

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ЛОР-ОНКОЛОГИИ

**В.Ф. Антонив, В.И. Попадюк, Т.В. Антонив,
М.И. Богатырева, Е.В. Русанова**

Кафедра оториноларингологии
Российский университет дружбы народов
Ул. Миклухо-Маклая, 8, 117198 Москва, Россия

В работе отражены причины роста числа больных злокачественными опухолями ЛОР-органов. Одной из причин является развитие радиогенных новообразований. Радиогенные опухоли отличаются целым рядом особенностей, которые описаны в данной статье. В работе речь идет о трудностях лечения этих больных, обращено внимание на недопустимость лучевой терапии. На успех лечения можно рассчитывать при расширении объема хирургического вмешательства и при повышении иммунных сил организма.

ЛОР-онкология – составная часть оториноларингологии. Она своими корнями уходит глубоко в истоки оториноларингологии. Поскольку этиология заболевания до настоящего времени остается не выясненной, то и вопросы профилактики и раннего выявления новообразований далеки еще от совершенства.

Мы приближаемся к той черте, за которой начнут появляться новые наследственные и врожденные заболевания, обусловленные радиогенными мутационными влияниями. Уже третье поколение людей широко и основательно занимается исследованиями ядерной и термоядерной энергии. Прошло более половины столетия с того времени, как начались испытания атомных и термоядерных бомб. Человечество увлеклось применением термоядерной энергии в мирных целях. Началось строительство атомных электростанций.

На северных реках для ликвидации ледяных торосов применяли ядерные заряды. Плавился лед, предупреждались разрушительные наводнения, разливы рек. Несколько позже начали испытывать ядерное оружие под землей. В Якутии это делалось глубоко под вечной мерзлотой. Несколько лет тому назад мы проводили усовершенствование врачей на медицинском факультете Якутского университета.

Видели десятки онкологических больных, как правило, инкурабельных. Это же мы сейчас наблюдаем у рабочих АЭС, матросов атомных ледоколов и подводных лодок, ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС.

Недавно в Научно-практическом центре оториноларингологии прошла защита докторской диссертации врача из Барнаула. Доктор исследовала заболевания в районах Алтая, соседствующих с восточным Казахстаном, где 30-40 лет тому назад проводились испытания ядерного оружия. Результаты исследования заболеваемости неутешительны. Многие из жителей этих районов не доживают до развития радиогенной опухоли, погибают от других заболеваний, связанных с резким снижением защитных сил организма. Но второе и третье поколение их потомков будут болеть генетически детерминированными опухолевыми заболеваниями.

Количество населения уменьшается, а число больных растет. Быстро растет заболеваемость. Ситуация не из приятных. Если еще 20-30 лет тому назад мы говори-

ли и писали о том, что ранняя диагностика злокачественных опухолей в стране в плохом состоянии, низка онкологическая настороженность врачей поликлиник и поэтому 60-70% больных поступали в специализированные клиники в III-IV стадии опухолевого процесса. В нашей клинике больные в III-IV стадии заболевания составляли 55-65%. Сравнительно высоким был процент функциональных операций — резекций и реконструкций гортани.

С 1990 года соотношение резко изменилось в худшую сторону. Число больных с опухолью в III-IV стадии возросло до 75-85%. Соответственно уменьшилось количество щадящих хирургических вмешательств. Такое соотношение больных, поступивших в клинику в ранние сроки заболевания и в III-IV стадии, стабильно держалось с небольшими колебаниями почти до конца прошлого столетия. За последних 5-6 лет это соотношение несколько улучшилось, но не достигло тех значений, которые имели место при работающей системе профосмотров и диспансерного наблюдения.

За последние десятилетия появились высокоинформативные методы обследования: фиброскопия, КТ, ЯМР, мощные микроскопы для эндоскопии и хирургических вмешательств. Врач, имеющий возможность пользоваться этими методами исследования, может в ряде случаев поставить диагноз опухоли без гистологического исследования с высокой степенью достоверности, хотя окончательный диагноз остается за морфологами, за гистологическим исследованием.

