

пациентов. Среди городских жителей: мужчин – 24 (32,8 %), женщин – 1 (1,4 %), среди сельского населения: мужчин – 46 (63 %), женщин – 2 (2,8 %).

В процессе обследования диагноз рака гортани был заменен на РГГ. По распространенности процесса: $T_3N_0M_0$ – у 38 (52,1 %), $T_4N_0M_0$ – у 17 (32,3%), $T_4N_{1-2}M_0$ – у 18 (24,6 %) больных. Метастазы в регионарные лимфатические узлы шеи обнаружены в 18 (24,6 %) наблюдениях. Распределение по степени дифференцировки: 34 (46,6 %) – высокодифференцированный, 28 (38,4 %) – умеренно дифференцированный, 11 (15,1 %) – низкодифференцированный рак. Распределение больных в зависимости от локализации опухоли: процесс в грушевидном синусе с переходом в гортань наблюдался в 59 (81,9 %), в заперстневидной области и гортани – в 12 (15,3 %), на задней стенке гортаноглотки и гортани – в 2 (2,8 %) случаях.

Перед поступлением в РНИОИ 17 (23,3 %) больных получили предоперационное облучение в дозе

40–45 Гр. Все поступившие пациенты были подвергнуты ларингэктомии с циркулярной резекцией гортаноглотки и последующей лучевой терапией. У 29 (39,7 %) больных заживление произошло первичным натяжением, у 44 (60,3 %) – вторичным. Одногодичная летальность не наблюдалась. При этом в группе больных с предоперационным облучением осложненное течение имело место у 36 (49,3 %) больных. Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией у пациентов раком гортаноглотки $T_{3-4}N_{1-2}M_0$ позволило добиться 5-летней выживаемости в $73,3 \pm 9,3$ % случаев, при выполнении операции на первом этапе комбинированного метода – в $79,1 \pm 5,9$ %. Разница в выживаемости между группами статистически незначима ($p > 0,05$).

Таким образом, рак гортаноглотки подлежит комбинированному лечению, где операции отводится ведущая роль. Результаты лечения не зависят от пред- или послеоперационного облучения.

НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОРТАНОГЛОТКИ В Г. МОСКВЕ

А.М. Сдвижков, А.И. Пачес, Л.Г. Кожанов, Н.Х. Шацкая, Е.Н. Белов

*ГБУЗ «Онкологический клинический диспансер №1 Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ОКД №1 ДЗМ»)*

Согласно статистическим материалам 2010 г., в России рак гортаноглотки среди других злокачественных опухолей у мужчин составил 0,71 % (21-е место), у женщин – 0,06 % (39-е место). В абсолютном выражении было зарегистрировано 1 844 первично выявленных больных. Распространенность рака гортаноглотки на 100 000 мужского населения России – 2,6, женского – 0,20. Средний возраст заболевших мужчин 60,5 года, женщин – 56,7 года. Прирост больных раком гортаноглотки в России составил 24,5 %, причем риск заболевания вырос на 23,5 %.

По данным Московского городского канцер-регистра, на учете в отделении опухолей головы и шеи консультативной поликлиники ОКД № 1 на 31.12.2013 состоит 4 567 больных со злокачественными опухолями полости рта и верхних дыхательных путей, из них в 2013 г. – 348 больных раком гортаноглотки (в 2012 г. – 333, в 2011 г. – 308),

отмечается тенденция роста. Более 5 лет живы 87 больных (2012 г. – 85, 2011 г. – 77 больных).

