

ГОЛОСОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛАРИНГЭКТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ И КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Л.Н. Балацкая, Е.Л. Чойнзонов, Е.А. Красавина, С.Ю. Чижевская

ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Рак гортани относится к группе наиболее социально значимых заболеваний, т.к. инвалидизация пациентов в значительной степени снижает трудовой потенциал общества. Совершенно оправданным является стремление ученых на современном уровне, на стыке смежных дисциплин, комплексно решить проблему улучшения качества жизни больных, так как одной из причин инвалидности пациентов наиболее трудоспособного возраста является полная утрата звучной речи после ларингэктомии.

Цель исследования. Улучшение качества жизни больных после полного удаления гортани путем разработки современных методических подходов к голосовой реабилитации.

Клиническое исследование проведено 24 больным раком гортани III–IV ст., которым в раннем послеоперационном периоде после ларингэктомии выполнялось восстановление голосовой функции. Для формирования звучной речи использовался компьютерно-программный комплекс с применением биологической обратной связи на основе математического моделирования. Биологическая обратная связь – это метод медицинской реабилитации, при которой пациенту с помощью компьютерной программы во время голосовых тренировок непрерыв-

но в реальном времени предоставляется информация о физиологических показателях деятельности голосовой функции посредством световых и звуковых сигналов обратной связи. Применение данной методики способствует скорейшему включению компенсаторных возможностей организма и ускоряет процесс формирования звучной речи благодаря тому, что пациент может сознательно контролировать деятельность голосовой функции и управлять ее параметрами. Тренировочная подсистема комплекса включает в себя три типа тренировок: вызывание звука псевдоголоса, увеличение длительности фонации, повышение частоты основного тона.

Эффективность восстановления голосовой функции составила 94,4 % в сроки от 5 до 22 дней. Оценка эффективности методики проводилась с помощью объективных функциональных методов исследований: акустических, эндоскопических, спирографических, электромиографических и изучения качества жизни по Международному протоколу.

Таким образом, применение разработанной методики голосовой реабилитации позволяет повысить эффективность голосовой реабилитации, сократить сроки реабилитационных мероприятий и значительно улучшить качество жизни.

САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ЛУЧЕВОЕ И КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬЮ $T_3N_{1-3}M_0$

В.В. Барышев, В.Г. Андреев, В.А. Панкратов, В.А. Рожнов, М.Е. Буякова

ГУ МРНЦ РАМН, г. Обнинск

Регионарные метастазы у больных раком гортани существенно ухудшают отдаленные результаты лечения. Методики лечения таких пациентов дискуссионны.

Задача исследования – определение оптимальной методики лечения у больных раком гортани ($T_3N_{1-3}M_0$).

Материал и методы. Исследуемая группа 112 пациентов. Лечение начинали с лучевой терапии: традиционное фракционирование – $n=40$, модифицированный “условно-динамический” курс – $n=30$, мультифракционная методика ($1+1$ Гр) – $n=24$, сочетанная

гамма-нейтронная терапия – $n=8$. 10 больным проведена лучевая терапия фракциями по 5 Гр до СОД 20 Гр с неотсроченной операцией. После облучения СОД 40 Гр производилась этапная оценка регрессии опухолевых очагов. При достаточной радиочувствительности ($n=58$) выполнено “радикальное” лучевое лечение, 54 пациентам вторым этапом проведено хирургическое вмешательство.

Результаты. Низкие показатели безрецидивной пятилетней выживаемости (4,8 %) получены при конвенциональной самостоятельной лучевой терапии, а лучшие (21,4 %) – в группе мультифракционного облучения. Нет значимых различий в показателях прогрессирования и частоте рецидивов первичной опухоли и регионарных метастазов. Эффективность лечения определялась степенью поражения зон регионарного ме-

тастазирования – при N_1 общая выживаемость 47,6 %, а при N_3 – 0,0 %. При комбинированном лечении благоприятное течение послеоперационного периода отмечено в группах с предоперационным концентрированным облучением. Пятилетняя общая и безрецидивная выживаемость составила 44,4 %. Частота прогрессирования опухолевого процесса при комбинированном лечении: 35,7 % при “условно-динамическом” фракционировании и до 57,1 % при традиционном. Эффективность лечения зависела от степени поражения лимфатических узлов шеи – общая выживаемость при N_1 составила 68,4 %; при N_2 – 33,3 %; при N_3 – 9,1 %.

Выводы. Предпочтительный метод лечения данной группы больных – комбинированный с предоперационным концентрированным облучением и неотсроченной операцией.

ХИРУРГИЯ ГИПЕРОСТОТИЧЕСКИХ КРАНИООРБИТАЛЬНЫХ МЕНИНГИОМ

А.И. Белов, В.А. Черкаев, А.М. Зайцев, А.Г. Винокуров

МНИОИ им. П.А. Герцена, г. Москва

НИИ нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко РАМН, г. Москва

Тактика лечения больных с гиперостотическими краниоорбитальными менингиомами до настоящего времени остается спорной. Ряд авторов наблюдают больного в течение многих лет, учитывая доброкачественный характер и медленный рост опухоли, другие авторы наоборот настаивают на удалении опухоли на ранней стадии заболевания.

В работе анализируются 63 больных в возрасте от 23 до 70 лет с гиперостотическими краниоорбитальными менингиомами, оперированных с 1998 по 2003 г. Все гиперостотические краниоорбитальные менингиомы мы разделили на три группы: латеральные (46 %), медиальные (44,4 %) и распространенные (9,6 %). Возраст больных варьировал от 20 до 73 лет. Более половины больных были в возрасте от 30 до 50 лет. Преобладали женщины – 87 %, мужчин – 13 %. В 41 % наблюдений опухоль располагалась справа, в 59 % – слева. Наличие признаков опухоли в гиперостозе было во всех наших наблюдениях, что подтверждает необходимость радикального удаления гиперостоза. В 98,6 % наблюдений для удаления опухоли применяли орбитозигматический доступ. В 3,2 % на-

блюдений для удаления менингиом зрительного нерва с гиперостозом использовался супраорбитальный доступ.

Всем больным на 5–8-е сут после операции, затем через ежегодно производилось КТ-исследование с контрастным усилением. По данным КТ полное удаление опухоли с резекцией гиперостоза было в 81 % наблюдений, у 15,8 % больных имелся остаток гиперостоза в проекции переднего наклоненного отростка, у 3,2 % – в проекции переднего наклоненного отростка и решетчатой пазухи. 9,52 % больных, у которых гиперостоз удален не полностью, были старше 65 лет и имели грубые соматические заболевания.

У 44,4 % больных при гистологическом исследовании выявлена фибробластическая менингиома, у 30,1 % больных – менинготелиоматозная менингиома и у 25,5 % – смешанного строения. Каких-либо корреляций между гистологической структурой и особенностями клиники, диагностики и операции не выявлено.

У всех больных после операции имело место нарастание глазодвигательных нарушений, что связано с манипуляциями в области верхней глазничной щели или непосредственно на мышцах глазного яблока.