Врачи и их подготовка те же, что и 20-30 лет тому назад. Так в чем же причина такого неблагоприятного состояния? Почему 80-85% больных приходят в клинику с далеко зашедшими формами злокачественных опухолей ЛОР-органов?

Очевидно, что дело не в плохой, недостаточной настороженности врачей, не в плохом оснащении клиник (хоть и оснащение большинства больниц далеко от желаемого). Причина такого состояния не простая и зависит она, к сожалению, не только от врачей и не только от организации здравоохранения. Хотя это тоже нельзя сбрасывать со счетов. Потеряна и не восстановлена система профилактических осмотров, не функционирует система диспансеризации больных. И все же — рост заболеваемости опухолевыми процессами и даже поздняя выявляемость заболевания — проблема не столько медицинская сколько социальная.

В силу ряда причин, как мы уже отметили, изменилась, резко ухудшилась, экология, у большинства населения России ухудшились условия жизни, ускорились процессы урбанизации. Преимущественное число людей живет в больших городах (мегаполисах). Все это ведет к повышению заболеваемости вообще и онкологическими процессами в частности.

Уже почти 20 лет в нашей клинике ведется работа по изучению особенностей клиники злокачественных опухолей у людей, испытавших влияние радиации (облучение, радионуклиды) задолго до появления первых признаков опухоли.

Установлено, что у этих больных (I группа) опухоль растет и распространяется значительно быстрее, чем у тех, которые не сталкивались с радиацией (II группа).

У больных II группы от первых признаков заболевания до достижения опухоли IV стадии развития, в зависимости от гистологической структуры и локализации новообразования, проходит в среднем от 6 до 12 месяцев (раковая опухоль гортани). А у больных I группы опухоль достигает IV стадии в считанные месяцы (от 3 до 6 месяцев). Очень быстро нарастает симптоматика. Быстро и часто появляются регионарные метастазы. Нередко метастаз является первым признаком заболевания. У многих больных появляется сразу 2-3 очага опухолевого процесса (синхронный, первично множественный рак). При исследовании гистологической структуры опухоли выявлено, что у больных I группы (испытывавшие влияние радиации) преоб-

ладает плоскоклеточный низкодифференцированный рак. У этих больных опухоль склонна к изъязвлению и к инфильтративному росту.

Во II группе (не облученные) двусторонних и контрлатеральных метастазов рака гортани мы не наблюдали, а в I группе больных процент метастазирования был в два раза выше, кроме того, отмечены двусторонние и контрлатеральные метастазы в регионарные лимфатические узлы.

Среди больных, испытавших влияние радиации, почти не было пациентов с опухолью I и II стадии. Очевидно, что у больных, испытавших влияния радиации, определить рак в I и II стадии почти невозможно. Опухоль растет быстро. Пока больной собирается обратиться к врачу, процесс достигает III-IV стадии развития.

С 1975 года после освоения эндоларингеальной микрохирургии при прямой ларингоскопии под внутривенным наркозом с инъекционной вентилиацией легких мы несколько раз широко взяли биопсию. Гистологи нам ответили, что очаг злокачественной опухоли удален в пределах здоровых тканей. Не расширяя объем вмешательства и наблюдая за больными, мы не направляли их на облучение. Эндоларингеальное вмешательство оказалось радикальным. За несколько лет у нас накопилось 40 больных, которым эндоларингеально выполнена хордэктомия. Но в то время в России среди ЛОР-онкологов господствовало мнение, что эндоларингеально выполнять хордэктомию, а тем более какую-то другую операцию по поводу злокачественной опухоли не только не желательно, но и недопустимо. И все же в 1984 году мы сообщили об успешно выполненных эндоларингеальных вмешательствах по поводу рака свободной части надгортанника и средней трети голосовой складки у нескольких десятков больных. И тем не менее еще в 1995 году публиковались работы с грозным предостережением о недопустимости эндоларингеальных хирургических вмешательств по поводу раковой опухоли.

В то время за рубежом появились сообщения о эндоларингеальных вмешательствах по поводу рака I и II стадий с использованием лазерных дезинтеграторов.

