

2001-294

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

*На правах рукописи*

УДК 616:616.22-006

**Айдарбекова Айжана Азаматовна**

**АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРТАНИ И  
ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕЙ ПОСЛЕ ЕЕ  
ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ РЕЗЕКЦИИ**

**14.00.14 – онкология**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2001



Работа выполнена на кафедре онкологии, лучевой диагностики и лечения Кыргызской Государственной медицинской академии, курсе отоларингологии – хирургии головы и шеи РЦНПМиФР и отделении оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального Госпиталя МЗ КР.

#### Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор Фейгин Г.А.

доктор медицинских наук, профессор Кудайбергена И.О.

#### Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Шаимбетов Б.О.

кандидат медицинских наук, доцент Кадыров М.М.

**Ведущая организация:** Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии.

Защита диссертации состоится «\_\_» \_\_\_\_\_ 2001г в \_\_ часов на заседании Диссертационного Совета Д 14.00.110 при Национальном Центре Онкологии МЗ КР (720064, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального Центра Онкологии МЗ КР.

Автореферат разослан «\_\_» \_\_\_\_\_ 2001года.

Ученый секретарь

диссертационного совета,

кандидат медицинских наук

1001 - КЕК - 5001

Рыспаева Г.С.

#### Актуальность работы

Хирургическое лечение рака гортани наряду с лучевой терапией, а часто и в комбинации с ней, по-прежнему используется достаточно широко (Cellai E., 1991; Zohar B., 1992; Tu C., 1995; Carlucio F., 1996; Gershon Spector J., 1999). Среди оперативных вмешательств, применяемых при такого рода лечении, достойное место занимает органосохраняющая хирургия (Zohar S., 1992; DelCaudio N., 1994; De-Vincentiis M., 1996; Caliceti U., 1997; Magnano M., 1999). В частности, при раке гортани боковой локализации в T1 и T2 стадии развития опухоли получила широкую распространенность передне-боковая резекция органа. Это связано с тем, что этот вариант оперативного вмешательства отличается достаточной надежностью. Результаты его использования при ликвидации рака гортани, либо аналогичны результатам лучевого лечения, либо оказываются даже лучше. Они колеблются в пределах от 80% до 91% (Piquet D., 1991; Daniilidis H., 1992; Chevalier L., 1993; Zanaret M., 1995). В этом плане мы не являемся исключением. Согласно наблюдениям сотрудников наших отделений, подавляющее большинство больных (85,2-94%) живут более 5 лет (Фейгин Г.А., Рожинская И.А., 1979; Изаева Т.А., 1985; Джунушалиев К.К., 2001). Однако такая оценка эффективности органосохраняющего хирургического вмешательства не может быть признана абсолютно достаточной. Врачей, осуществляющих наблюдение за больными в ранние сроки и на протяжении длительного времени после операции, не в меньшей степени интересуют и другие последствия хирургического вмешательства. Так, им необходимо знать с какими осложнениями они могут встретиться после операции, каким образом меняется клиническая анатомия гортани после завершения процессов репаративной регенерации ран и, какова ее функциональная состоятельность и как протекает заболевания в ней, связанные и не связанные с хирургическим вмешательством. Не меньшее, если не большее значение имеют для наблюдающих за оперированными клинические признаки продолженного роста и рецидива рака.

К сожалению, все перечисленные вопросы не нашли должного освещения. В источниках литературы, которые посвящены итоговой результативности передне-боковой резекции гортани, указывается обычно на число функциональных неудач и возвратов основной болезни и лишь вскользь, без подробной детализации описываются их клинические проявления (Semczuk W., 1991; Sulikowski A., 1991; Szejeja S., 1992; Donnely G., 1995; Leon X., 1996; Campbell J., 1997).

Следует добавить, что при различных методических основах выполнения названного хирургического вмешательства его итоговая результативность может оказаться не идентичной. В свою очередь это сказывается на функциональных последствиях операций и качестве жизни больного. А, следовательно, не дает возможность определить целесообразность ее широкого использования в практической ларингоонкологии. Мы обращаем внимание на вышесказанное, поскольку модифицированный вариант передне-боковой резекции гортани, который производится в наших отделениях отличается: 1) бережным отношением к хрящевому каркасу гортани, обеспечивающему максимально возможное его зияние; 2) бесканюльным ведением и особенностями ушивания наружной раны, предупреждающими резкое повышение давления в органе во время кашля; 3) послеоперационной лекарственной терапией, которая направлена против грубого, деформирующего рубцевания внутригортанных ран (Фейгин Г.А., Рожинская И.А., 1972; Изаева Т.А., 1985; Джунушалиев К.К., 2001). А это



заставило нас заинтересоваться всеми перечисленными вопросами, которые возникают при выполнении модифицированных щадящих и расширенных передне-боковых резекций. Наша работа была проведена для того, чтобы дать дополнительную оценку ее эффективности и помочь врачу осуществлять квалифицированное наблюдение за оперированными больными.

