

УДК 616.22/.321-006.6-089.87

РЕЗУЛЬТАТЫ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ВАРИАНТОВ РЕЗЕКЦИЙ ГОРТАНОГЛОТКИ

Р.А. Султанбеков, К.К. Джунушалиев, Э.С. Айтбаев, Л.Д. Сушанло

Национальный центр онкологии Республики Кыргызстан (720064 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92)

Ключевые слова: гортаноглотка, рак, резекция, лимфодиссекция.

Описаны авторские модифицированные варианты органосохраняющих резекций гортаноглотки. Проведено анатомо-топографическое исследование, оперированы 44 больных раком гортаноглотки. Разработанный доступ позволяет одновременно провести шейную лимфодиссекцию и радикально удалить первичную опухоль. В настоящее время живы 25 больных (59%), 3- и 5-летняя выживаемость составили $74,7 \pm 8,3$ и $66,5 \pm 10,8$ % соответственно.

Хирургические вмешательства при лечении рака гортаноглотки в подавляющем большинстве случаев отличаются травматичностью, тяжестью послеоперационного периода и длительностью восстановительных сроков. Это связано с тем, что более 70 % больных к началу лечения имеют распространенные опухолевые поражения. В то же время в ряде случаев можно выполнить органосохраняющие вмешательства, которые могут не только дать вполне удовлетворительные результаты, но и оказаться более эффективными, чем органудаляющие операции [1, 2, 5, 9]. Органосохранение предусматривает резекцию гортаноглотки и гортани или же резекцию гортаноглотки с сохранением гортани. Такие операции показаны при ограниченном раке гортаноглотки с распространением опухоли на верхние отделы ее медиальной стенки (т.е. наружные отделы гортани) при сохранении подвижности гортани, при опухолях черпало- и глоточно-надгортанных складок и верхнелатеральных отделов надгортанника, а также при поражении задней стенки гортаноглотки.

Для выполнения щадящих органосохраняющих операций большое значение имеют два фактора: тесные анатомические связи гортаноглотки с гортанью, корнем языка и задней боковой стенкой ротоглотки и раннее метастазирование опухоли в регионарные шейные лимфоузлы. Такие анатомо-топографические и клинические особенности рака гортаноглотки требуют широкого доступа, позволяющего достичь надежного обзора перечисленных анатомических образований, необходимого для определения распространения и визуально контролируемого иссечения пораженного отдела в пределах здоровых тканей, а также иссечения клетчатки шеи (т.е. выполнения вмешательства по радикальной программе).

Учитывая вышесказанное, мы разработали два варианта щадящих операций при раке гортаноглотки, которые отличаются от известных вмешательств кожными разрезами и боковой фаринготомией,

осуществляемой с резекцией половины подъязычной кости.

Материал и методы. Для обоснования модифицированного доступа к гортаноглотке мы провели анатомо-топографические исследования на 54 трупах. Эти исследования сводились к сравнению предлагаемого и наиболее часто используемых доступов к гортаноглотке по следующим критериям:

- 1) обозримость анатомических отделов и частей гортаноглотки и гортани, корня языка, задней стенки ротоглотки,
- 2) ширина операционного поля,
- 3) мобильность гортани.

Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета статистических программ, разработанных в НЦО КР. Был использован критерий сравнения Пирсона.

Первый вид разработанного нами способа операции – резекция гортаноглотки и гортани – выполнен 28 пациентам с ограниченным раком гортаноглотки в стадии T_2 : $T_2N_0M_0$ – 11 случаев, $T_2N_1M_0$ – 17 случаев. Патологическим процессом были поражены передняя стенка грушевидного синуса, глоточно-надгортанные складки и верхнелатеральные отделы надгортанника у 7, глоточная поверхность черпало-надгортанных складок и верхние отделы медиальной стенки грушевидного синуса – у 13 и наружная стенка грушевидного синуса – у 8 больных. Второй вид вмешательства – резекция гортаноглотки с сохранением гортани – выполнен у 16 больных раком задней стенки гортаноглотки, причем в 9 случаях опухоль распространялась на ротоглотку и достигала нижнего отдела носоглотки. Распределение наблюдений по системе TNM здесь было следующим: $T_2N_0M_0$ – 7 случаев, $T_3N_0M_0$ – 4 случая, $T_3N_1M_0$ – 5 случаев. Гистологическая структура всех опухолей соответствовала плоскоклеточному ороговевающему (37) и неороговевающему (7) раку.

