

ЗАВИСИМОСТЬ ОСЛОЖНЕНИЙ, РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОТ ОБЪЕМА И ФОРМЫ НЕОГЛОТКИ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ¹

© 2006 В.И. Письменный²

В статье представлен сравнительный анализ результатов пластики глотки и пищевода после экстирпации гортани. Разработан и внедрен в практическое здравоохранение метод реконструкции глотки и пищевода при хирургическом лечении опухолей гортани. Данный метод позволил при формировании неоглотки избежать изменения ее формы и объема, тем самым предотвратить возникновение осложнений эзофаго- и фарингосвищей, стом, дивертикулов, дисфагий. Созданы благоприятные условия после ларингэктомии для достижения аларингеального голоса. Получены устойчивые результаты лечения у больных распространенным опухолевым процессом гортани. Использование предложенного метода пластики глотки и пищевода у ларингэктомированных больных позволило сократить сроки и кратность госпитализации.

Введение

Среди злокачественных опухолей верхних дыхательных путей первое место занимает рак гортани. На его долю приходится от 65 до 70% [1–3]. Заболеваемость данной патологией в России составляет 12,6; во Франции — 15,6; в Португалии — 11,6; Италии — 10,1 на 100 тыс. населения [4, 5].

В структуре общей заболеваемости злокачественными опухолями рак гортани занимает 9 место, что составляет 1,8–2,2%, в структуре заболеваемости мужского населения — 4 место [2, 6]. Имеется тенденция к увеличению темпов прироста заболеваемости данной патологией. Так, если в 1970–1977 гг. в структуре общей заболеваемости злокачественными опухолями рак гортани составлял от 1,6 до 1,8% [2], то за период 1995–2002 гг. его доля возросла до 3,1% [1, 7]. Только за последние 10 лет заболеваемость раком гортани в России увеличилась на 20% [8], что существенно превосходит соответствующие показатели для стран Западной Европы и Северной Америки, где заболеваемость колеблется от 0,8 до 8% [1, 2]. В то же время рост числа больных раком гортани наблюдается и за рубежом: по данным ряда авторов [9, 10] 5% всех новых случаев заболевания злокачественными новообразованиями в Европе и США относятся к раку гортани.

В 2000 году в России выявлено 7346 новых случаев заболевания раком гортани, из них I стадия установлена в 32% случаев, III стадия — 50,6% и IV стадия — в

¹Представлена доктором медицинских наук профессором И.Г.Кретоной.

²Письменный Виктор Иванович, отделение опухолей головы и шеи Самарского областного онкологического диспансера, 443066, Россия, г. Самара, ул. Запорожская, 26.

15% [3, 13]. Позднее выявление опухолевого процесса (более 60-70% больных — в III–IV стадии), несомненно, сказывается на результатах лечения [1, 11, 12]. Так, показатель запущенности, отражающий состояние диагностики злокачественных новообразований, составил в России в 1996 г. 24,9% [7]. Именно этим, а также слабой онкологической настороженностью врачей общей лечебной сети и поздней обращаемостью пациентов за помощью можно объяснить сложившуюся ситуацию с эффективностью лечения рака гортани.

По величине прироста за период 1980–1993 гг. рак гортани в России занимает пятое место среди мужчин и седьмое среди женщин, опережая рак таких частых локализаций, как желудок, губа, пищевод. По данным В.И. Чиссова с соавторами [7], среднегодовой темп прироста заболеваемости раком гортани за 1980–1998 гг. вырос на 16,3%. В общей структуре смертности мужского населения России этой патологии отводится 4,1%. В 2000 году в России от рака гортани умерло 6053 человека [13]. На первом году с момента установления диагноза умирают 32,7% заболевших. Учитывая, что основная масса заболевших раком гортани находится в возрастном интервале от 50–65 лет, потеря столь большого числа трудоспособных граждан становится ощутимой социально-экономической проблемой.

