



УДК: 616.22-006.6-089.5

СЛУЧАЙ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ГОРТАНИ БЕЗ ТРАХЕОСТОМИИ**А. Е. Смирнов, А. Л. Клочихин, Д. В. Лилеев****THE CASE OF THE COMBINED SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENT WITH LOCALLY ADVANCED STENOSING CANCER OF THE LARYNX WITHOUT TRACHEOSTOMY****A. E. Smirnov, A. L. Klochikhin, D. V. Lileev***ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)*

В данной работе представлен случай комбинированного хирургического лечения больного с местно-распространенным стенозирующим раком гортани. Пациенту выполнена диагностическая прямая опорная ларингоскопия с биопсией опухоли гортани с одномоментным комбинированным хирургическим лечением в объеме субтотальной резекции гортани с полимерным эндопротезированием и шейной лимфодиссекцией в условиях общей анестезии с чрезкожной транстрахеальной высокочастотной искусственной вентиляцией легких без формирования трахеостомы.

Ключевые слова: *рак гортани, резекция гортани, трахеостомия, высокочастотная искусственная вентиляция легких.*

Библиография: *9 источников.*

This paper presents a case of combined surgical treatment of patients with locally advanced stenosing cancer of the larynx. Patients are fulfilled diagnostic direct laryngoscopy with biopsy of tumors of the larynx with one-stage combined surgical treatment in the amount of subtotal resection of the larynx with a polymeric endoprosthesis and cervical lymph node dissection under general anesthesia with percutaneous transtracheal high-frequency artificial lung ventilation without a tracheostomy.

Key words: *cancer of the larynx, laryngeal resection, tracheostomy, high-frequency artificial lung ventilation.*

Bibliography: *9 sources.*

В процессе хирургического лечения местно-распространенного стенозирующего рака гортани остается много нерешенных проблем. Ввиду поздней диагностики данной патологии больные чаще всего поступают в профильный стационар с преимущественно III–IV стадиями заболевания (70–80%), что диктует необходимость выполнения им комбинированных и сочетанных операций [2, 3]. Однако успешное проведение расширенных хирургических вмешательств у данной категории больных возможно лишь в условиях адекватного периоперационного анестезиологического обеспечения. При этом необходимо учитывать некоторые анатомические и клинко-физиологические особенности больных со стенозирующим раком гортани. Это наличие дыхательной недостаточности инспираторного или клапанного характера с хронической гипоксемией и гиперкапнией, нарушение дренажной функции бронхов и мукоцилиарного клиренса с обострением хронической обструктивной болезни легких, часто встречающейся у таких пациентов [1, 9]. Следует также обращать внимание на параметры трофологического статуса больного со стенозирующим раком гортани, оценивая степень нутриционной недостаточности и метаболической дисфункции, оказывающих непосредственное влияние на течение послеоперационного периода.

Судя по современным тенденциям в онколарингологии в настоящее время основной функционально-щадящей операцией при местно-распространенном раке гортани является резекция гортани с эндопротезированием полым полимерным протезом [4, 6, 7]. В большинстве



случаев резекцию гортани выполняют под общей анестезией с интубацией трахеи через предварительно сформированную под местной анестезией трахеостому и объемной искусственной вентиляцией легких [8]. Однако ряд негативных последствий трахеостомии, а также сложившаяся в современных условиях тенденция к выполнению органосохраняющих и функционально – сохранных операций при раке гортани требуют пересмотра методов общей анестезии и респираторной поддержки в онколарингологии.

В Ярославском центре хирургии «Голова-шея» применяются различные модификации струйной высокочастотной искусственной вентиляции легких (ВЧ ИВЛ) при резекциях гортани с эндопротезированием по поводу рака, позволяющие отказаться от предоперационной трахеостомии [5].

Приводим клиническое наблюдение комбинированного хирургического лечения стенозирующего рака гортани под общей анестезией с высокочастотной искусственной вентиляцией легких без трахеостомии.

Больной К., 64 лет, госпитализирован в Ярославский центр хирургии «Голова-шея» с жалобами на одышку с преимущественным затруднением вдоха, боли при глотании, охриплость голоса, похудание. Объективно состояние больного средней степени тяжести. На шее справа пальпируются два безболезненных смещаемых лимфатических узла диаметром 3,5 см. При непрямой ларингоскопии визуализируется экзофитная опухоль правой голосовой складки, переходящая на грушевидный синус и гортанный желудочек справа и левую голосовую складку. Отмечается ригидность правой половины гортани. Просвет гортани сужен до 3 мм. Биопсию из гортани при непрямой ларингоскопии взять не удалось из-за высокого глоточного рефлекса и беспокойного поведения больного. При пункции шейных лимфатических узлов справа получено гистологическое заключение: метастазы плоскоклеточного рака. При обследовании пациента данных за отдаленные метастазы не обнаружено. Больному планировали выполнить прямую опорную ларингоскопию с биопсией опухоли гортани в целях верификации диагноза. При подтверждении диагноза рака гортани – выполнение комбинированной органосохраняющей операции – субтотальной резекции гортани с эндопротезированием с одномоментной шейной лимфодиссекцией на стороне поражения без трахеостомии. Предположительный диагноз: рак складочного отдела гортани T3N2M0, метастазы в шейные лимфатические узлы справа, IIb стадия, стеноз гортани II степени.

