

УДК 616.221.7-006.6-089.819

## ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ НАДГОРТАННИКА

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

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

*Ключевые слова:* рак надгортанника, горизонтальная резекция гортани, результаты лечения.

Представлены результаты модифицированной расширенной горизонтальной резекции гортани у 53 больных местнораспространенным раком надгортанника. Непосредственные послеоперационные осложнения наблюдались в 28,5% случаев, в то время как, по данным литературы, при традиционных вмешательствах их частота достигает 40%. Жив 31 больной (58%) при сроке наблюдения от 2 до 17 лет. Акт глотания и голосовая функция восстановлены во всех случаях.

Наиболее часто рост рака надгортанника происходит в сторону одного из грушевидных синусов, в преднадгортанниковое пространство и язычные валлекулы [2]. Далее из преднадгортанникового пространства опухоль может прорасти на один из грушевидных синусов [1]. В последние годы при раке надгортанника все большее внимание уделяется расширенным органосохраняющим операциям. Целесообразность органосохраняющих вмешательств обосновывается хорошими отдаленными результатами, не уступающими таковым при ларингэктомии [3, 5, 7, 9, 11, 12, 15]. Так, по данным Cerny и Rames, при распространенном раке гортани вестибулярной локализации 5-летняя выживаемость после расширенных горизонтальных резекций составила 42,1% (после ларингэктомии – 36%). Эти авторы также отметили, что наличие операбельных регионарных метастазов не является противопоказанием к использованию органосохраняющих операций [10].

Сложность выполнения расширенных горизонтальных резекций гортани обусловлена увеличением масштаба вмешательства в верхнем и боковом направлениях, необходимостью бережного отношения к подъязычному нерву, а также высокой локализацией опухоли. Многие хирурги при горизонтальной резекции гортани в качестве доступа используют над- и подподъязычные фаринготомии и осуществляют операцию сверху вниз [7, 8, 12–14]. Недостатком этой методики при местнораспространенном раке надгортанника является затрудненный визуальный контроль, а также риск вскрытия глотки в зоне опухолевого поражения. Поэтому мы использовали модифицированный вариант расширенной горизонтальной резекции гортани, разработанный Г.А. Фейгиным [6]. Отличительными особенностями этой операции является выполнение хирургического вмешательства снизу вверх, удаление конгломерата тканей вместе с передним углом щитовидного хряща, максимальное подтягивание гортани к подъязычной кости на

заключительном этапе, формирование бесканюльной трахеостомы, а также раннее восстановление акта глотания, благодаря применению специального стола для кормления.

**Материал и методы.** Изучены гистотопограммы 139 гортаней, а также части их в пределах 10 горизонтальных уровней при различных первичных локализациях и распространенности рака надгортанника. Полученные данные позволили определить границы абластического иссечения злокачественных новообразований. Эта информация сделала возможным установить возможную сохранность отдельных анатомических образований, а следовательно, определить функциональную состоятельность оставленной части органа [4].

Модифицированный вариант расширенной горизонтальной резекции гортани проведен 53 больным с местнораспространенным раком надгортанника. Снизу границей опухоли в 28 случаях была нижняя треть фиксированного отдела надгортанника, а также передние отделы вестибулярных складок. В остальных наблюдениях опухоль достигала средней трети фиксированного отдела надгортанника и вестибулярных складок. Распространение опухоли на язычные валлекулы и глоточно-надгортанные складки отмечено у 17, на корень языка – у 15, на черпало-надгортанные складки и, соответственно, верхние отделы медиальной стенки грушевидного синуса – у 21 пациента. Во всех случаях отмечено прорастание опухоли в преднадгортанниковое пространство. У 15 больных выявлено ограничение в подвижности одного из черпаловидных хрящей. Распределение больных по системе TNM было следующим:  $T_4N_0M_0$  – 25,  $T_4N_1M_0$  – 17,  $T_4N_2M_0$  – 8 и  $T_4N_3M_0$  – 3 человека. Плоскоклеточный ороговевающий рак диагностирован в 42, плоскоклеточный неороговевающий рак – в 11 случаях. До операции 8 больных получили радикальный курс лучевой терапии. Одновременно с вмешательством на первичном очаге произведены 28 шейных лимфодиссекций, из них 8 двухсторонних и 20 односторонних.