В клинко-эпидемиологических исследованиях, касающихся рака гортани, значительное место уделяется изучению зависимости распространенности и клинического полиморфизма данного заболевания от влияния двух основных конституциональных факторов — пола и возраста. Чаще всего раком гортани заболевают в возрасте 40–60 лет, пик заболеваемости приходится на 50–69 лет [13]. В молодом возрасте данная патология встречается довольно редко. Согласно данным ряда авторов, до 25–30 лет среди больных раком гортани преобладают женщины, и только в дальнейшем начинают превалировать мужчины, превышая число женщин в 10–20 раз к 70–79 годам.

В более ранних эпидемиологических и клинических исследованиях выявлена более высокая заболеваемость раком гортани жителей городов по сравнению с жителями сельской местности [1, 10]. Однако данные за два последних десятилетия свидетельствуют об обратной тенденции: в 1986 г. в России показатель заболеваемости раком гортани для городских жителей составил 5,1, для сельских жителей — 5,8 на 100 тыс. населения [7, 12].

Выделены профессиональные группы риска возникновения заболевания. Подавляющее число больных раком гортани (92,3%) относятся к представителям рабочих специальностей, и только в 2,4% случаях — работники административно-хозяйственного аппарата, лица голосо-речевых профессий (1,3%), медицинских работников — 1%, 3,6% случаев — это лица других профессий.

Анализ роли экзогенных факторов в этиологии злокачественных опухолей верхних дыхательных путей позволяет сделать вывод о причинной связи между курением, алкоголем и развитием рака гортани. Ряд авторов отмечают, что подавляющее число больных мужского пола курили [1, 2, 14]. Среди женщин курящих было 25%. Средняя продолжительность стажа курения составила 36 лет для мужчин и 22 года для женщин. Авторы отмечают, что существенной разницы между длительностью и интенсивностью курения, характером употребления алкоголя, рядом профессиональных воздействий у больных выявлено не было.

Среди злокачественных новообразований гортани чаще всего (98%) развивается плоскоклеточный рак [1]. Злокачественные неэпителиальные опухоли гортани, по данным литературы, встречаются в 0,5–2,2%.

Прогноз заболевания, как известно, во многом зависит от своевременной диа-

гностики и лечения. Одной из причин позднего выявления рака гортани является его бессимптомное течение, которое отмечено у 30–35% больных. Поэтому своевременная диагностика заболевания возможна только путем активного выявления в группах повышенного риска. Кроме того, причинами поздней диагностики рака гортани являются недостаточная онкологическая настороженность врачей поликлинического звена, отсутствие необходимых диагностических навыков и должного клинического опыта для правильной оценки состояния ЛОР-органов у врачей-терапевтов, отсутствие должной преемственности в обследовании больных. В литературе имеются сведения о том, что врачи-оториноларингологи поликлиник наблюдали за 20,4% больных раком гортани от 1 до 2 мес. и за 50% — от 2 до 8 мес. Как отмечают В.И. Чиссов и соавторами [6, 12], одной из основных причин позднего распознавания рака гортани является ошибочная диагностическая тактика. Она заключается в том, что врач длительное время наблюдает за больным, проводя неадекватное лечение (противовоспалительное, физиотерапевтическое), и выжидает, пока признаки опухоли будут настолько типичны, что диагноз перестанет вызывать сомнение.

Неудовлетворительное состояние ранней диагностики существенным образом отражается на отдаленных результатах лечения. Так, при I стадии заболевания клиническое излечение без рецидивов и метастазов продолжительностью свыше 5 лет после проведенного лучевого лечения достигается у 83–95% больных (при хирургическом и комбинированном лечении — 100%), при II стадии — у 70–76% [1, 2]. Однако только 14% больных, впервые обратившихся по поводу злокачественного новообразования, имели ограниченные формы опухолей. В настоящее время 70% больных начинают лечение в III, а 10% — в IV стадии заболевания [7, 12, 13]. Пятилетняя выживаемость при $T_3N_0M_0$ составляет 58–71%, при T_4 — $34 \pm 10,0\%$ [2, 15].

Следует отметить, что для излечения больных опухолями гортани при распространенных стадиях требуется удаление гортани. Данный объем вмешательства является стандартным и позволяет добиться удовлетворительных онкологических результатов.

