

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

В. П. Иванов

ЛОР отделение областной клинической больницы г. Белгорода

В последние годы достоверно установлен рост заболеваемости злокачественными новообразованиями верхних дыхательных путей в 2,5-3 раза. По данным литературы [1, 3, 5] на примере рака гортани она выросла с 2,5 до 4,7 случаев на 100000 населения и занимает пятое место в структуре онкозаболеваний. 65,2% злокачественных опухолей гортани выявляются в запущенных стадиях. 1/3 больных умирают в течение первого года. Заканчивают специализированное лечение 82% больных. Процент комбинированного лечения рака гортани в РФ низок (17,8%).

В Белгородской области заболеваемость злокачественными опухолями ЛОР органов в последние годы составляет от 7 до 9 случаев на 100000 взрослого населения, и более половины из них — это опухоли гортани. Из этого становится понятной актуальность проблемы развития и усовершенствования специализированной помощи этим больным.

С 1988 г. на базе областной больницы велся на 0,25, а затем на 0,5 ставки специализированный прием и велась диспансеризация больных с ЛОР-онкопатологией. Была выдержана четкая преемственность от первичного осмотра, обследования до выбора метода лечения, осуществления хирургической помощи и диспансеризации пролеченных больных.

Основными методами лечения рака гортани у нас являются лучевой, хирургический и комбинированный. По литературным данным [1], при лечении на ранних стадиях существенное место занимает лучевая терапия, которая в качестве самостоятельного метода может излечить до 70 — 80% больных и только 30 — 50% больных в поздних (запущенных) стадиях. Лучевая терапия как самостоятельный метод применяется у 53,5% больных раком гортани, комбинированный — у 24,3%, хирургический — у 17,8%, комплексный — у 5% и небольшая часть больных остается по ряду причин без лечения.

Показаниями для лучевой терапии как основного метода по О. В. Ольшанскому, В. П. Демидову [2] являются: отсутствие стеноза гортани, ограниченность поражения (I — II ст.), отсутствие глубокого изъязвления, сохранение подвижности пораженного отдела гортани, сохранение морфологической дифференцировки опухоли, оксифитная форма роста опухоли, отсутствие регионарных метастазов, заметный регресс опухоли после 30 -40 грей, неоперабельные случаи, отказ больного от операции.

Противопоказания для лучевой терапии: наличие стеноза гортани любой степени, обусловленного опухолью или воспалительным процессом, перихондрит, распадающиеся опухоли, тяжелое общее состояние, кахексия, сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, открытые формы туберкулеза легких и любые формы туберкулеза гортани, а также выраженные рубцовые и склеротические изменения в тканях шеи.

Раньше, да и во многих случаях и теперь, лучевая терапия по радикальной программе назначалась всем больным, а хирургическое — только при остаточных опухолях или продолжении роста.

Лучевые терапевты часто необоснованно настраивают больного на излечение лучевым методом. Это часто приводит к отказу больного от хирургического лечения, или решать этот вопрос приходится спустя несколько месяцев, в период возобновления активного роста опухоли при наличии лучевых перихондритов, отеков и эпителиитов (лучевой перихондрит после полного курса лучевой терапии встречается в 25%), когда доказать наличие остаточной опухоли сложно, снижаются функциональные и онкологические возможности дальнейшего лечения, число первичных заживлений

послеоперационных ран уменьшается более, чем в три раза и более чем у половины оперированных больных рана идёт вторичным заживлением с образованием фарингостом, свищей. Теперь лучевая терапия в качестве основного метода планируется при I – II ст. При III ст. и по индивидуальным показаниям при IV ст., лучевая терапия в большинстве случаев при отсутствии регионарных метастазов, проводится в плане первого этапа так называемого условно комбинированного лечения. Если в процессе лучевой терапии выявляется высокая радиочувствительность опухоли, то проводится облучение по радикальной программе; если же резорбция опухоли оказывается недостаточной, то после суммарной очаговой дозы 40-50 Гр. больному предлагают радикальную операцию или резекцию гортани.

Показания для комбинированного лечения: наличие стеноза гортани, распространение опухоли на подскладочный отдел, гортанные желудочки и черпалонадгортанные складки, основание надгортанника, грушевидный синус, выход опухоли за пределы гортани, глубокое изъязвление опухоли, неподвижность поражённого отдела гортани, понижение морфологической дифференцировки опухоли, эндофитная форма роста, наличие регионарных операбельных метастазов, поздний и слабый регресс опухоли после 40 Гр.

