

Т. А. Акетова, В. Л. Любаев, В. П. Бойков, Т. И. Грушина, Т. Д. Тарашева

РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

НИИ клинической онкологии ГУ РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, Москва

С 1968 г. по настоящее время в РОНЦ РАМН накоплен опыт лечения 2306 больных раком гортани различной распространенности. Применяли различные методы лечения — лучевую терапию, химиолучевое лечение, операции различного объема. Пятилетняя выживаемость составила 65—100%. Все больные нуждались в реабилитационных мероприятиях, направленных на восстановление функций гортани. Сочетание ряда хирургических приемов с логовосстановительной терапией у большинства пациентов способствовало быстрому возвращению к работе и общению с окружающими. Наиболее трудная проблема — реабилитация больных, перенесших ларингэктомию. Показаны возможности различных направлений развития восстановительных мероприятий и необходимость их дальнейшего совершенствования и изучения.

Ключевые слова: гортань, рак гортани, резекция гортани, гемиларингэктомия, ларингэктомия, трахеостома, логовосстановительная терапия, голосообразование, трахеопищеводное шунтирование.

The CRC RAMS has the experience of treatment of 2306 patients with different stages of laryngeal cancer. The treatment included radiotherapy, chemoradiotherapy and surgery of different extent. The 5-year survival was 65-100%. All patients required rehabilitation treatment to restore laryngeal function. Combination of certain surgical procedures with logoreconstructive therapy helped most patients to return to work and continue communication with surrounding people. Rehabilitation of patients undergoing laryngectomy is the most difficult problem. The paper describes prospects for various rehabilitation treatments and emphasizes the need in their further improvement and study.

Key words: larynx, laryngeal cancer, resection of the larynx, hemilaryngectomy, laryngectomy, tracheostoma, logoreconstructive therapy, voice generation, tracheoesophageal by-pass.

Среди пациентов со злокачественными опухолями головы и шеи наибольшую группу составляют больные раком гортани. За последние десятилетия проведены многочисленные научные исследования, которые позволяют своевременно поставить диагноз, выбрать для каждого больного оптимальный план лечения. Удалось повысить выживаемость больных раком гортани до 65—100% в зависимости от распространенности поражения.

С 1968 г. по настоящее время в РОНЦ РАМН находилось под наблюдением 2306 больных раком гортани, треть из которых (739 больных) имели ограниченные поражения T1—2N0M0. Всем 739 больным проведено органосохраняющее лечение, позволившее сохранить абсолютному большинству такой важный орган, как гортань. Различные по объему ларингэктомии выполнены 1392 пациентам. Сочетанное применение лучевой

терапии, лекарственного лечения, операции приводит к образованию стойких дефектов на шее, лишает пациентов громкой разговорной речи и дыхания через естественные пути. Поэтому без применения реабилитационных мероприятий подобные больные лишены возможности общения с окружающими, не могут вернуться к нормальной жизни и работе. Реабилитация больных раком гортани должна проводиться комплексно и включать различные аспекты. Медицинский аспект направлен на восстановление ослабленных или утраченных функций и психических способностей больного. Разработаны показания для выбора оптимального метода лечения при раке гортани T1—2N0M0. Проведение лучевой терапии по радикальной программе приводит к выздоровлению большинства пациентов и сохранению целостности гортани. Однако в 10—16% наблюдений сохраняются явления перихондрита разной степени тяжести: болезненность в области гортани, стойкий отек слизистой оболочки, который увеличивается при переохлаждении, голосовой нагрузке, стридорозное дыхание, стойкая охриплость и т. д. Эти явления плохо купируются только лекарственными

средствами, поэтому лечебные мероприятия должны проводиться комплексно. Пациенты получают освобождение от работы, им необходимо соблюдать голосовой режим, диету, принимать назначенные антигистаминные препараты и курсы ингаляционной терапии.

Выполнение хирургических вмешательств при раке гортани T1—2N0M0 направлено на радикальное удаление опухоли и максимальное сохранение всех функций гортани. Разработан ряд хирургических приемов, способствующих скорейшему заживлению раны, раннему и быстрому возвращению пациентов к обычной жизни и работе. Формирование временной трахеостомы заключается в поперечном рассечении кожи над яремной вырезкой, трахеи между ее кольцами и оформлении трахеостомы путем сближения кожи и колец трахеи двумя швами сверху и снизу. Это позволяет избежать инфицирования тканей в области трахеостомы, ежедневная смена трахеотомической трубки превращается в легкую процедуру. Снятие наложенных ранее швов и сближение краев кожи приводит к заживлению и закрытию трахеостомы в течение 7—10 сут. Следует отметить, что кожный разрез над яремной вырезкой и основной продольный разрез вдоль гортани не соединяются.