При первом варианте операции мы использовали кожный разрез, по форме напоминающий клюшку, поднятую вверх, при втором – разрез, схожий с перевернутой буквой «S». Эти разрезы в области яремной вырезки заканчивали иссечением овала кожи для формирования бесканюльной трахеостомы. Использование специальных кожных разрезов достигались хороший доступ к клетчатке шеи и первичному очагу и надежное ушивание раны, а при втором варианте вмешательства – возможность осуществить пластику дефекта задней стенки ротогортаноглотки.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. В эксперименте на трупах сравнительный анализ различных доступов к гортаноглотке при боковом варианте вскрытия глотки, а также при поперечной фаринготомии показал, что наименьшее число видимых анатомических образований регистрируется при доступах с сохранением или же с рассечением тела подъязычной кости по средней линии, а наибольшее – при доступе с резекцией половины подъязычной кости и верхне-заднего угла пластинки щитовидного хряща. Наименьшей ширина операционного поля оказалась при доступе с сохранением подъязычной кости, наибольшей – при нашем доступе.

Орофарингеальный доступ может быть оправдан только при ограниченных опухолях, расположенных на задней стенке ротоглотки [6, 10]. При распространенных поражениях он неприемлем, поскольку не позволяет манипулировать в области гортаноглотки. В этих случаях используются либо шейные фаринготомии, либо фаринготомии с рассечением или иссечением фрагмента нижней челюсти.

В основе большинства шейных фаринготомий лежит боковая фаринготомия по Trotter [12]. Доступ к гортаноглотке по этой методике достигается путем резекции части пластинки и верхнего рога щитовидного хряща, а также резекции большого рога подъязычной кости.

В последние годы разработаны различные модификации этой операции. Одни авторы рекомендуют сохранять подъязычную кость, другие резецируют ее большой рог, третьи резецируют верхний рожок щитовидного хряща. Так, при обширных опухолях задней стенки рото- и гортаноглотки рекомендуют при плохой смещаемости подъязычной кости резецировать ее большой рог или использовать заднебоковую фаринготомию, сохраняя подъязычную кость, и резецировать верхний рожок щитовидного хряща [2, 4, 7, 8, 11]. Названные варианты щадящих вмешательств имеют положительные и отрицательные стороны и, бесспорно, расширяют возможности функционально-щадящей хирургии.

Щадящее отношение к подъязычной кости без предварительного иссечения клетчатки шеи и подчелюстной области со стороны поражения, как показали наши анатомо-топографические и клинические исследования, позволяют получить трудноконтролируемое узкое операционное поле, что обусловлено ригидностью краев, образуемых указанной костью и гортанью.

Из больных, оперированных по первому варианту, у 23 осуществлено ушивание дефекта глотки наглухо и у 5 сформированы небольшие боковые фарингостомы, которые в последующем закрылись самостоятельно. Фарингосвищи открылись у 8 больных, причем в 3 случаях – в результате нагноения операционной раны. Среди больных, оперированных по второму варианту, у 11 были сформированы плановые боковые фарингостомы, а у остальных 5 – временные небольшие фарингостомы в виде дренажных отверстий, которые

закрылись самостоятельно. В 2 случаях отмечалось нагноение операционной раны в области боковой поверхности шеи вследствие затека слюны. Пластику плановых фарингостом осуществляли местными тканями, спустя 3–4 мес после основной операции.

В 22 случаях шейные лимфодиссекции носили профилактический характер, в остальных – лечебный. Послеоперационная лучевая терапия проведена 39 пациентам. Пластическое ушивание бесканюльной трахеостомы в различные сроки выполнено у 32 больных. Из-за рецидива опухоли в 5 случаях была выполнена ларингэктомия, 1 больной не подлежал такой операции, поскольку повторно обратился за помощью, когда опухоль стала инкурабельной. 6 человек из числа оперированных отказались от ушивания трахеостомы.