Интервал между окончанием лучевой терапии в преоперационной дозе и операцией, который при полной дозе составлял 2-3 месяца, сократился до 1-2 недель, так как нет необходимости выжидания полного лучевого эффекта. Радикальная операция показана и в случае рецидива опухоли в любые сроки после лучевой терапии. Повторно лучевую терапию при этом не проводили. При условно комбинированном методе, который применяется у нас в настоящее время, необходим контроль по ходу проведения лучевой терапии. Известно, что величина дозы и время облучения зависят от локализации опухоли и, согласуясь с тем, что степень дифференцировки опухоли и гортани уменьшается по направлению кверху и увеличивается по направлению книзу, соответственно меняется и радиочувствительность опухоли. При раке голосовых складок достаточной дозой являются 50-60 Гр. в течение месяца, при поражении вестибулярного отдела доза увеличивается до 60-65 Гр. в течение 5-6 недель, и нижнего отдела гортани – до 70 Гр. При лучевой терапии разовая доза не должна превышать 180-200 Рад. В последнее время наши лучевые терапевты применяют более щадящий расщеплённый курс терапии с интервалом в 3 недели (первый курс – 40 Гр., второй – 30 Гр.). Эффективность не снижается, но уменьшается возможность осложнений. Необходимо также учитывать, что быстрота регресса опухоли в разных отделах также идёт по-разному. Опухоли голосовых складок, свободной части надгортанника заметно уменьшаются уже через 2 недели от начала лечения и перестают определяться к концу лучевой терапии. Регрессия опухоли фиксированного отдела надгортанника области черпаловидных хрящей, подскладочного отдела может заканчиваться через 5-6 недель после окончания лечения и полной регрессии лучевого эпителиита.

Осложнения после лучевого лечения чаще всего проявляются пери-хондритом, который может развиваться в различные сроки, но обычно в первые 6 месяцев. Развитию перихондрита способствует распространение опухоли на хрящ, воспаление, наличие трахеостомы, большая разовая или очаговая дозы, чаще поражаются надгортанник и область черпал. Это проявляется уже в начале облучения в виде болей, ранних отёков слизистой оболочки, ухудшается общее состояние, повышается 1° тела, появляется отёк мягких тканей шеи, иногда некротизируется хрящ и отторгается очень долго. Всё это требует своевременного лечения, вплоть до наложения трахеостомы.

Хирургическое лечение рака гортани в последние годы значительно расширилось и находит по разным причинам всё большее число сторонников [4]. Радикальные операции различных видов (комбинированные резекции, типичные ларингектомии, расширенные ларингэктомии, операции на лимфопутях шеи) применяются в основном как 2-й этап комбинированного лечения. Но в последнее

время мы стали чаще применять хирургическое лечение первым этапом в основном в связи с большой очередностью на лучевую терапию в ООД. Особое развитие в последние годы получают резекции при II-III стадии заболевания. Вопрос этот большой и сугубо специальный. Остановилось лишь на противопоказаниях для выполнения резекции гортани после лучевой терапии: значительная распространенность опухоли, не позволяющая провести операцию без нарушения принципов абластики (показана ларингэктомия); преклонный возраст больных при наличии сопутствующих заболеваний и лучевых изменений тканей шеи; при анаплазированном и недифференцированном раке гортани; после лучевой терапии в полной дозе противопоказана горизонтальная резекция в виду частых хондронекрозов, аррозивных кровотечений, пневмонии; при наличии общих противопоказаний со стороны сердечно-сосудистой системы, диабета и др.

В ЛОР отделении областной больницы с 1988г. по 2000г. хирургическое пособие оказано 338 больным раком гортани и около 100 больных за эти годы оперированы в различных НИИ и онкоцентре. В плане чисто хирургического и комбинированного лечения произведены: 131 – ларингэктомия, 15 произведены различные варианты расширенных операций, операций Крайля – 10, футлярно-фасциальных диссекций лимфоузлов и клетчатки шеи – 6, горизонтальные резекции – 3, передне-боковые резекции – 6, хондрэктомии – 41, пластики фаринго-трахеостом и свищей – 37, в срочном порядке произведено 89 трахеостомий. Хирургическая активность составила 20%.

По данным литературы [3, 4]; из общего числа леченных больных раком гортани более 5 лет живут 43,5%, из них 58,3% – пролеченные лучевым методом. После комбинированного лечения при I-II ст. живут до 83%, при III ст. – 60-66%, при IV ст. – 30%. Из пролеченных у нас больных после лучевой терапии в течение 1 года умерли 14% и 9% после комбинированного лечения. В течение 2 года умерли 13% больных после лучевого и 19% – после комбинированного. Свыше 3 лет живут 37% получивших лучевую терапию и 56% – комбинированное лечение. Мы не проводили при этом разработку по стадиям, но это и так очевидно: оперируются в основном больные II – III стадии, и долго живут получившие лучевое лечение с начальными стадиями заболевания.