Разработанные в клинике опухолей головы и шеи основные хирургические приемы, применяемые при выполнении функционально сохраненных резекций гортани, направлены на закрытие раневой поверхности, что должно приводить к гладкому течению послеоперационного периода и максимальному восстановлению функций гортани. При резекции гортани мы иссекаем угол щитовидного хряща после проведения двух продольных разрезов. При этом, во-первых, обнажается область передней комиссуры, что позволяет выбрать необходимую границу резекции противоположной от опухоли голосовой складки, во-вторых, появляется возможность соединения края рассеченной слизистой оболочки гортани с надхрящницей, которая сохраняется при резекции угла щитовидного хряща. Затем ушиваются мягкие ткани без пластин щитовидного хряща, что позволяет сохранить широким просвет гортани. Явления перихондрита мы не наблюдали.

Необходимость выполнения операции при поражении голосовой складки, гортанного желудочка, перехода процесса на подскладочный отдел, а иногда и на нижнюю поверхность вестибулярной складки приводит к образованию значительного дефекта тканей. В большинстве наблюдений удается закрыть дефект мобилизованной и перемещенной вестибулярной складкой. При этом не остается раневой поверхности. Также мы используем прямые мышцы шеи, которые мобилизуем, и замещаем ими дефект тканей гортани (более 50 больных). Мышца хорошо эпителизируется, сохраняется просвет гортани, и не возникает рубцовых деформаций. Стенозирование возникло у одной женщины с узким просветом гортани. Следует учитывать, что переднебоковая резекция гортани и гемиларингэктомия сопровождаются образованием обширных дефектов тканей и полностью избежать закрытия раневой поверхности слизистой оболочкой не удается.

Функционально сохраненные операции на гортани любого объема всегда сопровождаются ухудшением голосовой функции, и все больные нуждаются в логовосстановительных занятиях, направленных на усиление и укрепление голоса. Нарушения функции голосообразования после резекции

гортани различаются по степени тяжести, что зависит от объема операции. Восстановительная логотерапия находится в прямой зависимости от послеоперационного заживления. Эффективность восстановления выше при раннем начале занятий, однако при проведении лучевой терапии начало занятий переносится на более поздний период. Методика занятий аналогична при работе с дисфониями различной степени тяжести: активация наружных мышц гортани, организация фонационного дыхания, серия ортофонических упражнений. Использование данной методики позволяет вернуть на прежнюю работу 75% больных, деятельность которых связана с речевой нагрузкой, а 10—15% больных меняют профессию.

При местнораспространенном раке гортани эффективность лучевой терапии не превышает 50%, а выполнение функционально сохраненных операций возможно у ограниченного числа пациентов. Применяемые в последние годы новые режимы лучевой терапии, совершенствование радиологической техники, использование радиосенсибилизаторов, сочетание лучевой терапии и химиотерапевтических препаратов (химиолучевой метод) несколько улучшили отдаленные результаты лечения и позволяют большему числу больных сохранить гортань. Однако литературные сведения об эффективности различных методов консервативного лечения разноречивы.

Принципы и методы хирургии рака гортани изменились более существенно. Широкое распространение получили органосохраняющие и реконструктивные операции при распространенных опухолях [2]. Выполнение операций такого объема преследует цель сохранить часть гортани не в ущерб онкологической задаче, оставить функциональный резерв гортани, предупредить рубцовый стеноз органа. По нашим данным, 20% пациентов остаются канюленосителями. Большинство хирургов предпочитают оформление ларингостомы с целью предупреждения стеноза гортани. В последующем выполняются различные варианты пластического закрытия ларингостомы.

Традиционным методом лечения распространенного рака гортани является комбинированный, который позволяет добиться 5-летней выживаемости у 60—82% пациентов, но сопровождается полным удалением гортани [1]. Ларингэктомия и постоянная трахеостома психологически тяжело переносятся больными, т. к. они лишены возможности нормально разговаривать и общаться с окружающими и становятся инвалидами. Ларингэктомия делает невозможным голосообразование на функциональной основе. Больные могут общаться шепотом, своеобразным из-за обедненности гласными звуками и низкой интенсивности звучания. Образование звука происходит за счет усиления артикуляции тканей ротовой полости и глотки при использовании небольшого объема воздуха, находящегося в ротовой полости.

