возможность выполнять резекции вообще без наложения трахеостомы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Битюцкий П. Г. Оценка онкологических и функциональных результатов использования модификаций функционально-щадящих операций у больных раком гортани. / П. Г. Битюцкий, Е. И. Трофимов, В. В. Милованов // Сб. науч. тр. «Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи», М., 1991., С. 86–89.
2. Лилеев Д. В. Преимущества чрескожной струйной ВЧ ИВЛ при резекции гортани. / Д. В. Лилеев, А. Л. Клочихин. – Тез. докл. – 5-я ежегодная Российская онкологическая конференция. – 2001. – С. 116.
3. Лилеев Д. В. Влияние способа респираторной поддержки при резекции гортани с полимерным эндопротезированием по поводу рака на газовый состав капиллярной крови больных на этапах хирургического лечения. / Д. В. Лилеев, А. Л. Клочихин, А. Е. Кашманов // Мат. VI ежегодной онкологической конф., 26–28 ноября 2002 года, Москва, С. 171.
4. Ольшанский В. О. Хирургическая реабилитация функции гортани с помощью эндопротезирования после резекций по поводу рака. / В. О. Ольшанский, В. В. Кешалава, А. Л. Клочихин // Вестн. оторинолар. – 1984. – № 6. – С. 55–60.
5. Ольшанский В. О. Реабилитация больных раком гортани после фронтолатеральной резекции с эндопротезированием. / В. О. Ольшанский, В. В. Кешалава, А. Л. Клочихин. // Вопросы онкологии. – 1985. – т 31. – № 4. – С. 89–92.
6. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. / А. И. Пачес – М., 1997., 479 с.
7. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани. / В. О. Ольшанский, П. Г. Битюцкий, Е. И. Трофимов и др. – М., 1991 г., 12 стр.