В настоящее время живы 25 больных (59%) при сроке наблюдения от 1,5 года до 12 лет; 3- и 5-летняя выживаемость составили $74,7 \pm 8,3$ и $66,5 \pm 10,8$ % соответственно. (По данным В.О. Ольшанского и др. [3], 3- и 5-летняя выживаемость после функционально-щадящих операций при раке гортаноглотки равнялись $64,5 \pm 9,6$ и $56,4 \pm 6,7$ %.) От отдаленных метастазов умерли 9 больных, от интеркуррентных заболеваний – 5, остальные смерти были обусловлены инкурабельными шейными метастазами. Инкурабельность здесь объяснялась быстрой фиксацией метастазов к основанию черепа и внутренней сонной артерии (8 случаев), появлением метастатических фокусов в области *fossa juguli* и в средостении (1 случай) и, наконец, обширным поражением всех групп лимфоузлов шеи в связи с поздним обращением (2 случая).

Выводы

1. Модифицированные варианты резекций гортаноглотки с использованием переднебоковой фаринготомии характеризуются достаточным визуальным контролем для выполнения основных этапов операции и абластической надежностью.

2. При модифицированных вариантах резекций гортаноглотки иссечение клетчатки шеи и подчелюстной области позволяет не только удалить регионарные метастазы, но и получить хороший доступ к гортаноглотке и ротоглотке, что облегчает проведение хирургического вмешательства на первичном очаге.

Литература

1. Кузеев Р.Е. Функционально-щадящие операции при раке гортаноглотки: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 23 с.
2. Нуммаев Г. Рак гортаноглотки (современные методы диагностики, лечения и прогноза): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1986. 47 с.
3. Ольшанский В.О., Трофимов Е.И., Решетов И.В. и др. Функционально-щадящие операции при раке гортаноглотки // Материалы I съезда онкологов стран СНГ, ч. 1. М., 1996. С. 273.
4. Погосов В.С., Насыров В.А. Хирургическое лечение больных с обширными раковыми опухолями задней стенки рото- и гортаноглотки // Журн. ушн., нос. и горл. болезней. 1981. № 1. С. 30–32.
5. Фалилеев Г.В. Диагностика и лечение больных раком гортаноглотки: метод. рекомендации. М., 1985. 18 с.

6. Barbosa J.F. Tumors of the Mouth // *Surgical treatment of head and neck tumors*. New-York – San-Francisco – London: Grune and Srtatton, 1974. P. 81–117.
7. Ferguson G.B. Experiences in Lateral Pharyngotomy // *Laryngoscope*. 1976. Vol. 86, No. 11. P. 1626–1632.
8. Leither Y.B., Johns M.E. Extended posterolateral pharyngectomy for carcinoma fo the posterior pharyngeal wall // *Am. J. Otolaryngol.* 1982. Vol. 3, No. 6. P. 383–387.
9. Oqura J.H., Marks J.E., Freeman R.B. Results of conservation surgery for cancer of the supraglottis and pyriform sinus // *Laryngoscope*. 1980. Vol. 90, No. 4. P. 591–600.
10. Saetti R. Considerazioni sul trattamento chirurgico dei carcinomi della parete posteriore della faringe // *Descrizione di un caso clinico*. Valsalva. 1975. Vol. 51, No. 4. P. 246–267.
11. Statford F.W., Mathias D.B. Pharyngectomy for postericoid carcinoma with precervation of the larynx (A new technique) // *J. Laryngol. Otol.* 1986. Vol. 100, No. 12. P. 1385–1389.
12. Trotter W. The surgery of the malignant disease of the Pharynx // *Brit. Med. J.* 1926. Vol. 1. P. 296–301.

Поступила в редакцию 15.12.2010.