Учитывая изложенное, мы сочли обоснованным признать избранную тему актуальной и имеющей практическое значение.

#### **Цель исследования**

Изучить и описать анатомические и функциональные изменения, осложнения, и заболевания в гортани после передне-боковой резекции, чтобы оценить целесообразность использования названного хирургического вмешательства и облегчить наблюдение за больными в ближайшие и отдаленные сроки после ее выполнения.

#### **Задачи исследования**

1. Дать клиническую характеристику заживления внутригортанных и наружных ран и описать клиническую характеристику осложнений после выполнения передне-боковой резекции гортани.
2. Изучить клиническую анатомию и состояние основных функций гортани у больных после щадящего и расширенного вариантов передне-боковых резекций.
3. Представить клинику заболеваний и проявления продолженного роста и рецидива рака гортани после произведенной в прошлом передне-боковой резекции.

#### **Научная новизна**

В работе впервые с достаточной подробностью: 1) изложена детальная характеристика анатомических и функциональных изменений в гортани после выполнения модифицированных щадящих и расширенных вариантов передне-боковой резекции; 2) приведен перечень и описаны особенности клинического течения осложнений и заболеваний в гортани (операционная гранулема, ларингосвищ и ларингостома, рубцовый стеноз, хондроперихондрит, острый и хронический ларингит, которые могут появиться у больных после выполнения модифицированных щадящих и расширенных вариантов передне-боковых резекций; 3) представлена клиническая симптоматика продолженного роста или рецидива рака, которые могут появиться в гортани в различные сроки после передне-боковых резекций гортани; 4) оценена диагностическая роль нижней ларингоскопии в диагностике рецидива рака, когда его признаки при зеркальной ларингоскопии не выявляются и у больного в связи с расширенным масштабом переднебоковой резекции гортани была сформирована стойкая бесканальная трахеостома.

#### **Научно-практическое значение работы**

В помощь врачу, осуществляющему наблюдение за больными, перенесшими щадящую и расширенную передне-боковые резекции гортани, представлена подробная клиническая характеристика процессов репаративной регенерации во внутригортанных и наружных ранах при обычном и осложненном после операционных периодах. Для предупреждения последнего варианта послеоперационного периода предложены профилактические меры. С этой же целью изложена послеоперационная анатомия и состояние основных функций гортани, а также изложена клиника, особенности течения и лечение заболеваний в оперированной, по указанному способу, гортани в отдаленные сроки, а также симптоматика, которая может дать основания заподозрить или

диагностировать продолженный рост или рецидив рака, а следовательно, своевременно использовать резервные методы лечения рака гортани.

#### **Основные положения, выдвигаемые на защиту**

1. Клиническая характеристика заживления внутригортанных и наружных ран в гортани при обычном и осложненном послеоперационных периодах, а также меры, предупреждающие появление его последнего варианта.
2. Измененная анатомия и функциональное состояние гортани после передне-боковой резекции гортани, клиника и лечение заболеваний, которые могут встретиться в более или менее отдаленные сроки после названного хирургического вмешательства.
3. Описание симптомов, которые могут появиться в оперированной гортани в различные сроки после вмешательства, дающие основание заподозрить или поставить диагноз продолженного роста или рецидива рака после передне-боковой резекции названного органа.

#### **Апробация диссертации**

Основные положения диссертации доложены на Международной конференции посвященной 40-летию КНИИОнР (г. Бишкек, 1999 г.), на заседании кафедры онкологии, лучевой диагностики и лечения КГМА (г. Бишкек, 2001 г.). Диссертационная работа доложена на заседании комиссии по апробации кандидатских диссертаций Национального Центра Онкологии МЗ КР 20 марта 2001 года.