**Результаты исследования и обсуждение полученных данных.** Результаты гистотопографических исследований позволили прийти к заключению, что расширенная горизонтальная резекция гортани возможна:

- при раке свободной части надгортанника, когда опухолевый инфильтрат занимает весь надгортанник и переходит на передние отделы черпалонадгортанных

складок, глоточно-надгортанные складки и на боковую стенку глотки ( $T_4$ );

• при раке верхней и средней трети фиксированной части надгортанника, когда может быть поражена вся его гортанная поверхность, в процесс вовлекаются область соединения вестибулярных складок, передние отделы черпало-надгортанных складок, язычные валлекулы и корень языка.

К гистотопографической характеристике опухоли надгортанника, ограничивающей возможности выполнения расширенной горизонтальной резекции, следует добавить пожилой возраст и неудовлетворительное здоровье пациентов: указанный масштаб вмешательства отличается тяжелым послеоперационным состоянием и повышенным риском местных и общих осложнений.

На собственном материале в 38 случаях операционная рана зажила первичным натяжением, у 5 больных открылись ларингофарингосвищи с частичным нагноением раны. Свищи в последующем закрылись самостоятельно. Такому относительному гладкому заживлению ран способствовали не только адекватная послеоперационная лекарственная терапия, но и наличие у больных стойкой бесканюльной трахеостомы. При кашле и глотании она препятствовала внутригортанному повышению давления, обеспечивала меньшее раздражение рефлексогенных зон и заброс пищи и жидкости в дыхательные пути. В итоге пароксизмы кашля были редкими, не было необходимости пользоваться трахеостомической трубкой и носопищеводным зондом. В совокупности это обеспечивало относительный покой оперированному органу. У 3 пациентов, получивших лучевую терапию, в результате обширного нагноения операционной раны образовались ларингофарингостомы, которые через 1–1,5 месяца были закрыты местными тканями. Из общих послеоперационных осложнений следует отметить развитие аспирационной пневмонии у 2 больных.

Учитывая, что наличие зонда для кормления при сохраненной гортани крайне тяжело переносится больными, мы в течение 3–4 дней осуществляли парентеральное питание, а с 4–5-го дня после операции разрешали принимать пищу через рот на специальном столе в коленно-локтевом положении [6]. Такая методика кормления не только предупреждала заброс пищи и жидкости ниже стойкой бесканюльной трахеостомы, но и обеспечивала раннюю тренировку, направленную на восстановление разделительной функции гортани. В послеоперационном периоде проводилось интенсивное антибактериальное лечение, а также гепаринотерапия. В первые дни кормления у большинства больных частота заброса пищи в гортань составляла 60–70%, а к моменту выписки – не более 5–7%. При контрольном осмотре через 1 месяц 15 человек предъявляли жалобы на поперхивание густой и жидкой пищей. Это было связано с тем, что в этих случаях были выполнены обширные резекции

корня языка. У остальных пациентов акт глотания восстановился полностью.

Суммируя непосредственные послеоперационные осложнения у наших больных, можно констатировать, что они наблюдались в 28,5% случаев, в то время как, по данным литературы, при традиционных вмешательствах их частота достигает 40%, в том числе в 10–20% случаев регистрируются пневмонии [2, 8–12].

Местный рецидив опухоли возник у 8 больных. Им были проведены ларингэктомии, в 5 случаях – с субтотальной резекцией глотки. Через различные сроки 16 пациентам выполнили шейную лимфодиссекцию в связи с появлением регионарных метастазов. У 2 больных с местными рецидивами дважды проводилось иссечение опухоли. В одном случае выполнена операция Крайля с паротидэктомией, в другом – вместе с опухолью был иссечен участок стенки внутренней сонной артерии с последующим наложением сосудистого шва.