Восстановление голосовой функции является главной задачей реабилитации больных, перенесших удаление гортани. Голосообразование возможно несколькими путями: применением логопедических методик, использованием голосообразующих аппаратов, выполнением трахеопищеводного шунтирования. Псевдоголос — сложный процесс, в котором существенную роль играют раздражение головного мозга, взаимодействие слухового и речедвигательного анализаторов,

выработка новых ассоциативных путей, совокупность действий психорефлекторных механизмов. При формировании новых условных рефлексов и их закреплении ежедневными логопедическими занятиями большое значение имеет состояние психики больного. В этом плане необходимо учитывать следующие положения. У большинства больных после ларингэктомии имеет место эмоционально-психологическая декомпенсация, основным пусковым моментом которой служат тяжесть перенесенной операции и отсутствие звучной речи. Эффективность обучения зависит от индивидуальных личностных и характерологических особенностей больного. Как показало обследование пациентов после ларингэктомии, успешно обучившиеся звучной речи пациенты с самого начала отличались от группы больных с низкой эффективностью обучения более высоким и развитым интеллектом, уравновешенностью, эмоциональной устойчивостью, стремлением самостоятельно принимать решения. Они считали себя ответственными за события, происходящие с ними, выбирали активную позицию при решении проблем. Были получены значительные отличия по шкалам ипохондрии, депрессии, психастении, невротической триады. Создание условных рефлексов звучного псевдогласа, постоянные фонетические упражнения, необычность ситуации требуют от больных определенного эмоционального и психологического напряжения.

Для повышения эффективности обучения больных звучной речи мы проводили лечение в следующем объеме. За 2—3 ч до фонопедических занятий больным проводилась процедура электросна по глазнично-затылочной методике. Частота импульсов тока 10—20 Гц, сила тока до ощущения легкой вибрации, продолжительность ежедневного сеанса 30—60 мин, на курс лечения 12—20 процедур. Электросон сочетали с приемом малых доз седативных препаратов, водолечением, сеансами психотерапии. В результате у всех больных был достигнут седативный эффект, исчезли астеноневротические явления, появился положительный настрой на занятия, повысились усвояемость предлагаемых логопедами упражнений и их ежедневный объем. Занятия проходили в спокойной и сосредоточенной обстановке, уменьшилась усталость к концу занятий. Продолжительность занятий с логопедом при необходимости могла быть увеличена, а сроки реабилитации голоса были уменьшены. Отдаленные результаты лечения показали, что использованные физические факторы не ухудшали течение основного заболевания.

Логовосстановительная терапия начинается в ближайшем послеоперационном периоде, при условии первичного заживления раны и удаления носопищеводного зонда. Проведение послеоперационного лучевого лечения не является противопоказанием для логопедических занятий. При возникновении ранней лучевой реакции, сопровождающейся явлениями трахеита, проводились противовоспалительная терапия, аэрозольтерапия (ингаляции с низкодисперсными аэрозолями, диметилсульфоксидом, гормональными препаратами, масляные ингаляции). Одновременно продолжались логопедические занятия в щадящем режиме. При выраженном воспалении антибиотики назначались помимо ингаляционного метода введения перорально или парентерально. По показаниям больным проводилась аэрозольтерапия

ферментами, улучшающими дренаж бронхов, бронхолитическими и гормональными средствами, оказывающими гипосенсибилизирующее и противовоспалительное действие. Ингаляции больным с трахеостомой делали на зарубежных и отечественных аппаратах с помощью специально разработанных приставок с клапанным устройством для разделения вдоха и выдоха. Эти мероприятия позволяли в 92% случаев ликвидировать воспаление в трахее и бронхах, что подтверждалось исследованием микрофлоры. Воспалительные процессы, вызванные несколькими возбудителями, труднее поддавались лечению, чем вызванные одним возбудителем. Продолжительность деканюляции больных зависела от особенностей формирования трахеостомы и на фоне данного лечения в среднем составляла 7—10 сут.