RESULTS OF MODIFIED OPTIONS FOR LARYNGOPHARYNX RESECTIONS

R.A. Sultanbekov, K.K. Dzhunushaliev, E.S. Aytbaev, L.D. Sushanlo
National Oncology Centre of the Republic of the Kyrgyz Republic
(92 Ahunbaeva St. Bishkek 720064 Kyrgyz Republic)

Summary – The paper describes authors' modified options for laryngopharynx organ-preserving resections. The authors have performed anatomic and topographic studies and operated 44 patients suffering from cancer of laryngopharynx. The developed method allows making neck lymph node dissection and radical primary oncotomy. Now, 25 patients (59%) are alive, 3-year and 5-year survival rates are 74.7±8.3 and 66.5±10.8%, respectively.

Key words: laryngopharynx, cancer, resection, lymph node dissection.
Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 88–90.

УДК 617.7-089.28-089.883

КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ КУЛЬТИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ИМПЛАНТАТОМ ИЗ ПОЛИТЕТРАФТОРЭТИЛЕНА ПРИ ЗАДНЕЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ

Д.В. Григорьев¹, А.Н. Куликов², С.В. Сосновский²

¹ Военно-морской клинический госпиталь Тихоокеанского флота (690005 г. Владивосток, ул. Ивановская, 4),

² Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова (194044 г. Санкт-Петербург, ул. Лебедева, 6).

Ключевые слова: глаз, эвисцерация, имплантат тетрафторэтилен.

Описан опыт клинического использования имплантата из политетрафторэтилена для формирования опорно-двигательной культи глазного яблока при задней эвисцерации. Выполнено 20 операций. Срок наблюдения – 36 месяцев. Получены положительные результаты, которые обосновывают целесообразность внедрения предложенного варианта протезирования глаза в клиническую практику.

Достижения офтальмохирургии позволяют не только повысить эффективность лечения заболеваний и травм органа зрения, но и сохранять глазное яблоко в тех случаях, когда ранее это было невозможно. Органосохранная направленность современной офтальмологии ставит вопрос о выборе тактики оперативного лечения патологически измененного и утратившего зрительные функции глаза с целью создания опорно-двигательной культи, отвечающей косметическим требованиям [1–3, 6]. При этом степень медико-социальной реабилитации пациента, утратившего зрительные функции, определяется способом удаления патологически измененных оболочек глазного яблока и типом использованного для формирования опорно-двигательной культи имплантационного материала [7–9].

В.Л. Красильникова, применив офтальмологический имплантат из высокопористой алюмооксидной пенокерамики, показала, что именно эвисцерация задним доступом обеспечивает максимальную подвижность опорно-двигательной культи в 4 основных меридианах [4, 5]. Ю.С. Астахов и В.П. Николаенко в серии экспериментальных и клинических работ доказали высокую биологическую совместимость с

тканями глаза и орбиты имплантата из пористого тетрафторэтилена (ПТФЭ) [1–3, 6].

Цель настоящей работы: клиническое обоснование собственного варианта формирования опорно-двигательной культи глазного яблока, объединяющего два вышеуказанных метода: эвисцерацию задним доступом и применение офтальмологического имплантата из ПТФЭ.

Материал и методы. Прооперировано 20 пациентов (20 глаз). Вмешательство заключалось в удалении внутренних оболочек патологически измененного, нефункционального глаза способом задней эвисцерации и в имплантации в фиброзную капсулу глазного яблока вкладыша из ПТФЭ под общей и местной анестезией. Сформированную опорно-двигательную культи глазного яблока оценивали при помощи биомикроскопии и определения ее подвижности на портативном периметре. Биомикроскопию выполняли с помощью щелевой лампы ШЛ-3Г (Россия). Срок наблюдения – 36 месяцев. Полученные цифровые данные подвергнуты обработке методом вариационной статистики с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования. Инъекцию конъюнктивы глазного яблока, которая самостоятельно разрешалась на 14,0±2,3 сутки после операции, наблюдали у всех пациентов. Перикорнеальная инъекция, зарегистрированная в 5 случаях, самостоятельно разрешалась на 17,0±3,2 сутки. Хемоз глазного яблока, самостоятельно разрешившийся на 12,0±2,9 сутки, диагностирован у 4 человек. Глубокие новообразованные сосуды роговицы начинали проявляться на 26,0±2,8 сутки после операции у всех пациентов, а поверхностные – к концу