#### **Формы внедрения**

Основные выводы и положения, изложенные в диссертации, используются на практике в отделении опухолей головы и шеи Национального Центра Онкологии МЗ КР, в отделении оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

По теме диссертации опубликовано 13 статей в научных изданиях.

#### **Объем и структура диссертации**

Диссертация изложена на \_\_\_\_\_ страницах машинописного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего \_\_\_\_\_ источник отечественных и ближнего зарубежья и \_\_\_\_\_ дальнего зарубежья. Текст иллюстрирован \_\_\_\_\_ таблицами и \_\_\_\_\_ рисунками.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Для изучения послеоперационных изменений в гортани и течение репаративных процессов в ней, морфологических и функциональных последствий после перенесенных передне-боковых резекций гортани, а также клинической картины заболеваний, в том числе продолженного роста и рецидива рака в оперированном органе нами обследовано 140 больных. Из них ближайший послеоперационный период, ход процессов репаративной регенерации ран и заболевания, встречающиеся после передне-боковой резекции изучены у 106 больных, а клиническая картина рецидивов и продолженного роста рака гортани после операции – у 34 больных.

Среди них в возрасте до 40 лет было 9 больных, в возрасте от 40 до 50 лет – 24, в возрасте от 50 до 60 лет – 64, в возрасте от 60 до 70 лет – 31 и старше 70 лет 12 больных. Мужчин было 128, женщин – 12. Самый молодой больной был в возрасте 26 лет, самый



старший – в возрасте 81 года. Тяжесть патологического процесса у указанного числа больных раком гортани по международной классификации представлена в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение больных по международной классификации TNM**

Размеры первичной опухоли	Метастазы в шейные лимфоузлы		
	N0	N1	N2
T1	20	-	-
T2	68	1	-
T3	52	2	1

Как видно из представленных в таблице данных, преобладающее число больных (88) было с раком гортани боковой локализации в T1 и T2 стадии развития в органе и меньшее (52) в T3 стадии. В подавляющем большинстве этих наблюдений первично раковая опухоль находилась на голосовой складке. При этом при T1 и T2 она располагалась в пределах передней и средней трети голосовой складки у 56 пациентов, у 32 - поражала всю голосовую складку и незначительно распространялась в подскладковое пространство. При раке гортани соответствующей T3 опухоль не располагалась только в пределах первичной локализации процесса. Она переходила либо на вестибулярный или подскладочный отделы гортани, либо ограничивала подвижность ее пораженной половины. У 11 больных первичная опухоль локализовалась на вестибулярной складке. Среди них число больных с T1 и T2 было равно 4, с T3 – 7.

Передне-боковая резекция в щадящем варианте выполнения была произведена 79 (56,63%) больным, в расширенном варианте – 60 (43,01%), этот же вариант, но с восстановлением утраченной стенки органа с помощью фигурной ларинготрахеопексии – 1 больному (0,16%). Все эти варианты передне-боковой резекции гортани выполнялись по методикам, разработанным в клинике оториноларингологии на базе Национального Госпиталя при МЗ Кыргызской Республики и отличались особенностями, которые позволяли облегчить послеоперационный период, сохранить по возможности хрящевой каркас, обеспечивающий достаточно широкий просвет оперированного органа, и предупредить развитие послеоперационных осложнений.

На основании предоперационной гистологической верификации опухоли у 139 больных был зарегистрирован плоскоклеточный рак, и у 1 – лейомиосаркома гортани.

Все больные составили 2 группы. Одна из них (первая) состояла из 106 человек. На этой группе больных было прослежено течение послеоперационного периода от его начала и до его завершения, то есть до того периода наблюдения, когда уже формировалась окончательная клиническая анатомия в оперированной гортани и определялась ее функциональная состоятельность. Другая группа состояла из 34 больных. Эта группа больных формировалась по другому принципу. В нее вошли те больные, у которых были зарегистрированы различные заболевания, в том числе и возврат основной болезни. Выборка этих наблюдений осуществлялась из всего числа больных, перенесших передне-боковую резекцию гортани, начиная с 1983 г. их число приближалось к 400 больным, в том числе 5 больных, которые вошли в 1 группу.

В ближайшем послеоперационном периоде основное внимание уделялось особенностям заживления ран, как наружной, так и внутригортанной, а также процессам восстановления основных функций гортани, расстройство которых после выполнения

передне-боковой резекции по сравнению с горизонтальной отличались большей легкостью. Это объяснялось тем, что разделительная функция оставленной гортани при передне-боковом варианте выполнения операции страдала мало и быстро восстанавливалась.

