РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ГОРТАНИ

ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
Россия, 344037, г. Ростов-на-Дону, 14-я линия, 63, тел. 8 (863) 2-955-441. E-mail: rnoi@list.ru

В работе показан опыт использования возможностей пластической и реконструктивной хирургии. Увеличение удельного веса функционально-щадящих операций в лечении местно-распространенного рака гортани позволяет по-новому осмыслить возможности реконструктивных вмешательств, а реабилитация функций гортани при этом опосредованно повлияет и на онкологические результаты, существенно сократив число отказов от хирургического лечения.

Ключевые слова: реконструктивные операции, рак гортани.

V. V. KALYI, P. V. SVETITSKY, V. L. VOLKOVA

RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH LOCALLY-ADVANCED LARYNGEAL CANCER

Federal state Institution «Rostov cancer research institute of Russian medical technologies»,
Russia, 344037, Rostov-on-Don, 14 line, 63, tel. 8 (863) 2-955-441. E-mail: rnoi@list.ru

Experience of using possibilities of plastic and reconstructive surgery is presented. Increasing role of functional-saving operations in treatment of laryngeal cancer gives a new meaning to possibilities of reconstructive operations, and rehabilitation of functions of larynx influences indirectly oncological results, significantly decreasing the rate of refuses from surgical treatment.

Key words: reconstructive operations, laryngeal cancer.

Рак гортани – тяжелое заболевание, поражающее преимущественно мужчин в возрасте 40–60 лет, т. е. в период их максимальных творческих возможностей. В структуре всех злокачественных опухолей рак гортани занимает 5-е место, уступая только раку легкого, желудка, опухолям кожи, лимфатической и кровеносной систем. Среди злокачественных опухолей ЛОР-органов рак гортани занимает первое место и встречается в 65–70% случаев. В III–IV стадиях этот процесс впервые выявляется у 60–80% пациентов [1].

Что касается лечения рака гортани на ранних стадиях, то чаще всего удается добиться стойкого выздоровления применением лучевого воздействия, что и выполняется во избежание операционной травмы, как наиболее оправданного с онкологической и функциональной позиций. При III–IV стадиях необходим комбинированный метод лечения, включающий этап хирургического лечения, экстирпацию гортани, которая, в свою очередь, предполагая отсутствие нормального дыхания, лишение голоса, социальную ущербность, толкает больных на отказ от операции. Полной резорбции опухоли при раке гортани III стадии удается добиться лишь в 30–35% случаев, т. е. 65–70% пациентов заведомо обречены на ларингэктомию [2].

Такая ситуация стимулирует разработку и внедрение в практику функционально-щадящих операций, и больные чаще дают согласие на такие вмешательства, т. к. появляется перспектива сохранения основных функций гортани. К сожалению, в практической работе такие больные подвергаются ларингэтомии, приводящей к инвалидности. По этой причине нередки отказы от хирургического вмешательства на гортани со стороны самих больных.

Разработано достаточное количество видов резекций гортани, подразделяющихся на хордэктомию, боковую, переднебоковую, горизонтальную, субтоталь-

ную и др. Однако наступающие стойкие расстройства защитной и голосовой функций гортани заставляют многих хирургов сдержанно относиться к подобным операциям.

В свете вышесказанного заслуживает внимания опыт использования возможностей пластической и реконструктивной хирургии.

Увеличение удельного веса функционально-щадящих операций в лечении местно-распространенного рака гортани позволяет по-новому осмыслить возможности реконструктивных вмешательств, а реабилитация функций гортани при этом опосредованно повлияет и на онкологические результаты, существенно сократив число отказов от хирургического лечения.

Результаты и их обсуждение

С 1999 по 2007 год в отделении опухолей головы и шеи по разработанной и внедренной нами в практику методике половинной боковой резекции гортани с реконструкцией прооперированно 72 пациента в возрасте от 41 до 74 лет. У 73,3% из них распространение опухолевого процесса ограничивалось одной половиной гортани с поражением черпаловидного хряща и неподвижностью голосовой складки, а в 26,7% опухоль распространялась на переднюю комиссуру и передние отделы противоположной половины гортани с сохранением подвижности голосовой складки.

Гистологическая структура опухоли у 53,3% больных была представлена умеренно дифференцированным плоскоклеточным раком с тенденцией к орогованию, у 33,3% – высокодифференцированным плоскоклеточным раком с орогованием и у 13,4% – плоскоклеточным неороговевающим раком. Первым этапом комбинированного лечения больным выполнялась разработанная в отделении опухолей головы и шеи РНИОИ половинная боковая резекция гортани с реконструкцией,

позволяющая получить хорошие функциональные результаты, выражающиеся в восстановлении разделительного биомеханизма «глотание – дыхание» за счет того, что на место удаленного черпаловидного хряща перемещается большой рожок щитовидного хряща на питающей ножке, который впоследствии выполняет роль «порога», препятствующего забросу пищи в верхние дыхательные пути. 96,7% пациентов, прооперированных по данной методике, уже через 7 суток вернулись к питанию через естественные пути с удовлетворительными результатами.

