



11. Пискунов С. З., Пискунов И. С. Лудин М. А. Изолированные поражения клиновидной пазухи. – Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2004. – 152 с.
12. Плужников М. С., Карпищенко С. А., Рябова М. А. Современные направления развития эндоназальной хирургии // Рос. ринология. – 2003. – № 1. – С. 11–13.
13. Плужников М. С., Усанов А. А. К вопросу о болевых синдромах при сфеноидитах. – Л., 1984. – 249 с.
14. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 472 с.
15. Evaluation and Surgical Management of Isolated Sphenoid Sinus Disease / T. J. Martin [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – N 12. – P. 1413–1419.
16. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The esserklinger technigue. – Philadelphia: B. C. DecKer, 1991. – 529 p.
17. Wigand M. E. Endoscopic surgry of the paranasal sinuses and anterior skull base. Otolaryngol. – New York: Thieme, 1990. – 152 p.
18. Yanagisawa E. Endoscopic view of sphenoid sinus cavity // Ear Nose Throat J. – 1993. – Vol. 92. – N 6. – P. 393–394.

Скиданова Ирина Александровна – и. о. зав. отоларингологическим кабинетом Консультативно-диагностического центра с поликлиникой Управления делами президента РФ. 197110, Санкт-Петербург, Морской пр. д. 3; Тел. 8(905)215-49-17, e-mail: iskidanova@yandex.ru

УДК: 616.22-006.6-089.5

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЛАРИНГЭКТОМИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

А. Е. Смирнов, В. В. Бырихина, К. Г. Джафаров

EFFECT OF THE METHOD OF RESPIRATORY SUPPORT FOR LARYNGECTOMY ON ONCOLOGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

A. E. Smirnov, V. V. Byrihina, K. G. Jafarov

*ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»*

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

В данной работе представлены результаты клинического обследования 76 больных местно-распространенным раком гортани III–IV стадии, которым в плановом порядке под общей анестезией выполнена ларингэктомия. У 34 больных перед операцией под местной анестезией формировали трахеостому, через которую во время операции проводили объемную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). У 42 больных проводили оротрахеальную интубацию с последующей ИВЛ. После мобилизации и отсечения гортани от трахеи переинтубировали пациента в трахею через операционную рану. Трахеостому формировали после полного удаления гортани. Выполнена оценка онкологических результатов лечения больных раком гортани после ларингэктомии в зависимости от способа респираторной поддержки во время операции.

Ключевые слова: рак гортани, ларингэктомия, трахеостомия, интубация трахеи, онкологические результаты.

Библиография: 7 источников.

This paper presents the results of 76 clinical examination of patients with locally advanced laryngeal cancer stage III–IV, which in the planning of the order is made under general anesthesia laryngectomy. In 34 patients before to surgery under local anesthesia formed tracheostomy, through which the operations were carried out the volume artificial lung ventilation. In 42 patients carry out the orotracheal intubation followed by artificial lung ventilation. After mobilization of the larynx and trachea cut, fulfilled intubation the patient into the trachea through the surgical wound. Tracheostomy formed after the complete removal of the larynx. The evaluation of the oncological results a treatment of cancer patients with laryngeal cancer after laryngectomy, depending on the method of respiratory support during the operation.

Key words: cancer of the larynx, laryngectomy, tracheostomy, tracheal intubation, oncological results.

Bibliography: 7 sources.



Отдаленные результаты хирургического лечения в онкологии в значительном числе случаев не могут быть признаны удовлетворительными, поскольку высока частота метастазирования и рецидивов злокачественных новообразований. Метастазирование опухоли является причиной летальных исходов в 90% случаев [7].

Клинические исследования показали, что хирургическое вмешательство само по себе является фактором риска возникновения метастазов. Оно способно стимулировать рост уже существующих микрометастазов и способствовать образованию новых [6].

Ларингэктомия – одна из наиболее часто выполняемых операций при местно-распространенном раке гортани. Традиционная техника вмешательства включает формирование трахеостомы перед операцией под местной анестезией [3, 5]. Существует и альтернативная методика обеспечения проходимости дыхательных путей при ларингэктомии, включающая оротрахеальную интубацию [1, 4]. Однако, согласно литературным данным, интубация трахеи через гортань, пораженную опухолью, нецелесообразна «по онкологическим соображениям» [2]. Представляет интерес изучение онкологических результатов у больных раком гортани при применении различных способов обеспечения проходимости дыхательных путей и респираторной поддержки при ларингэктомии.