В 2013 г. на учет в отделение опухолей головы и шеи консультативной поликлиники ОКД № 1 поставлено 1 113 больных (2012 г. – 1 072, 2011 г. – 1 268 больных). Рак гортаноглотки (134 больных) и рак языка занимают третье место, впереди находятся только рак гортани (293 больных) и рак ротоглотки (194 больных). В основном диагностируется IV стадия заболевания – в 85,5 % (115 больных), III стадия – у 17 больных. По одному пациенту выявлено с I и II стадиями. Аналогичная ситуация прослеживается и в предыдущие годы, в 2012 г.: I ст. – 1 больной, II ст. – 7, III ст. – 21, IV ст. – 109 (78,9 %); 2011 г.: I ст. – 2, II ст. – 1, III ст. – 10, IV ст. – 146 (91,8 %) больных. Основными причинами запущенности больных в 2013 г. являются: позднее обращение за медицинской помощью – 46 больных (2012 г. – 46, 2011 г. – 76 больных), бессимптомное

(скрытое) течение – 39 больных (2012 г. – 38, 2011 г. – 35 больных) и диагностические ошибки – 22 больных (2012 г. – 23, 2011 г. – 16 больных).

Основными методами лечения рака гортаноглотки в г. Москве являются: комбинированный и комплексный – 16 больных (в 2012 г. – 17, в 2011 г. – 20),

хирургический – 1 (в 2012 г. – 4, в 2011 г. – 3), лучевой – 15 (в 2012 г. – 15, в 2011 г. – 32), химиолучевой – 14 (в 2012 г. – 18, в 2011 г. – 29). На симптоматическую терапию в 2013 г. было направлено 76 больных (в 2012 г. – 74, в 2011 г. – 63 больных).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

В.С. Ушаков, В.Н. Вавилов

Кафедра отоларингологии ВМА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – обратить внимание специалистов на трудности и ошибки, возникающие при микрохирургической реконструкции дефектов глотки и шейного отдела пищевода у больных раком гортаноглотки, и показать возможности успешной хирургической реабилитации после неудач.

Несмотря на совершенствование и появление новых методик лечения злокачественных опухолей гортаноглотки, прогноз остается неутешительным. Пятилетняя выживаемость не превышает 25 % независимо от вида лечения. Эта ситуация является результатом влияния следующих факторов: большинство больных обращается за помощью с III–IV стадиями, до 24 % имеют метастатическое поражение. Опухоли этой локализации отличает агрессивный рост с быстрым поражением окружающих тканей, крупных сосудов и лимфатических узлов.

Применение микрохирургической аутотрансплантации тканевых комплексов, включающих участки стенки желудка или фрагменты тонкой кишки, позволило расширить границы операбельности пациентов с распространенными формами злокачественных опухолей гортаноглотки, добиться одномоментного или отсроченного восстановления пищевода путей и улучшить качество жизни этой тяжелой категории больных. Эффективность метода была изучена на собственном клиническом материале, объединившем 57 наблюдений пациентов, оперированных сотрудниками ЛОР кафедры ВМА и факультетской хирургии СПбГМУ. Все больные благополучно перенесли

вмешательства: прижилось 52 трансплантата, в 5 случаях возникли некрозы из-за тромбоза сосудов питающей ножки (дважды имелись технические проблемы, у 3 пациентов – нагноение послеоперационной раны). Приводим клиническое наблюдение, которое представляет интерес для всех врачей нашей специальности.

Больной Ч., 52 года, поступил в клинику 12.03.12 с диагнозом: Рак гортаноглотки с метастазами в лимфоузлы шеи справа, состояние после лучевого и химиотерапевтического лечения в ноябре 2011 г. Учитывая распространенность опухолевого процесса, была запланирована расширенная ларингэктомия с резекцией глотки и одномоментной пластикой дефекта кишечным трансплантатом с использованием микрохирургической техники. Использование желудочного лоскута не представлялось возможным из-за перенесенной ранее операции по поводу язвенной болезни.

29 марта 2012 г. двумя бригадами хирургов выполнялось удаление опухоли и формирование тонкокишечного трансплантата. Восстановление непрерывности осуществлялось путем микрохирургической аутотрансплантации тканевого комплекса на шею. Сосуды кишки соединены с наружной сонной артерией и внутренней яремной веной справа. По окончании операции сегмент кишки имел обычную окраску, перистальтировал, сосуды брыжейки пульсировали во всех видимых отделах.

Утром следующего дня отмечено поступление крови темного цвета изо рта больного, что сви-