Актуальными в хирургическом лечении рака гортани являются вопросы, направленные на улучшение результатов заживления раны после ларингэктомий. Одной из наиболее важных задач в реабилитации этих больных является возможность раннего восстановления питания обычным путем.

Расположение глотки в области перекреста дыхательной и пищеварительной трубок обуславливает две характерные особенности органа — значительная инфицированность весьма вирулентной микрофлорой полости рта и высокое давление в просвете органа при кашле и глотании. Тонкостенная глотка не имеет серозного покрова, а мышечный слой представлен констрикторами глотки, большая часть которых иссекается при удалении гортани.

Эти функциональные и анатомические особенности органа затрудняют решение проблемы несостоятельности глоточного шва, частота возникновения которого зависит от многих факторов общего и местного характера, среди которых ведущая роль отводится технике глоточного шва и оперативной технике. Однако в последние годы вопросам усовершенствования глоточного шва не уделяется должного внимания. Совершенствование же хирургической техники позволило бы достигнуть заживления раны после ларингэктомий первичным натяжением, снизить частоту послеоперационных осложнений, связанных с несостоятельностью глоточного шва, образованием свищей, эзофаго- и фарингостом.

Среди ранних осложнений ларингэктомии — кожнофарингиальная фистула, свищи, эзофаго- и фарингостомы образуются от 15% до 25%, послеоперационная дисфагия отмечена в 16–28% [16].

Кожнофарингиальная фистула — одно из самых частых осложнений ларингэктомии. Предрасполагающими факторами к ее развитию являются предоперационное облучение, ошибки операционной техники, большой размер опухоли, плохое питание пациента и сопутствующая патология. Частота развития варьируется в диапазоне от 4 до 38% [17].

Дисфагия и кожнофарингиальные фистулы связаны с уменьшением объема неоглотки после проведения ларингэктомии. Сужение неоглотки при использовании стандартных методов пластики вертикального и Т-образного швов отмечены у 52% пациентов. При фронтальном осмотре максимальный просвет ее составляет 40% от проксимального просвета пищевода.

Все ранее разработанные технологии пластики глотки и пищевода проводились по модификации и усовершенствованию самих швов без учета сложности анатомического дефекта глотки. Практически дизайн шва при закрытии дефекта в глотке и пищеводе при ларингэктомии сводился к вертикальному или Т-образному дизайну.

Осложнения после экстирпации гортани с образованием эзофаго и фарингостом, свищей, дивертикулов и дисфагий связаны не только с предшествующими методами лечения опухолевого процесса (лучевое, лекарственное) и состоянием органа на момент операции, но и с самой методикой пластики сложного анатомического дефекта глотки и пищевода.

В связи с этим нами разработан, обоснован и внедрен в практическую медицину способ пластики глотки и пищевода после удаления гортани. По мере придания физиологической формы неоглотке, сохраняя ее объем, получено уменьшение количества осложнений, созданы благоприятные условия для реабилитации и качества жизни пациентов.

1. Материалы и методы

Нами проанализированы материалы 512 историй болезни пациентов со злокачественной опухолью гортани. Среди них мужчин было 503 человека (98,2%), женщин — 9 (1,8%). Возраст больных колебался от 40 до 76 лет. Были выполнены следующие операции: экстирпация гортани — 193 (37%) больным, комбинированная экстирпация — 273 (53%), расширенно-комбинированная экстирпация — 46 (8%).

Морфологически опухоль подтверждена во всех случаях, плоскоклеточный ороговевающий рак выявлен у 414 человек (81%), плоскоклеточный неороговевающий и низкодифференцированная формы — у 98 (19%).

Сформированы плановые фаринго- и эзофагостомы у 31 пациента. Ушивание глотки-70 применили в 27 случаях, вертикальный шов использовался 21 раз, Т-образный дизайн шва выполнен при 41 операции. В остальных случаях пластика глотки и пищевода выполнена по предложенной методике у 392 больных.