Цель исследования. Оценка влияния способа респираторной поддержки при ларингэктомии на онкологические результаты лечения больных раком гортани.

Задачи исследования. 1. Изучить и сравнить показатели гемодинамики и газообмена на основных этапах ларингэктомии в группах больных с предоперационной трахеостомией и оротрахеальной интубацией.

2. Оценить адекватность и безопасность применяемых способов респираторной поддержки при ларингэктомии.

3. Определить частоту встречаемости продолженного роста и рецидива опухоли, регионарного и отдаленного метастазирования в исследуемых группах больных.

4. Оценить годовую и пятилетнюю выживаемость больных раком гортани после ларингэктомии в группах с предоперационной трахеостомией и оротрахеальной интубацией.

Пациенты и методы. Проведено клиническое обследование 76 больных местно-распространенным раком гортани III–IV стадии в возрасте от 49 до 70 лет (средний возраст $57,8 \pm 6,5$ года), которым в плановом порядке под общей анестезией выполнена ларингэктомия. В зависимости от способа респираторной поддержки во время операции все больные были разделены на две группы.

Первую группу составили 34 (44,7%) больных, которым перед операцией проводили формирование трахеостомы под местной анестезией. На протяжении всей операции проводили объемную ИВЛ через армированную интубационную трубку, установленную в трахеостому. После окончания операции интубационную трубку заменяли трахеостомической канюлей с манжетой низкого давления для удобства санации трахеи. Продолжительность выполнения трахеостомии под местной анестезией составила $13,5 \pm 3,5$ мин. Средняя продолжительность операции – 105 ± 25 мин.

Вторую группу составили 42 (55,3%) больных, у которых после индукции анестезии и введения миорелаксантов проводили интубацию трахеи армированной эндотрахеальной трубкой с внутренним диаметром 7 мм через гортань, пораженную опухолевым процессом. По ходу выполнения основного этапа хирургического вмешательства после мобилизации и отсечения гортани от трахеи переинтубировали пациента в трахею через операционную рану. Трахеостому формировали после полного удаления гортани, продолжая объемную ИВЛ. После окончания операции интубационную трубку заменяли трахеостомической канюлей. Средняя продолжительность операции составила 92 ± 26 мин.

Исследуемые группы больных были сопоставимы по стадиям рака гортани, локализации опухоли, степени стеноза гортани, объему хирургического вмешательства. Мы не включили в исследование больных со стенозом гортани II степени и более в связи с возможными техническими трудностями при интубации трахеи.

В динамике регистрировали показатели гемодинамики и газообмена, проводили оценку онкологических результатов лечения больных раком гортани после ларингэктомии по частоте встречаемости продолженного роста и рецидивам опухоли, регионарному и отдаленному метастазированию, годичной и пятилетней выживаемости.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Microsoft Excel-2003.

Результаты исследования. Во всех случаях отмечали гладкое течение общей анестезии и раннего послеоперационного периода с устойчивыми показателями гемодинамики и газообмена в пределах безопасного уровня. Исключение составил этап формирования трахеостомы под местной анестезией в 1-й группе больных, сопровождающийся повышением уровня среднего артериального давления на 10,7% и увеличением частоты сердечных сокращений в среднем на 20,5%. Данные изменения гемодинамики были обусловлены негативной реакцией пациента, появлением чувства страха и возможной неадекватностью местной анестезии при трахеостомии.



При оценке онкологических результатов лечения у больных раком гортани после ларингэктомии получены следующие данные. Годичная выживаемость в обеих группах была сопоставима: $82,4 \pm 6,2$ и $78,6 \pm 5,8\%$ соответственно ($p > 0,05$). Пятилетняя выживаемость в 1-й и 2-й группах больных также не имела достоверных различий: $64,7 \pm 7,1$ и $61,9 \pm 7,6\%$ соответственно ($p > 0,05$). Продолженный рост опухоли диагностировали у 2 ($5,9 \pm 2,1\%$) больных 1-й группы и 1 ($2,4 \pm 1,1\%$) больного 2-й группы. Рецидив опухоли выявлен у 2 ($5,9 \pm 2,4\%$) больных 1-й группы и 3 ($7,1 \pm 2,8\%$) больных 2-й группы. Рецидив и регионарные метастазы были выявлены только у 1 ($2,4 \pm 1,6\%$) пациента 2-й группы. Регионарные метастазы диагностированы у 4 ($11,8 \pm 3,7\%$) пациентов 1-й группы и у 5 ($11,9 \pm 3,8\%$) пациентов 2-й группы. Отдаленные метастазы в легкие имели место у 2 ($5,9 \pm 2,5\%$) больных из 1-й группы и у 3 ($7,1 \pm 2,9\%$) больных из 2-й группы. Таким образом, продолженный рост, рецидив, регионарные и отдаленные метастазы в целом в 1-й группе были диагностированы у 10 ($29,4 \pm 7,2\%$) пациентов, во 2-й группе – у 14 ($31 \pm 6,5\%$) пациентов. У больных обеих групп в 90–95% случаев продолженный рост, рецидив и регионарные метастазы