Через 1,5–3 года после первой операции умерли 2 пациента (от инфаркта миокарда и пневмонии). Еще 3 человека умерли от метастазов рака в легкие, 8 – от инкурабельных вследствие позднего обращения местных метастазов. Судьба еще 9 больных неизвестна.

В настоящее время жив 31 больной (58% при сроках наблюдения от 2 до 17 лет). Из них 5 пациентов дышат комбинированно: через естественные пути и бесканюльную трахеостому. У других пациентов дыхание естественным путем восстановилось после разрешения послеоперационного лимфостаза. Этим больным бесканюльная трахеостома была ушита. Голосовая функция восстановилась во всех случаях.

Таким образом, модифицированный вариант расширенной горизонтальной резекции гортани позволяет под визуальным контролем абластично удалить местнораспространенный рак надгортанника, в том числе с ограниченным распространением его на гортаноглотку и корень языка. Методические основы выполнения этого вида хирургического вмешательства и особенности послеоперационного ведения обеспечивают относительно малую частоту тяжелых осложнений и сравнительно быстрое восстановление дыхательной и разделительной функций. Все это дает нам право рекомендовать расширенную горизонтальную резекцию гортани для широкого использования в практической ларингологии.

#### Литература

1. Гамбург Ю.Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода. М.: Медицина, 1974. 263 с.
2. Огольцова Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. М.: Медицина, 1984. 223 с.
3. Погосов В.С., Антонив В.Ф. Состояние и основные направления хирургического лечения раком гортани // Вопросы функциональной хирургии гортани и трахеи. Фрунзе, 1986. С. 21–29.
4. Фейгин Г.А., Байкова Т.К. Использование гистотопографических особенностей рака гортани для обоснования объема хирургического вмешательства на пораженном органе // Журн. ушн., нос. и горл. болезней. 1974. № 4. С. 37–43.
5. Фейгин Г.А. Тактические ошибки при органосохраняющих

- операциях у больных раком гортани // *Диагностические и тактические ошибки при раке гортани*. М.: Медицина, 1989. С. 130–157.
6. Фейзин Г.А., Рожинская И.А., Егоров В.И. Ведение больных и профилактика функциональных расстройств после резекций гортани. Чита, 1974. 152 с.
  7. Шантуров А.Г., Погосов В.С., Потапов И.И. Щадящая хирургия в сочетании с регионарной и системной химиотерапией рака гортани. Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство, 1977. 193 с.
  8. Alonso J.M. Partial horizontal laryngectomy. Functional and physiological operation for supraglottic cancer // *Laryngoscope*. 1966. Vol. 76. P. 161–169.
  9. Bitiutskii P.O., Trofimov E.I., Olshanskii V.O. et al. A method of combined horizontal resection of the larynx with removal of the arytenoid cartilage and its primary reconstruction // *Vestn-Otorinolaringol*. 1992. No. 2. P. 10–12.
  10. Cerny E., Rames M. K problematike partialnich laryngektomii u rozsahlych supraglotticheskych rakovin. Subglossohyo – thyreo-supraglottectomia // *Cs. Otolaryngol*. 1996. Vol. 25, No. 5. P. 261–268.
  11. Czinger J. Function preserving laryngeal cancer surgery in Hungary – a historical retrospect and 25 years personal experiences // *Laryngorhinootologie*. 2003. Vol. 72, No. 9. P. 417–420.
  12. Gehanno P., Barry B., Guedon C. et al. Lateral supraglottic pharyngo-laryngectomy with arytenoidectomy // *Nead Neck*. 2006. Vol. 18, No. 6. P. 494–500.
  13. Leroux-Robert J. Techniques et resultats de la chirurgie conservatrice fonctionnelle du cancer de larynx // *Memoires de l'Academie de Chirurgie*. 1967. Vol. 93. P. 349–361.
  14. Sanghvi V. The new combined surgical approach for cancer involving the base of tongue-supraglottic complex // *Laryngoscope*. 2006. Vol. 104, No. 6, Pt 1. P. 725–730.
  15. Zabirov R.A. Methods of immediate reconstruction of the separating dividing mechanism in extended horizontal resection of the larynx // *Vestn-Otorinolaryngol*. 1993. No. 4. P. 19–22.