Мы значительно расширили показания к эндоларингеальным вмешательствам по поводу рака этой локализации. Считаем, что при субклинической, I и II стадии рака среднего отдела гортани или свободной части надгортанника хордэктомия с иссечением передней комиссуры, как и резекция надгортанника с ревизией пренадгортанникового пространства, соответственно, являются методом выбора. Эти операции по своей радикальности не уступают вмешательствам, выполненным с наружного доступа. Они менее травматичны и позволяют в значительно большей степени сохранить функции гортани. Мы обладаем опытом более 150 эндоларингеальных вмешательств.

В настоящее время с успехом используем в ходе вмешательства радиоволновой дезинтегратор. Мы уверены, что по мере накопления опыта, совершенствования аппаратуры и инструментария показания к эндоларингеальной хирургии при раке гортани будут расширяться.

Все же наиболее распространенной остается ларингэктомия. Полное удаление гортани — операция калечащая. После нее полностью и навсегда исключается дыхание через нос. Больной не может долгое время говорить. В связи с этим возникает проблема реабилитации голосовой функции.

За последние годы за рубежом широко используют для этих целей трахеопищеводное шунтирование. Созданы специальные шунты, с помощью которых больной может для голосообразования использовать воздух легких.

Сторонники шунтирования считают, что такой метод восстанавливая голосообразования выгодно отличается от метода овладения пищеводным голосом. И поэтому рекомендуют шунтирование всем больным, которым выполняют удаление гортани.

Мы считаем, что шунтирование необходимо только тем больным, которые не смогут освоить пищеводного голосообразования.

Шунт — инородное тело в дыхательных путях, не всегда герметично прикрывает дыхательные пути и мимо него в трахею может попадать слюна и пища (аспирация). Шунты нужно менять каждый год, кроме того, на них развиваются грибы.

По нашему мнению, шунт нужно ставить лишь тем больным, которым выполняют расширенную заднюю или нижнюю ларингэктомию. После такой ларингэктомии пищеводным голосом овладеть невозможно.

По нашим данным, овладеть пищеводным голосом после удаления гортани могут 50-55% больных. Но если операцию выполнить с формированием пищеводапроводного пути по нашей методике, то количество положительных результатов увеличится и достигнет 60-75%.

В связи с тем, что большинство больных до настоящего времени поступают в клинику с распространенной опухолью, переходящей на глотку и корень языка, участилась необходимость в удалении гортани с циркулярной резекцией глотки. После такой операции возникает необходимость в создании пищеводапроводного пути. Хирурги решают эту проблему с помощью пересадки тонкого кишечника или кривизны желудка. Это очень сложные и травматичные вмешательства. Мы разработали и давно с успехом используем метод создания пищеводапроводного пути из местных тканей, причем создаем пищеводапроводный путь со слоем мышечной ткани, что обеспечивает хорошую проходимость пищи и гарантирует от такого осложнения, как развитие «пиликающего зоба».

В ближайшем будущем, как и сейчас, основным методом лечения при злокачественных опухолях ЛОР-органов останется хирургический.

Уже сейчас среди больных раком гортани, глотки и уха нередко встречаются пациенты с радиогенными новообразованиями. Количество этих больных имеет тенденцию к увеличению. Лучевая терапия для них сродни эвтаназии. Единственным методом лечения этих больных является радикальное хирургическое вмешательство. Щадящие резекции гортани менее надежны, поскольку радиогенные опухоли очень часто первично-множественные. При выполнении хирургических вмешательств желательно широко использовать лазерные и радиоволновые дезинтеграторы, а при подготовке больных к операции — иммуномодуляторы и иммуностимуляторы.

CONDITION AND PERSPECTIVE OF DEVELOPMENT OF ENT-ONCOLOGY

**V.F. Antoniv, V.I. Popadyuk, T.V. Antoniv,
M.I. Bogatyreva, E.V. Rusanova**

Department of ENT
Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya st., 8, 117198 Moscow, Russia

The causes of patient's with malignant tumors of ENT-organs growth are discussed in the article. One of these causes is radiogenique tumors. The peculiarities of radiogenique tumors, the difficulties of treatment of such patients are described. Complete contraindication of radiotherapy is emphasized. We believe that the wide scope of surgery and increase of immunity will give good results.