2. Результаты и их обсуждение

Нами разработан способ пластики глотки и пищевода после удаления гортани с целью повышения эффективности лечения за счет получения возможности

создания физиологической формы и объема глотки, верхнего отдела пищевода, предотвращая образование эзофагофарингосвищей, стом и сужений глотки.

Наложение швов производится в два этапа. На первом этапе производят горизонтальное наложение узловых подслизистых швов по средней линии дефекта глотки, а на втором этапе накладывают узловых подслизистых швы, идущие от краев горизонтальной линии шва вверх и вниз симметрично с обеих сторон под углом от средней линии. В последующем сшивают между собой сжиматели глотки справа и слева, таким образом, создавая мышечную дубликатуру.

Предлагаемый способ поясняется графическим материалом. На рис. 1 изображен дефект глотки после удаления гортани.

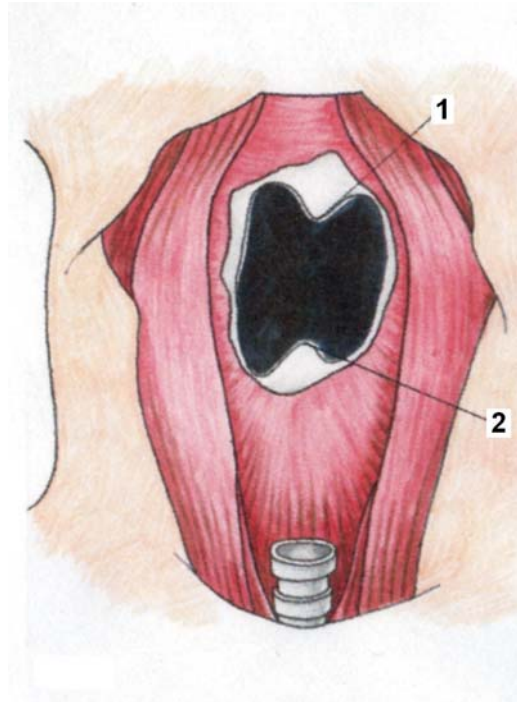


Рис. 1. Дефект глотки после удаления гортани

На рис. 2, 3, 4 изображен дефект глотки после первого этапа формирования горизонтальной линии шва.

На рис. 5, 6 показан сложный дизайн линии шва после пластики глотки и верхнего отдела пищевода.

Проводится следующим образом:

Накладывается шов в точках 1 и 2, формируется горизонтальная линия шва от точки 3 до точки 4, длина данного шва в каждом случае индивидуальна. Образовались два щелеобразных симметричных с обеих сторон, не ушитых дефекта слизистой. Наметились верхние и нижние полюса раны с обеих сторон, это точки 5, 6, 7, 8, на них накладываются лигатуры и под углом по оси дефекта натягиваются. Максимально приближенная слизистая глотки к точке 3, 4 противоположной стороны раны обозначена точками 9 и 10. Это указывает место наложения последнего горизонтального шва с обеих сторон. Образовались противоположные

