

УДК 615.832.97:616.22-006.6-08

N.I. Toporova, V.L. Lubaev, T.D. Tabolynskaya, V.P. Bojkov, I.N. Pustynsky

THE ROLE OF CRYOGENIC METHOD IN TREATMENT OF T3N0M0 LARYNX CANCER PATIENTS

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center RAMS, Moscow

ABSTRACT

Cryogenic method in treatment of T3N0M0 larynx cancer patients is highly effective. It is recommended for combined treatment with radiation therapy or for residual tumor treatment after radiation therapy that allows conservation of the larynx and its function without additional treatment and considerably increases patient's quality of life with the same treatment results.

Conservation of larynx and its functions without any additional treatment in 92,5 % of studied patient group has significantly increased patient's quality of life with the same treatment results.

Key words: T3N0M0 larynx cancer, residual tumor, cryodestruction, conservation of larynx, quality of life

Н.И. Топорова, В.Л. Любаев, Т.Д. Таболинская, В.П. Бойков, И.Н. Пустынский

РОЛЬ КРИОГЕННОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНИ Т3N0M0

ГУ РОНЦ им Н.Н.Блохина РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

Криогенный метод лечения рака гортани Т3N0M0 высокоэффективен. Он показан в плане комбинированного лечения в сочетании с лучевой терапией или лечении оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии, обеспечивает сохранение гортани и ее функций без дополнительных мероприятий, что значительно повышает качество жизни пациентов, не ухудшая результатов лечения.

Сохранение гортани и ее функций без дополнительных мероприятий у 92,5 % исследуемой группы значительно повышает качество жизни пациентов без ухудшения результатов лечения.

Ключевые слова: рак гортани Т0N0M0, оставшаяся опухоль, криодеструкция, сохранение гортани, качество жизни

Лечение рака гортани – сложная проблема современной онкологии. По данным Н.Н. Трапезникова и соавт. (2001 г.), независимо от стадии заболевания, 5-летняя выживаемость больных раком гортани в России в 1999 г. составила 53,3 %. Ограниченные опухолевые поражения гортани, соответствующие символу T1 – T2, диагностируются лишь в 30-40 % случаев. Распространенный рак гортани, соответствующий символу T3-T4, диагностируется в 60-70 % случаев.

Сложную проблему представляет лечение больных распространенным раком гортани T3-4N0-2M0, рецидивами и продолженным ростом опухоли после лучевой терапии. Эффективность лучевой терапии у этой категории больных составляет 20-30 %, а резекция гортани возможна лишь 8-12 % больных. Традиционным является комбинированный метод лечения с различной последовательностью лучевой и хирургического компонентов в объеме ларингэктомии, позволивший достичь 5-летней выживаемости 75-88 % больных

[2]. Удаление гортани и наличие трахеостомы тяжело переносятся больными, приводя к значительным функциональным и косметическим нарушениям, лишают больного привычного образа жизни, сопровождаются тяжелой психической травмой. К труду после ларингэктомии возвращаются лишь 18 % больных [1-7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ лечения 92 больных раком гортани Т3N0M0 (мужчин – 91 (98,9 %), женщин – 1 (1,1 %)), плоскоклеточный рак с ороговением – 87,0 % больных, плоскоклеточный рак без ороговения – 13,0 % больных.

Криодеструкция опухоли гортани в плане самостоятельного лечения выполнена 1 (1,1 %) больной, показанием был отказ от лучевой терапии.

В 38 (41,3 %) наблюдениях на первом этапе лечения проведена лучевая терапия на область гортани и лимфатические узлы шеи в суммарной очаговой дозе 40-45 Гр.

53 (57,6 %) больным проведена криодеструкция оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 60-70 Гр.

Лучевая терапия на область гортани проведена на дистанционных гамма-терапевтических аппаратах типа РОКУС-М и АГАТ-Р с двух противоположных полей. В объем облучения включалась вся гортань. Размеры полей облучения составляли от 5х6 до 6х8 см. Лечение проводилось разовой очаговой дозой 2 Гр 5 раз в нед по расщепленному курсу. После суммарной очаговой дозы лучевой терапии 40-45 Гр делали перерыв в лечении 2-3 нед для стихания лучевых реакций и реализации радиационного эффекта. При уменьшении опухоли гортани более, чем на 50 %, продолжали лучевую терапию до суммарной очаговой дозы 60-70 Гр. При уменьшении опухоли гортани менее, чем на 50%, на втором этапе лечения проводили криодеструкцию.

Одновременно с криодеструкцией рака гортани произведено фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи на стороне наибольшего поражения опухолью 17 (18,3 %) больным. Показаниями были: локализация опухоли в области передней комиссуры, гортанного желудочка, окологортанного пространства и преднадгортанникового отдела гортани, увеличение лимфатических узлов шеи на стороне поражения опухолью до 10 мм, диагностированные клинически или при ультразвуковом исследовании шеи.

Криодеструкция опухоли гортани у большинства больных проводилась под нейрореплетанализацией. Однако при локализации опухоли гортани в передних отделах, преднадгортанниковом пространстве, а также больным, имеющим в анамнезе хронические заболевания легких, показана криодеструкция опухоли гортани под общим эндотрахеальным обезболиванием через трахеостому, наложенную до начала криовоздействия.

Криовоздействие на опухоль гортани осуществлено через ларингофиссуру контактным способом, в один сеанс, методом криоаппликации с одного или нескольких полей, 2-3 циклами замораживания-оттаивания, по 1-2 мин в каждом цикле. Нами использован криогенный аппарат КА-02. Хладоагентом является жидкий азот температурой -196 °С.