По прошествии 10–14 суток после операции всем пациентам проводили курс дистанционной гамма-терапии на область гортани и пути лимфооттока до суммарной очаговой дозы 40 ГР.

Эффективность лечения оценивали по степени восстановления функций гортани (глотание, дыхание, речь); по частоте и характеру послеоперационных осложнений.

Показателем восстановления разделительной функции гортани (глотание – дыхание) мы считали сроки удаления носопищеводного зонда и перевод больного на питание естественным путем. В наших наблюдениях зонд был удален в сроки до 7 дней 96,7% пациентов. В сроки до 6 месяцев с момента хирургического вмешательства деканюлированы 87% больных. Функция дыхания через естественные пути была компенсирована в полном объеме у 81,4% от всех деканюлированных больных. У 15% пациентов наблюдались явления компенсированного стеноза гортани.

Анализируя функциональные результаты предложенной нами методики резекции гортани с реконструкцией, следует отметить, что полной реабилитации всех функций гортани с восстановлением разделительного биомеханизма (глотание – дыхание) мы достигли в 83,3%, а реабилитации функции дыхания – в 90% наблюдений. Голосообразовательная функция гортани была сохранена у всех пациентов в объеме, достаточном для социальной и трудовой реабилитации.

Исходя из вышесказанного, показаниями к данной операции считаем: 1) распространенность опухолевого процесса, ограниченную одной половиной гортани; 2) поражение опухолью не более чем передней трети другой, подвижной голосовой складки.

Использование разработанной щадящей операции на гортани как этапа комбинированного лечения рака гортани III стадии дало возможность добиться полно-

ценной трудовой и социальной реабилитации прооперированных пациентов, не нарушая принципов онкологического радикализма.

Немаловажным моментом при выполнении органосохраняющих операций на гортани при III стадии являются так называемые «онкологические» результаты. По прошествии 8 лет с момента внедрения в практику половинной боковой резекции гортани с реконструкцией по предложенной методике можно судить не только о функциональных возможностях операции, но и об отдаленных результатах лечения.

С 1999 года первым этапом комбинированного лечения прооперировано 72 пациента с верифицированным местно-распространенным раком гортани III стадии. Лучшей иллюстрацией к этому служит показатель пятилетней безрецидивной выживаемости, который составляет 77,6%.

Рецидив заболевания в течение первого года после комбинированного лечения, включающего разработанную резекцию гортани, возник у 13,2% больных, они были подвергнуты ларингэктомии. Это были пациенты с гистологически умеренно дифференцированным плоскоклеточным раком гортани III стадии. Метастазирование процесса в региональные лимфатические узлы шеи наблюдали у 11,5% пациентов в сроки от 11 до 27 месяцев с момента окончания лечения, им выполнены диссекции шейных лимфатических узлов по общепринятым методикам.

Все вышеперечисленное дает возможность сделать вывод о том, что основная масса рецидивов раковой опухоли гортани возникает в срок до 1 года с момента операции. Прогностически неблагоприятными факторами, снижающими сроки безрецидивной выживаемости, являются инфильтративный тип роста опухоли и низкая степень ее дифференцировки. Полученные результаты позволяют рекомендовать способ реконструктивной операции на гортани больным с III стадией заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ольшанский В. О.* и соавт. Реабилитация голосовой функции с помощью голосовых протезов после удаления гортани по поводу рака // Вестник оториноларингологии. – 2003. – № 5. – С. 4–7.
2. *Чиж Г. И.* Рак гортани. – Ростов-на-Дону, 2004. – 110 с.

Поступила 13.01.2010

О. В. КАЛМИН, Ю. С. АФАНАСИЕВСКАЯ, А. В. САМОТУГА

ПОПУЛЯЦИОННО-ЦЕНТРИЧЕСКИЙ МЕТОД СОМАТОТИПИРОВАНИЯ КАК ОДИН ИЗ СПОСОБОВ ОЦЕНКИ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

*Кафедра анатомии человека Пензенского государственного университета,
Россия, 440026, г. Пенза, ул. Лермонтова, 3, тел. 8 (961) 59-54-900. E-mail: siays@yandex.ru*

Проводили анализ антропометрического статуса 289 студентов юношеского возраста и соматотипирование по методике Б. А. Никитюка – А. И. Козлова. В целом в популяции среди юношей и девушек преобладают лица мезоморфного телосложения нормотрофического типа. Распределение подкожно-жировой клетчатки у юношей доминирует выше пояса и на конечностях, у девушек – ниже пояса и на конечностях. По анализу индекса массы тела популяция характеризуется отсутствием в целом излишней массы тела.