были диагностированы в первые 2 года после радикального лечения, что полностью согласуется с данными литературы.

В 1-й группе у пациентов с пятилетним сроком наблюдения от рецидива, регионарных и отдаленных метастазов умерли 5 ($14,7 \pm 3,8\%$) из 34 больных, во 2-й группе – 7 ($16,7 \pm 3,5\%$) из 42 больных. Умерли от интеркуррентных заболеваний в 1-й группе 7 ($20,6 \pm 6,2\%$) из 34 больных, во 2-й группе – 9 ($21,4 \pm 5,5\%$) из 42 больных.

Таким образом, онкологические результаты лечения больных раком гортани после ларингэктомии сопоставимы в обеих группах больных. Однако применение способа респираторной поддержки с интубацией трахеи через гортань, пораженную опухолью, исключает неблагоприятные гемодинамические эффекты трахеостомии, проводимой под местной анестезией, и сокращает продолжительность операции. При такой технике респираторной поддержки обеспечивается наиболее рациональная этапность хирургического вмешательства: мобилизация гортани, отсечение гортани от трахеи с формированием трахеостомы. Следует отметить, что применение данной методики респираторной поддержки безопасно лишь при отсутствии обструкции гортани или стенозе I степени.

Выводы

1. Этап формирования трахеостомы под местной анестезией сопровождался гипертензивной гемодинамической реакцией и негативным состоянием пациента по сравнению с трахеостомией, выполняемой под общей анестезией.
2. Онкологические результаты лечения больных раком гортани после ларингэктомии не зависят от способа обеспечения проходимости дыхательных путей и респираторной поддержки во время операции.
3. Частота встречаемости продолженного роста и рецидива опухоли, регионарного и отдаленного метастазирования была сопоставимой в группах больных с предоперационной трахеостомией (29,4%) и оротрахеальной интубацией (31%).
4. Годичная и пятилетняя выживаемость в группах больных с предоперационной трахеостомией и оротрахеальной интубацией не имела достоверных различий [$82,4\%$ и $78,6\%$ ($p > 0,05$); $64,7$ и $61,9\%$ ($p > 0,05$) соответственно].
5. Применение способа респираторной поддержки с оротрахеальной интубацией во время ларингэктомии у больных без стеноза гортани или при стенозе I степени исключает нежелательные эффекты трахеостомии, проводимой под местной анестезией, сокращает продолжительность операции, а также обеспечивает наиболее рациональную последовательность этапов хирургического вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов А. Б., Корячкин В. А. Интубация трахеи. – СПб., 2004. – 182 с.
2. Бунятян А. А. Руководство по анестезиологии. – М.: Медицина, 1997. – 655 с.
3. Кассиль В. Л., Лескин Г. С., Выжигина М. А. Респираторная поддержка. – М.: Медицина, 1997. – 320 с.
4. Клиническая анестезиология: в 3 кн. Кн. 3. Пер. с англ.; Морган-мл. Дж. Эдвард, Мэгид С. Михаил. – М.: Бином, 2003. – 304 с.
5. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 2000. – 423 с.
6. Ben-Eliahu S. The promotion of tumor metastasis by surgery and stress: immunological basis and implications for psychoneuroimmunology // Brain Behav. Immun. – 2003. – N 17 (suppl.). – P. 27–36.
7. Gupta G., Massague J. Cancer metastasis: building a framework // Cell. – 2006. – N 127. – P. 679–695.

Смирнов Андрей Евгеньевич – канд. мед. наук, врач-анестезиолог-реаниматолог Клинической онкологической больницы. 150049, Ярославль, пр. Октября, д. 67; тел.: (4852) 315684, e-mail: andsmr@list.ru

Бырихина Виктория Владимировна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 303985, e-mail: andsmr@list.ru

Джафаров Камилль Габиль Оглы – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 303985, e-mail: andsmr@list.ru