Обычно занятия с пациентами проводятся в полном объеме через 3—4 нед после операции на фоне специального курса дыхательной гимнастики, разработанной в отделении восстановительного лечения и восстановительной логотерапии. Серия упражнений заключается в активизации мышц шеи, артикуляционной гимнастике, активизации мышц пищевода на уровне CIV—CVI (место образования псевдоглотиса), речевой работе, направленной от простого к сложному (от фраз из 2 слов сопряженно-отраженной речи к спонтанной речи), работе над длительностью звучания псевдогласа, тембром, интонацией звучной речи. В результате логовосстановительной терапии овладели речью в полном объеме 80%, голосом в объеме бытового общения 15%, в объеме фраз из 2 слов 5% больных. Недостатком является значительное отличие пищеводного голоса от естественного. Пищеводный голос тише, менее выразителен, фонация сопровождается шумом, исходящим из трахеостомы, что ухудшает восприятие речи. Частое заглатывание воздуха нарушает плавность речи, вызывает скандирование. Существуют противопоказания к обучению пищеводной речи — глоточные свищи, фарингостома, эрозивный трахеит, значительное сужение трахеостомы, комбинированные операции с резекцией корня языка, тяжелые сопутствующие заболевания.

В клинике опухолей головы и шеи большое внимание всегда уделялось проблеме предупреждения осложнений после удаления гортани. Разработанный комплекс хирургических мероприятий позволил изменить ситуацию [3]. Изменение техники хирургических вмешательств заключается в максимальном щажении мягких тканей шеи во время операции. Выделение гортани проводится строго анатомично, мышцы рассекаются без использования зажимов и без перевязки их шовным материалом, по возможности максимально сохраняется слизистая оболочка гортаноглотки, не пораженная опухолевым процессом, мышечный сжиматель глотки рассекается остро. Это позволяет избежать натяжения тканей при формировании глоточной воронки. Применяется непрерывный подслизистый шов с помощью атрауматической нити. При формировании глоточной воронки атрауматической нитью прокалывается только подслизистый слой краев дефекта глотки. Бережное отношение к констриктору глотки во время выделения гортани позволяет применять второй непрерывный атрауматичный шов, с помощью которого констриктором глотки укрывается первый шов. Далее рана послойно ушивается и дренируется.

Мы отказались от длительного канюленосительства, которое вызывает трахеиты и, как следствие, рубцовое сужение трахеостомического отверстия. Бесканюльное ведение сократило время пребывания пациентов в стационаре. Кроме того, при необходимости лучевое лечение могло быть начато в оптимальные сроки. Трахеостомическую трубку мы удаляем на следующий день после операции. Особенно это важно у тех пациентов, которым ранее выполнена трахеостомия и у которых уже развился трахеит. Данная методика позволяет проводить противовоспалительное лечение, в том числе и местно, направленное на ликвидацию уже развившегося трахеита. В настоящее время число больных, нуждающихся в ношении канюли, не превышает 5—6%.

После 1980 г. указанные хирургические приемы позволили уменьшить число послеоперационных фарингостом, требующих пластических операций, с 25 до 5% и временных свищей с 40 до 15%. В клинику часто поступают больные с трахеостомой, выполненной в другом учреждении, с уже развившейся гнойной инфекцией, фиброзно-язвенным трахеитом и некрозом краев стомы. Поэтому при выполнении ларингэктомии мы иссекаем все ткани вокруг трахеостомы вместе с кожей, 2—3 кольцами трахеи, воспалительно измененными фрагментами долей щитовидной железы, связанными воспалительным инфильтратом в области трахеостомы. После удаления этих тканей формируется трахеостомическое отверстие. Такая тактика позволяет избежать вторичного заживления трахеостомы.

С 1983 г. в отделении с превентивной целью применяли щадящий вариант фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи. Предложенная методика удаления клетчатки шеи значительно уменьшает раневую поверхность, менее травматична, сохраняет анатомическое соотношение тканей и функцию. Таким образом, изменение техники хирургических вмешательств и применение ряда хирургических приемов позволило свести к минимуму частоту местных послеоперационных осложнений, исключить образование фарингостом, расширить показания для выполнения расширенных и расширенно-комбинированных операций, существенно улучшить отдаленные результаты лечения. Заживление раны первичным натяжением при таком объеме операций составило 83%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойков В. П. Рак гортани (клинико-морфологические особенности, эффективность лечения и индивидуальный прогноз). Дис ... д-ра мед. наук. — М., 1989. — С. 31.
2. Лапченко С. Н., Рево В. В., Чесноков А. А. Реконструкция гортани после субтотального ее удаления. — М., 1987. — С. 25.
3. Любаев В. Л., Бойков В. П., Абдуллин Н. А. К вопросу об ушивании глотки после ларингэктомии. Опухоли головы и шеи. Сб. науч. трудов, вып VI, Томск, 1985. — С. 173—175.

Поступила 25.06.03