Больному проведена прямая опорная ларингоскопия с биопсией новообразования гортани. Анестезиологическое пособие начали с установки транстрахеального катетера для проведения ВЧ ИВЛ. Предварительно провели орошение задней стенки глотки 10%-ным аэрозолем лидокаина. Под местной анестезией 2%-ным раствором лидокаина выполнена пункция передней стенки трахеи иглой типа Дюфо в 4-ом межкопечевом промежутке с последующим проведением аспирационной пробы и установкой транстрахеального катетера. Вентиляционный катетер фиксирован к коже шелком. Через катетер начата чрескожная транстрахеальная ВЧ ИВЛ (ЧТ ВЧ ИВЛ) при низком давлении на входе в аппарат (1 атм). Аускультативно отмечали симметрично выслушиваемые над обоими легкими шумы ВЧ ИВЛ, что подтверждало правильность установки вентиляционного катетера. После индукции анестезии и введения миорелаксантов установлен операционный ларингоскоп, выполнена биопсия опухоли гортани. Во время операции ЧТ ВЧ ИВЛ осуществляли с частотой 120 дыхательных циклов в минуту с соотношением вдох/выдох – 1 : 2 и давлением на входе в аппарат 2–3 атм. На протяжении всего вмешательства мониторировали наличие свободного пассивного выдоха при проведении ЧТ ВЧ ИВЛ для профилактики баротравмы легких в условиях стеноза гортани II степени. После завершения вмешательства и пробуждения больного извлекли операционный ларингоскоп, и постепенно снижая давление кислорода, завершили проведение ЧТ ВЧ ИВЛ. Через вентиляционный катетер начали инсуффляцию увлажненного кислорода. Результат гистологического исследования, выполненного в экстренном порядке, – в препарате элементы высокодифференцированного плоскоклеточного рака. Получено информированное добровольное согласие больного на планируемый объем хирургического вмешательства.

Через вентиляционный катетер начали ЧТ ВЧ ИВЛ при низком давлении на входе в аппарат (1 атм). После индукции анестезии и введения миорелаксантов в надскладочное пространство



установили интубационную трубку с внутренним диаметром 7 мм без раздувания манжеты а в целях обеспечения свободного выдоха. Во время операции вентиляцию легких проводили 100% кислородом через транстрахеальный катетер с частотой дыхания 120 циклов в минуту и давлением кислорода на входе в аппарат 2,5–3 атм. Соотношение вдох/выдох: до и после вскрытия просвета гортани – 1 : 2; в наиболее травматичные моменты операции – 1 : 1 или 2 : 1 (для усиления экспульсивного эффекта); после установки эндопротеза – 1 : 1 (для усиления эффекта тампонады давлением). В случаях возникновения угрозы функционального стеноза вследствие манипуляций хирурга в полости гортани использовали режим прерывистой ВЧ ИВЛ, для чего выключали аппарат ВЧ ИВЛ на 10–15 с. Больному выполнили субтотальную резекцию гортани с эндопротезированием полым полимерным протезом ЭГ 1-4, ТУ 42-2-467–85. После установки эндопротеза в его просвет заводили интубационную трубку, что обеспечивало свободный выдох и санацию дыхательных путей. Операционную рану ушивали наглухо. После проведения первого этапа хирургического вмешательства осуществляли тщательную санацию дыхательных путей через интубационную трубку и протез гортани.

На втором этапе хирургического вмешательства больному выполнена шейная лимфодиссекция справа под общей анестезией с ЧТ ВЧ ИВЛ. Общая продолжительность операций составила 175 мин. После окончания операции, восстановления сознания, мышечного тонуса и самостоятельного эффективного дыхания больного экстубировали, придерживая пальцами руки протез гортани через рот, и в течение суток наблюдали в отделении реанимации и интенсивной терапии. В послеоперационном периоде проводили оксигенотерапию через транстрахеальный катетер, кардиомониторинг, инфузионную и антибактериальную терапию, а также санацию дыхательных путей через протез гортани и транстрахеальный катетер. Дыхание через протез гортани было свободным и эффективным. Через сутки после операции перед переводом больного в профильное хирургическое отделение вентиляционный катетер извлекли из трахеи. Эндопротез гортани удалили через 10 суток после операции. Осложнений послеоперационного периода не было. Больной выписан из стационара на 14-е сутки после операции.