При наблюдении за ходом заживления мы регистрировали следующие параметры состояния раны – величину раневой поверхности, сроки лизиса фибринозного налета и покрытия раны грануляциями.

Не меньшее внимание мы уделяли и особенностям заживления ран – первичное, вторичное с образованием супуража или некротических изменений со стороны мягких тканей и хрящевого каркаса, которые могли вести к появлению свищей, развалу раны и длительному воспалению в ней. При появлении таких мы регистрировали тяжесть последствий и сроки их ликвидации, в том числе иногда требующих повторных хирургических вмешательств.

При ларингоскопии мы также оценивали состояние отдельных анатомических образований как в плане их визуально определяемых изменений, так и функциональной способности. При этом, мы регистрировали окраску слизистой оболочки и выраженность отека, подвижность черпаловидных хрящей, размеры просвета гортани на уровне вестибулярного отдела и голосовых складок, а также сроки исчезновения перечисленных послеоперационных изменений, которые могли сказываться неблагоприятным образом на ощущениях больного и на основных функциях гортани в первые дни после операции.

В первые дни после операции мы обращали внимание и на показатели общего состояния больного. При этом мы регистрировали температурную реакцию, поведение больного, его жалобы и тяжесть субъективного дискомфорта.

При осмотре больных мы обращали внимание на форму и размеры просвета на всех уровнях гортани, на особенности сформировавшегося рубца на месте удаленной части органа и на положение черпаловидного хряща со стороны хирургического вмешательства.

Функциональное состояние гортани мы оценивали в основном по показателям, характеризующим дыхание естественным путем и фонаторную функцию, более или менее выраженные нарушения, которых регистрируются после передне-боковых резекций гортани.

Особое внимание уделялось выявлению симптомов, которые регистрируются при операционной гранулеме, хондроперихондрите, остром и хроническом ларингите, при появлении продолженного роста и рецидива рака.

На заключительном этапе обследования по модифицированным критериям качества жизни, рекомендованными ВОЗ (1998) мы стремились определить качество жизни больного после перенесенной в прошлом передне-боковой резекции. Такая оценка осуществлялась по ограничению физических возможностей больного, его психоэмоциональному состоянию, социальному положению и по возможности продолжать работу по специальности.

Мы полагаем, что такая многоплановая методика обследования больных, перенесших передне-боковую резекцию позволит нам: 1) изучить функциональную состоятельность названного хирургического вмешательства и тем самым определить целесообразность ее использования в практической ларингоонкологии и 2) в помощь практическому врачу представить особенности послеоперационного периода,



особенности течения и профилактики осложнений и клинику заболеваний появляющихся в оперированной гортани, своевременная диагностика и лечение которых, с одной стороны, облегчает судьбу больных, с другой – позволяет использовать резервные методы лечения и в первую очередь при появлении продолженного роста или рецидива рака в названном органе.

### РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Наблюдение за послеоперационным состоянием больных, ходом процессов репаративной регенерации наружных и внутригортанных ран и изменениями анатомических структур в органе после передне-боковой резекции гортани было осуществлено, как уже указывалось, у 106 больных. Из них у 72 больных был произведен щадящий вариант передне-боковой резекции гортани, в том числе у части (23 человека) с превентивным подходом к трахее и части (49 человек) не ушитой на заключительном этапе операции нижней части наружной операционной раны. У 34 больных был произведен расширенный вариант передне-боковой резекции гортани. Различия в методике проведения хирургического вмешательства и масштаба его выполнения не могли не сказаться на послеоперационном состоянии больных, скорости и ходе заживления ран, формировании послеоперационной ларингоскопической картины, функциональной состоятельности резецированной гортани и на частоте развития осложнений, а так же на оценке последствий хирургического лечения, в том числе оцененного самими больными.