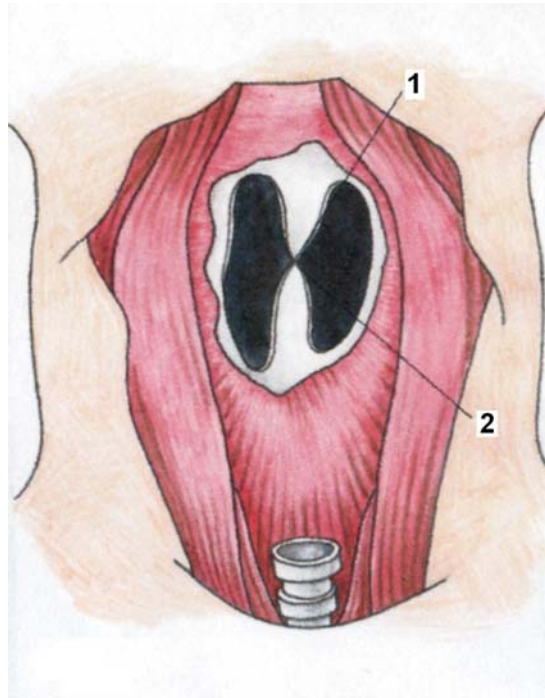


Рис. 2. Наложен первый вертикальный шов

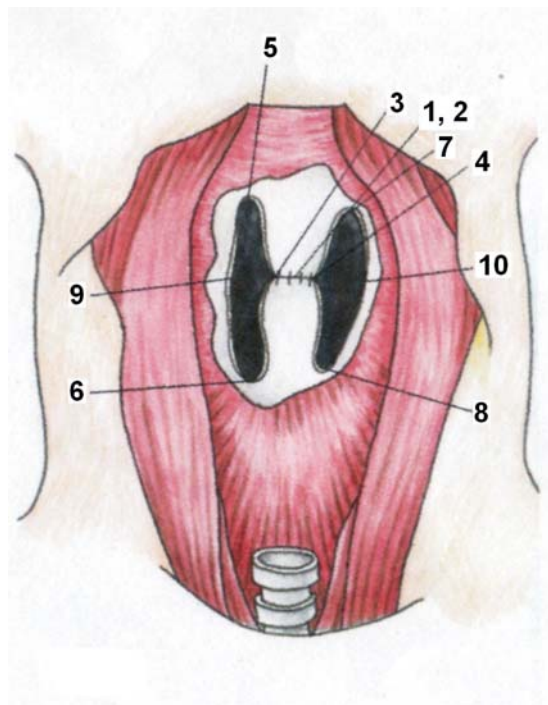


Рис. 3. Сформирована горизонтальная часть шва

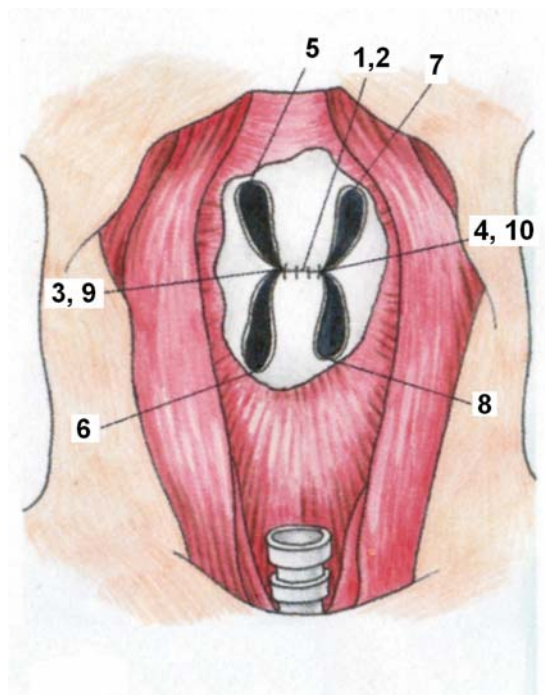


Рис. 4. Обозначены точки на слизистой боковых отделов глотки

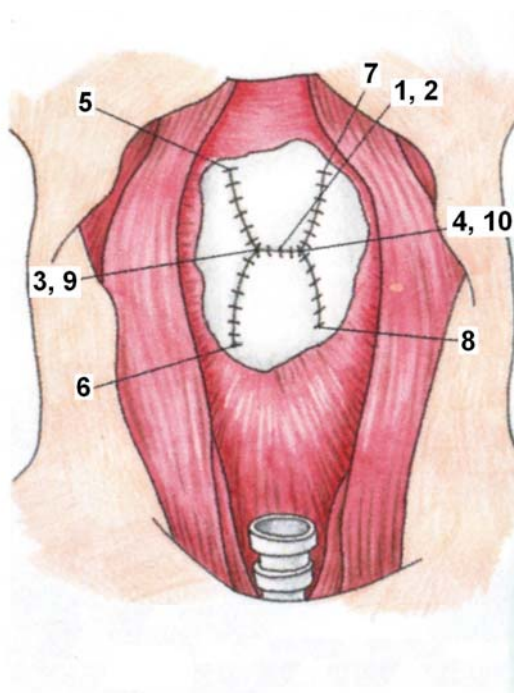


Рис. 5. Сложный дизайн линии шва после пластики глотки и верхнего отдела пищевода