Криодеструкция опухоли гортани выполнялась по разработанной нами методике. При опухоли до 6 мм, соответствующей диаметру криоаппликатора, криодеструкция проводится с одного поля, 2-3 циклами замораживания-оттаивания с экспозицией 1-2 мин в каждом цикле; при опухоли гортани более 6 мм – с нескольких полей от периферии к центру, зоны замораживания перекрещиваются. Количество циклов замораживания-оттаивания зависит от размеров опухоли гортани.

При распространении опухоли гортани на переднюю комиссуру в зону замораживания включается вся опухоль, передняя комиссура и передняя половина голосовой складки здоровой стороны. При локализации опухоли в задних отделах гортани криодеструкция проводится с учетом повреждения черпаловидного хряща. Для предотвращения его разрушения необходимо подвести термопарный датчик непосредственно к хрящу.

17 (18,5 %) больным одновременно с криодеструкцией опухоли гортани проведена операция на шее.

По окончании криодеструкции опухоли гортани

18 (19,6 %) больным произведена трахеостомия и поставлена трахеотомическая трубка № 3-4 для санации трахеобронхиального дерева до восстановления самостоятельного питания через рот. Все больные деканюлированы на 3-7-е сутки. Показаниями к трахеостомии были: локализация рака гортани в передних отделах и сопутствующие хронические заболевания легких, длительное курение табака.

После криовоздействия на опухоль гортани ограничений в режиме не требуется. Все больные в течение 2-10 сут после операции питаются жидкой пищей через носопищеводный зонд. Противовоспалительная, противоотечная, десенсибилизирующая терапия, ультразвуковые ингаляции с антибиотиками (согласно антибиотикограмме) и муколитиками способствуют уменьшению послеоперационных воспалительных осложнений, уменьшению гнилостного запаха изо рта, удалению фибринозного налета со слизистой оболочки гортани.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Анализ клинического материала показал, что процесс заживления характеризуется образованием нежного атрофического рубца розового цвета, который мало заметен через 4-6 мес после криодеструкции. В процессе репарации максимально проявлялись замещающие возможности тканей, в результате чего дефекты в области криовоздействия через 6-12 мес были незначительны. У всех больных достигнут хороший косметический и функциональный эффект без дополнительных восстановительных мероприятий.

Операция на шее, проведенная одновременно с криодеструкцией опухоли гортани, не усложняет течения заболевания и не увеличивает количества осложнений. Криовоздействие не оказало отрицательного влияния на течение сопутствующих соматических заболеваний, поэтому не является противопоказанием у больных с хроническими соматическими заболеваниями и в преклонном возрасте.

В послеоперационном периоде отмечены общие и местные осложнения у 37 (40,2 %) больных. Из общих осложнений в 2 (5,4 %) наблюдениях было обострение хронической пневмонии. Из местных осложнений отмечены: щелевидная ларингостома в 29,4 % и лигатурный свищ – в 5,4 %, которые закрылись через 2-4 нед самостоятельно. Осложнения не повлияли на результаты лечения.

Неудачи в криогенном лечении опухоли гортани отмечены у 6 (6,5 %) больных, из них – в 2 наблюдениях рецидив и в 3 – продолженный рост опухоли. Метастазы в лимфатические узлы шеи реализовались в 8 (8,7 %) наблюдениях через 6-15 мес на стороне наибольшего поражения гортани опухолью.

Разработанная методика криогенного лечения рака гортани позволила получить в 1-й группе 38 больных, которым криодеструкция опухоли проведена в плане комбинированного лечения, безрецидивную 3-летнюю выживаемость 86,8 %, 5-летнюю – 84,2 %. Общая выживаемость: 3-летняя – 94,7 %, 5-летняя – 92,1 %.

В группе 53 больных криогенное лечение оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии позво-

лило получить следующие результаты. Безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 71,7 %, 5-летняя – 69,2 %. Общая 3-летняя выживаемость составила 92,5 %, 5-летняя – 88,7 %. Криодеструкция позволила сохранить гортань и ее удовлетворительные функции 93,5 %, возвратились к труду 85,7 % больных трудоспособного возраста.

ВЫВОДЫ

Криогенный метод лечения рака гортани ТЗНОМ0 высокоэффективен. Он показан в плане комбинированного лечения в сочетании с лучевой терапией или лечении оставшейся опухоли гортани после лучевой терапии. Абсолютными противопоказаниями к криодеструкции являются разрушение опухолью щитовидного хряща, распространение опухоли за пределы органа и генерализация опухолевого процесса.

Преимуществом криогенного метода лечения является сохранение гортани и ее функций без дополнительных мероприятий, что значительно повышает качество жизни пациентов, не ухудшая результатов лечения.

Криовоздействие не оказало отрицательного влияния на течение сопутствующих соматических заболе-

ваний, поэтому не является противопоказанием у больных с хроническими соматическими заболеваниями и преклонного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пачес А.И., Шенталь В.В., Птуха Т.П. и др. Криогенный метод лечения опухолей головы и шеи. – М.: Медицина, 1978. – 168 с.
2. Огольцова Е.Г., Пачес А.И., Матякин Е.Г. и др. Комбинированное лечение рака гортани I-II стадии с различной последовательностью облучения и операции. Оценка превентивных методов воздействия на регионарные зоны (по материалам кооперированного рандомизированного исследования) // Вестник отолар. – 1990. – № 4. – С. 52–57.
3. Шенталь В.В., Таболиновская Т.Д., Пустынский И.Н. Практическая криохирургия. – М., 1995.
4. Битюцкий П.Г. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани: Дис. ... докт. Мед. наук. М., 1990.
5. Дармаков В.В. Клиническая реабилитация больных на этапах хирургического и комбинированного лечения рака гортани: Дис. ... докт. мед. наук. М., 1999.
6. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. 4-е издание. – М., 2000.