В представленном клиническом случае больному со стенозирующим раком гортани проведена диагностическая прямая опорная ларингоскопия с биопсией опухоли гортани с одномоментным комбинированным хирургическим лечением в объеме субтотальной резекции гортани с эндопротезированием и шейной лимфодиссекцией в условиях общей анестезии с чрескожной транстрахеальной ВЧ ИВЛ без формирования трахеостомы, что позволило исключить неблагоприятные последствия трахеостомии. В данном случае чрескожная транстрахеальная ВЧ ИВЛ обеспечила адекватность и безопасность общей анестезии без формирования трахеостомы, а также достаточные условия «хирургического комфорта» при выполнении комбинированной операции по поводу местно-распространенного стенозирующего рака гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаева Н. Н., Хасанов У. С., Байбекова Э. М. Морфологические изменения дыхательного тракта у больных с деформацией гортани и трахеи // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 6. – С. 24–27.
2. Алферов В. С., Огольцова Е. С. Реконструкция гортани после расширенных фронтолатеральных резекций при местно-распространенном раке гортани // Там же. – 1994. – № 2. – С. 36–38.
3. Битюцкий П. Г., Трофимов Е. И., Милованов В. В. Оценка онкологических и функциональных результатов использования модификаций функционально-щадящих операций у больных раком гортани: сб. науч. тр. «Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных опухолей головы и шеи». – М., 1991. – С. 86–89.
4. Битюцкий П. Г., Трофимов Е. И. Оценка показаний к повторным оперативным вмешательствам после комбинированного лечения рака гортани с выполнением на втором этапе функционально-щадящих операций // Вестн. оторинолар. – 1993. – № 4. – С. 16–19.
5. Клочихин А. Л., Марков Г. И., Лилеев Д. В. Трахеостомия – необходимость или операция выбора при резекции гортани по поводу рака // Там же. – 2003. – № 3. – С. 26–29.
6. Ольшанский В. О., Битюцкий П. Г., Трофимов Е. И. Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении больных раком гортани. М., 1991. – 120 с.
7. Ольшанский В. О., Кожанов Л. Г. Резекции гортани по поводу рака с эндопротезированием // Вестн. оторинолар. – 1995. – № 4. – С. 8–11.
8. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 423 с.



9. Торчинский Л. Г., Осипова Н. А., Ветшева М. С. Общая анестезия и вентиляция легких при эндоскопических операциях по поводу опухолей гортани, трахеи и бронхов // Анестезиология и реаниматология. – 2001. – № 5. – С. 22–26.

Смирнов Андрей Евгеньевич – канд. мед. наук, врач анестезиолог-реаниматолог ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница», докторант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. Ярославль, пр. Октября, д. 67, тел.: 8-4852-315-684, e-mail: andsmr@list.ru; **Клочихин** Аркадий Львович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5, тел.: 8-4852-303-985, e-mail: klochikhin@yandex.ru; **Лилеев** Дмитрий Владимирович – канд. мед. наук, зав. отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ Ярославской области «Клиническая онкологическая больница». 150049, Ярославль, пр. Октября, д. 67, тел.: 8-4852-315-684, e-mail: andsmr@list.ru

УДК: 616.284-002.258

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ С ХОЛЕСТЕАТОМОЙ

И. А. Сребняк

NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC OTITIS MEDIA WITH CHOLESTEATOMA

I. A. Srebnik

ГУ «Институт оториноларингологии им. проф. А. И. Коломийченко Национальной академии медицинских наук Украины», Киев
(Директор – академик НАМНУ, проф. Д. И. Заболотный)

Целью исследования было разработать новые подходы в лечении пациентов хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой, чтобы снизить вероятность развития резидуальной холестеатомы, а в случае ее возникновения инактивировать ее протеолитический потенциал.

Разработаны и внедрены в клинику схемы комплексного лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой. В схемы комплексного лечения, наряду с основным хирургическим этапом лечения (различные виды санирующих операций в зависимости от условий), пациентам местно вводился полифункциональный ингибитор протеолитических ферментов – аprotинин, а в случаях распространенных инфицированных инвазивных холестеатом – препарат, угнетающий явления ангиогенеза, активной пролиферации кератиноцитов, – интерферон. По разработанным схемам пролечены 124 пациента с хроническим гнойным средним отитом с холестеатомой.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, холестеатома, протеолитическая активность, энзиматическая активность, аprotинин, интерферон.

Библиография: 16 источников.

The aim was to develop the new approaches in the management of chronic otitis media with cholesteatoma to reduce the risk of residual cholesteatoma development or in the cases of its appearance to inactivate cholesteatoma's enzymatic activity.

The schemes of complex treatment were developed and provided in clinic. The main stage was surgical treatment with the local use of polyfunctional enzymatic activity inhibitor – aprotinin; in cases with diffuse extended middle ear cholesteatoma – interferon – to deprive angiogenesis and active keratinocytes proliferation. By these schemes of complex treatment 124 patients with middle ear cholesteatoma were treated on.

Key words: chronic otitis media, cholesteatoma, protheolytic activity, enzymatic activity, aprotinin, interferon.

Bibliography: 16 sources.