Известно, что для гладкого заживления раны желательно добиться полной иммобилизации послеоперационной раны. В отношении гортани такую задачу выполнить невозможно, поскольку человек постоянно дышит, периодически говорит, глотает и иногда кашляет. Однако ослабить воздействие механических факторов на ее состояние в какой-то степени реальная задача. В частности, это удается, если вскрывается просвет трахеи. Такое отверстие в указанном отделе респираторного тракта в особенности во время кашля, способствует беспрепятственному отхождению воздуха и тем самым предупреждает повышение давления в гортани. Учитывая отмеченное, мы отказались при выполнении передне-боковых резекций от выполнения превентивного подхода. Для обеспечения относительного покоя гортани во время пароксизмов кашля стали оставлять не ушитой нижней край операционного доступа. Зияние его предупреждало резкое повышение давления в гортани во время кашля и облегчало отхождение мокроты. Такая измененная методика щадящей передне-боковой резекции на заключительном этапе ее выполнения облегчила субъективные ощущения больного во время кашля и сказалась положительным образом на предупреждении осложнений со стороны наружной операционной раны.

В 41 случае из 49 было зарегистрировано первичное заживление ушитого отдела операционной раны, а не ушитая нижняя ее часть зажила вторичным натяжением через 1,5-2 недели после операции.

Из данных представленных в таблице 2, видно, что последний вариант выполнения передне-боковой резекции имеет определенные преимущества и поэтому может быть рекомендован с гуманной и экономической точки зрения.

Разумеется, исход хирургического вмешательства зависит не только от заживления наружных ран. Не в меньшей степени, а, пожалуй, даже в большей степени он определяется заживлением внутригортанной раны.

Этот процесс заживления продолжается до 1,5-2 месяцев и в зависимости от его активности отражается в большей или меньшей степени на заключительной послеопе-

**Таблица 2**  
Сравнительная характеристика состояния больных и послеоперационного заживления наружных операционных ран у больных после передне-боковых резекций с превентивным подходом к трахее и с не ушитым нижним отделом хирургического доступа

Признаки, характеризующие состояние больных и операционной раны	Группы больных				Общее количество 72 больных	
	С превентивным подходом к трахее 23 больных		С не ушитым нижним отделом 49 больных		Абс.	(% ± m)
	Абс.	(% ± m)	Абс.	(% ± m)		
Значительные болевые ощущения	11	(47,8 ± 6,7)	19	(38,8 ± 5,7)	30	(41,7 ± 5,4)
Температурная реакция	5	(21,7 ± 4,6)	3	(6,1 ± 2,5)	8	(11,1 ± 3,2)
Частые приступы кашля	12	(52,2 ± 6,9)	18	(36,7 ± 5,5)	30	(41,7 ± 5,4)
Вторичное заживление без некроза тканей	5	(21,7 ± 4,6)	8	(21,7 ± 4,6)	13	(18,1 ± 4,0)
Вторичное заживление с некрозом тканей	4	(17,4 ± 4,2)	-	-	4	(5,6 ± 2,3)
Кровотечение	3	(13,0 ± 3,6)	4	(8,2 ± 2,8)	7	(9,7 ± 3,0)
Дни пребывания на койке	10		7			

рационной анатомической картине гортани. При ларингоскопии она имеет отличительные особенности. Просвет гортани суживается, но во всех случаях при щадящем выполнении передне-боковой резекции остается достаточным для дыхания. Голосовая щель приобретает неправильную треугольную форму. Один ее край представлен большей частью непораженной голосовой складкой, другой – рубцом. Задняя часть треугольной щели – межчерпаловидное пространство. Рубец, сформировавшийся на стороне хирургического вмешательства, у больных имеет неодинаковую форму. У одних больных он напоминает укороченную голосовую складку, у других – хотя и редко, он оказывается подвижным, у третьих – он повторяет контуры хрящевого каркаса и имеет овальный уплощенный вид.

После расширенных вариантов передне-боковой резекции гортани деформация ее просвета оказывается более значительной. Просвет, имеющий неправильную треугольную форму, зачастую суживается дополнительно за счет рубцового втяжения в



ее просвет черпаловидного хряща, расположенного на стороне поражения органа. В отдельных случаях из-за значительного масштаба операции просвет оперированной гортани, приобретал щелевидную или неопределенную форму, размеры которой оказывались малыми, недостаточными для дыхания естественным путем. В таких случаях, если такой исход предполагался или определялся в ходе послеоперационного наблюдения, больным или при выполнении основной операции или в различные сроки после нее приходилось формировать стойкую бесканюльную трахеостому (табл. 3).