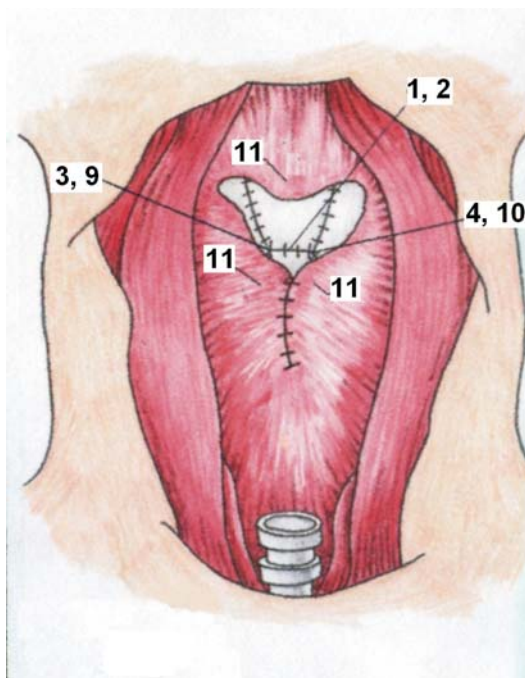


Рис. 6. Формирование мышечной дубликатуры из верхних констрикторов глотки

полюса раны глотки для точек 5, 6, 7, 8, идущие под углом от средней линии вверх и вниз симметрично. Созданы прямые щелевидные дефекты глотки 9, 3, 5; 9, 3, 6; 10, 4, 7; 10, 4, 8, которые ушиваются по прямой линии узловыми подслизистыми швами.

Операция завершается формированием мышечной дубликатуры, точка 11, из нижних сжимателей глотки, установкой дренажей, наложением швов на кожу.

Использование предлагаемого способа позволяет создать физиологическую форму глотки и верхнего отдела пищевода, таким образом предупредить сужение верхних отделов глотки, тем самым не допустить развития дивертикулов, свищей и фаринго-эзофагостом. Выполняя пластику предлагаемым способом, мы снижаем натяжение слизистой глотки и пищевода, вследствие чего снижается угроза несостоятельности швов и прочих осложнений. Предупреждая сужение верхних отделов глотки, создаются благоприятные условия для выработки пищевого голоса и адекватного приема пищи. Для подтверждения формы и объема неоглотки использовали компьютерно-томографическое исследование с контрастным усилением, рентгенологическое исследование (рис. 7, 8).

Прооперировано с использованием ушивателя глотки 27 больных, из них у 19 (70,3%) наблюдались осложнения в послеоперационном периоде (12 — фарингостом, 7 — свищей). Осложнения при вертикальном варианте ушивания глотки отмечались у 9 из 21 (42,8%), из них 7 — фарингостом, 2 — свищи. Т-образный дизайн шва выполнен у 41 пациента, фарингостома образовалась у 8, свищи у 4 (29,2%). Из 392 пациентов, которым была выполнена пластика глотки и пищевода по разработанной методике, осложнения наблюдались у 17 больных (4,3%), из них фарингостом было 12, свищей 5.



Рис. 7. Компьютерно-томографическое исследование неоглотки с контрастным усилением после удаления гортани



Рис. 8. Рентгенографическое исследование глотки и пищевода после удаления гортани

Заключение

Использование предложенного способа пластики глотки и пищевода после удаления гортани, позволяющего сформировать неоглотку, по форме и объему идентичную исходной, позволило снизить количество осложнений — кожнофарингиальных свищей и стом до 4,3%. Носопищеводный зонд удаляли на 10–14 сутки, дисфагий, дивертикулов, стенозов в неоглотке не отмечено.