Поступила в редакцию 20.01.2011.

#### ORGAN-PRESERVING INTERVENTIONS IN LOCALLY ADVANCED EPIGLOTTIS CANCER

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

**Summary** – The paper provides the results of modified extended horizontal resection of larynx in 53 patients suffering from locally advanced epiglottis cancer. Immediate postoperative complications were diagnosed in 28.5% of medical cases, while, according to the literature data, their frequency during traditional operations reaches 40%. Observations lasting from 2 to 17 years show that 31 patients (58%) are alive. Deglutition and voice function have restored in all the cases.  
**Key words:** epiglottis cancer, larynx horizontal resection, treatment results.

Pacific Medical Journal, 2011, No. 3, p. 80–82.

УДК 616.36-006.6-079.4

## СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

А.Ш. Абдышев<sup>1,2</sup>, В.Н. Багрянцев<sup>2</sup>, О.Ю. Постнова<sup>2</sup>, М.Х. Дадабаев<sup>3</sup>, Е.М. Ким<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Приморский краевой онкологический диспансер (690105 г. Владивосток, ул. Русская, 57а),

<sup>2</sup> Лечебно-диагностический центр «Мечников» (690001 г. Владивосток, ул. Капитана Шефнера, 2а),

<sup>3</sup> Национальный центр терапии и кардиологии Республики Кыргызстан (720001 г. Бишкек, ул. Тоголок молдо, 4)

**Ключевые слова:** рак печени, диагностика.

Проблема диагностики первичных и метастатических раков печени, а также разработка алгоритмов обследования пациентов с данной патологией является весьма актуальной. На основе клинического опыта авторов описаны различные подходы, диагностические методы и приемы для решения данной проблемы: ультразвуковые исследования с тонкоигольной пункционной биопсией, рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ангиография и чрескожно-чреспеченочная холангиография и холангиостомия. Делается заключение, что использование мало- и неинвазивных методов в сочетании с анализом уровней иммуномаркеров позволяет точно диагностировать злокачественный процесс в 95–99% случаев.

Ежегодно в мире раком печени заболевают около 250–300 тыс. человек. По данным ВОЗ, гепатоцеллюлярный рак занимает пятое место среди часто встречающихся злокачественных новообразований. Особенно часто рак печени регистрируется в Африканских странах и Индокитае. На территории СНГ заболеваемость первичным раком печени по регионам различается: наибольшая отмечена в Якутии, где показатель заболеваемости первичным раком печени превышает 17 на 100 000 населения [3]. В Кыргызстане первичный рак печени

составляет 4,3%, а в Приморском крае РФ – 1,6% от всех злокачественных новообразований.

Первичный рак печени встречается в 30–40 раз реже, чем метастатический [8, 9]. Источником метастазов являются злокачественные опухоли других органов (желудок, толстая кишка, матка, яичники, легкие, молочная железа), а также нефробластомы, нейробластомы, тератобластомы. Клиническая картина метастатического рака печени определяется клиникой основного заболевания и, как правило, она более тяжелая, чем при первичном поражении.

По данным Б.П. Ахмедова [1], в аутопсийном материале метастатическое поражение печени при злокачественных опухолях других органов наблюдалось в 20–100% случаев. От 20 до 50% больных колоректальным раком при первичном обращении имеют метастазы в печень. Из числа подобных больных, подвергшихся потенциально радикальному лечению и не имевших рецидивов, почти у 55% выявляются метастазы в печени [2].

Проблема диагностики и лечения первичного и метастатического рака печени остается одной из самых сложных в клинической онкологии. Скрининг