При ларингэктомии нами почти у всех используется наложение на глотку механического шва аппаратом УГ-70. В послеоперационном периоде в течение 2 суток используется активное дренирование раны трубчатыми дренажами. Это дало возможность уменьшить число нагноений, а следовательно, и образование свищей, фарингостом. Эти осложнения удалось снизить до 20% при ларингэктомии и практически их не было при резекциях.

Наш опыт и данные других клиник показывают, что предпочтительнее тактика при высокодифференцированных опухолях – «нож + луч». Это сокращает сроки лечения после установления диагноза, снижает нагноительные осложнения, больные «не теряются» и не остаются без лечения. Хорошие показатели и после неполного курса лучевой терапии в СОД = 40 Гр. по схеме «луч + нож». Важно при этом следить за регрессом опухоли в ходе лучевой терапии и вовремя произвести операцию.

В последние 2 года в ООД на базе хирургического отделения выделены ЛОР-койки и прошел специализацию отоларинголог по ЛОР онкологии. Всех больных злокачественными опухолями верхних дыхательных путей они взяли на себя, что явно не по силам 1 человеку, тем более, что не организована ургентная помощь этим больным. В ОКБ имеются подготовленные кадры с большим опытом работы и большими возможностями, которыми в интересах больных не стоит пренебрегать.

Литература

1. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.П. Опухоли ЛОР-органов. – М.: Медицина, 1979. – С. 211.

2. Ольшанский О.В., Демидов В.П. О выборе метода лечения при раке гортани. В кн. Опухоли головы и шеи. Сб. научных трудов. Вып. I. – М., 1976. – С.94-99
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983.
4. Логосов В.С. «Материалы к распознаванию и лечению рака гортани». Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1963.
5. Ременник Л.В., Сергеев С.А., Мокина В.Д., Харченко Н.В. «Заболеваемость населения Российской Федерации злокачественными опухолями верхних дыхательных путей и состояние специализированной онкологической помощи больным». Материалы XV Российского съезда отоларингологов. Тезисы. Новости отоларингологии и логопатологии № 3 (4). – С.-Петербург, 1995. – С. 164.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РЕДКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СИНДРОМА – РАССЛАИВАЮЩЕЙ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ

Е.А. Киселева

Кафедра хирургических болезней

Под термином расслаивающая аневризма аорты (РАА) подразумевают внезапное образование дефекта внутренней оболочки стенки аорты с последующим проникновением потока крови в дегенеративно измененный средний слой, образованием внутрстеночной гематомы и продольным расслоением стенки аорты преимущественно в дистальном или реже в проксимальном направлении.

Нами обобщен опыт лечения четверых больных, находившихся на лечении в ОКБ г. Белгорода. Приводим клиническое описание одного из них:

Больной 39 лет поступил в кардиологическое отделение ОКБ 16.09.01. в 16-00 с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, головные боли, слабость, отсутствие мочи в течение 18 часов. Из анамнеза известно, что больной в течение 10 лет страдал гипертонической болезнью с прогрессирующим течением. Неоднократно госпитализировался и лечился в ГБ №1. Последняя госпитализация в 2000 году (исключалась симптоматическая гипертензия, проводились в/в урография, УЗИ почек, физикальные пробы, лабораторные исследования). Из препаратов получал коринфар, атенолол, капотен.

В течение последних 2 суток АД оставалось на стабильно высоких цифрах. Ухудшение состояния наступило в 22 часа 15.09.01, когда появились схваткообразные боли в околопупочной области, тошнота. Интенсивный болевой синдром сохранялся в течение последующих 10 часов и потребовал приема 8-10 таблеток анальгина. Утром 16.09.01 была однократная обильная рвота. С этого момента интенсивность болей несколько уменьшилась, отмечалось отсутствие мочи. Доставлен родственниками в ОКБ в 16-00.

При поступлении больной осмотрен дежурным хирургом, кардиологом, реаниматологом. Общее состояние расценено как средней тяжести. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, на коже живота остаточные явления от кровоизлияний (была травма). Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см от среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС=84 в мин, АД= 240/140 мм рт. ст., II тон над аортой усилен. На сосудах справа и слева от пупка выслушивается систолический шум. При пальпации живота отмечается болезненность справа от пупка. Печень и селезенка не пальпируются, отеков нет.

DS при поступлении: ГБ III ст, прогрессирующее течение. Реноваскулярная гипертензия. ОПН.