Литература

- [1] Огольцова, Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей / Е.С.Огольцова. М.: Медицина. 1984. С. 136–146.
- [2] Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи / А.И.Пачес. М.: Медицина. 2000. С. 324–332.
- [3] Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / А.И.Пачес [и др.]. С.: Медицина, 1988. 304 с.
- [4] Selecting variants in pharyngeal reconstruction / J.P.Shan [et al.] // Annals otol. rhinol. laryngol. 1984, Vol. 93, No. 4. Part 1. P. 318–321.
- [5] Radical surgery in cancer of the extrinsic larynx and laryngopharynx / H.J.Shaw // Ann. Royal col. surg. (Fugland). 1957. Vol. 21. No. 5. P. 290–318.
- [6] Втюрин, Б.М. Хирургическое лечение рака головы и шеи / Б.М.Втюрин, Г.А.Цыбырнэ, К.И.Клим. Кишинев, 1981. С. 47–51.
- [7] Чиссов В.И. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации в 2000 г. / В.И.Чиссов, В.В.Старинский. М.: Медицина, 2001.
- [8] Любаев, В.Л. К вопросу об ушивании глотки после ларингэктомии / В.Л.Любаев, В.П.Бойков, Н.А.Абдуллин // Опухоли головы и шеи: Сб. науч. тр. Томск, 1985. Вып. 6. С. 173–175.
- [9] Total circular pharyngolaryngectomy: A method of reconstruction with a free forearm skin flap / A.Pech [et al.] // Arm. otolaryngol. chir cervicofac, 1984. Vol. 101, No. 7. P. 535–40.
- [10] Covacs A. Closure of pharyngo-esophagocutaneous defects with pedicle flap (Hung.) / A.Covacs, J.Martinovitz // Hum-Ful-ORR-Gege.Gyorg. 1978 Vol. 24, No. 4. P. 218–221.
- [11] Огольцова, Е.С. Диагностические и тактические ошибки при раке гортани / Е.С.Огольцова, Е.П.Матякин. М.: Медицина, 1989. 222 с.
- [12] Чиссов, В.И. Состояние онкологической помощи населению Российской Федерации в 2004 г. / В.И.Чиссов, В.В.Старинский, Г.В.Петрова М.: Медицина, 2005.
- [13] Решетов, И.В. Реабилитация онкологических больных / И.В.Решетов // Избранные лекции по клинической онкологии. М.: Медицина, 2002. С. 238–254.
- [14] Гамбург, Ю.Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода / Ю.Л.Гамбург. М.: Медицина, 1974.
- [15] Битюцкий, П.Г. Причины раневых осложнений после ларингофарингэктомий по поводу рака гортани, гортаноглотки и шейного отдела пищевода и пути их устранения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. / П.Г.Битюцкий. 1973.
- [16] Wooler, G. Discussion on operative removal and plastic repair in cases of carcinoma of the hypopharynx and upper esophagus / G.Wooler // Proc. R.S. med. 1952. Vol. 45. P. 264.

- [17] Complications of pharyngeal myotomy for alaryngeal voice rehabilitation / P.M.J. Soott [et al.] // J. Otology Laryngol. 1993. Vol. 107. P. 430–433.

Поступила в редакцию 23/V/2006;
в окончательном варианте — 23/V/2006.

DEPENDENCE OF COMPLICATIONS, RESULTS OF REHABILITATION AND QUALITY ON PATIENTS LIFE OF VOLUME AND FORMS OF NEOPHARYNX AFTER LARYNGECTOMY³

© 2006 V.I. Pismenney⁴

This paper gives a comparative analysis of results of pharynx and esophagus plastic after larynx extirpation. The technique of pharynx and esophagus reconstruction in case of surgical treatment of larynx tumors is developed and put into practice. This technique helps to avoid the change of neopharynx form and volume during its formation; this prevents complications of esophago and pharyngo fistula, stomatological diverticula, disfagia. Favorable conditions for making alaryngeal voice after larynxectomy are made. Stable results of treatment of patients with diffuse tumor of larynx are achieved. Using of this technique of pharynx and esophagus plastic in patients with larynxectomy helps to reduce the time and frequency of hospitalization.

Paper received 23/V/2006.
Paper accepted 23/V/2006.

³Communicated by Dr. Sci. (Med.) Prof. I.G. Kretova.

⁴Pismenney Victor Ivanovich, Dept. of Head and Neck Regional Oncological Dispensary, Samara, 443066, Russia.