Перечисленные варианты рубца во многом определяют тип формирования голоса. Как видно из данных, представленных в таблице, у 48 из наших больных сформировался связочно-рубцовый голос, причем у 13 больных при подвижном рубце. Этот тип формирования голоса определял его наибольшую звучность и наименьшую хрипоту. У 63 оперированных сформировался моносвязочный и ложносвязочный голос. При таком варианте голосообразования из-за овального контура рубца сохраненная голосовая складка его не достигала. Между ней и рубцом оставалось во время фонации щель, зияние которой обуславливал полуовал рубца. У 29 этих больных при наличии, указанной щели на уровне сохраненной голосовой складки в голосообразовании принимали участие вестибулярные складки. Голос при обоих вариантах его формирования характеризовался малой звучностью, но был достаточным для общения с окружающими. В тех случаях (6 больных), когда из-за послеоперационного стеноза гортани приходилось формировать стойкую трахеостому для воспроизведения звуков, больным приходилось ее закрывать. Это осуществлялось либо с помощью пальца, либо сокращением наружных мышц шеи при наклоне головы.

Что касается разделительной функции гортани, то проблемы ее восстановления после выполнения всех вариантов передне-боковой резекции гортани не было. Только в первые дни после операции из-за болевого синдрома во время глотания, а иногда и поперхивания больного не кормили. В течение первых 3-х дней ему внутривенно капельно в 2 приема в сутки вводили до 2-х литров жидкости, а, начиная с 4 суток после операции, больной начинал принимать жидкую пищу в необходимом количестве.

Подводя итог всему изложенному, можно прийти к выводу, что щадящая передне-боковая резекция отличается относительно легким послеоперационным периодом. В подавляющем большинстве случаев методические основы ее выполнения и использование принятых в наших отделениях послеоперационных терапии и ведения, предупреждают развитие осложнений, а также грубую деформацию просвета гортани.

Что касается расширенных вариантов передне-боковой резекции гортани, то особенности их выполнения не могли не сказаться на послеоперационной анатомии органа и его функциональной состоятельности. По завершению процесса заживления внутригортанных ран, как уже описано, у некоторых больных регистрировалась выраженная недостаточность внешнего дыхания. Это требовало формировать у них стойкую бесканюльную трахеостому, которую при разговоре было необходимо закрывать. И даже такая возможность общаться больным с окружающими заслуживала внимания, поскольку позволяла им с большей легкостью решать проблему реабилитации фонаторной функции. Однако следует признать, что после обширных передне-боковых резекций вероятность возникновения осложнений и продолженного роста повышалась. О последнем свидетельствует анализ нашего материала. Нами изучена клиническая картина рецидивов и продолженного роста опухоли после передне-боковой резекции у

Таблица 3  
Варианты голосообразования у больных перенесших передне-боковые резекции гортани

Данные, которые могут отражаться на формировании голосообразования		Варианты голосообразования	
Дыхание естественным путем	Форма просвета гортани	Характеристика рубца на стороне резекции	
Компенсированное	Неправильного треугольника, рубец короткий и имитирует голосовую складку	Рубец подвижный	Рубцово-связочный при подвижности обеих половин гортани
		Рубец неподвижный	Рубцово-связочный при отсутствии подвижности рубца на оперированной половине гортани
Декомпенсированное, имеется стойкая бесканюльная трахеостома	Просвет рубцово-деформирован, неопределенной формы, недостаточный для дыхания	Рубец повторяет форму резецированной стенки	Моносвязочный Ложносвязочный
		Просвет гортани закрыт из-за грубой рубцовой его деформации, что препятствует дыханию естественным путем	При закрытой трахеостоме пальцем или во время наклона головы и сокращения мышц шеи  Чревовещание



34 больных, которые вошли во 2-ю группу обследованных. Из них большая часть (20) были после расширенных вариантов передне-боковых резекций гортани. Чаще после такого масштаба хирургического вмешательства встречаются и осложнения, в том числе и хондронекроз и появление гипергрануляций на поверхности внутригортанных ран. Последние болезни послеоперационного периода значительно затягивают лечение оперированных и, разумеется, делают его более сложным. В частности, особенно трудным оно бывает при хондроперихондрите гортани, при котором для его ликвидации требуются неоднократное хирургическое вмешательство и при котором необходимо не только вскрытие гнойников, но и удаление некротизированного хряща. А появление на внутригортанных ранах гипергрануляций нарушает процесс их обычного заживления. При такой особенности течения процессов репаративной регенерации не исключено последующее грубое рубцевание или затрудненная, а возможно и неполная эпителизация раневой поверхности. При таком варианте заживления раны может появиться чрезмерная, нехарактерная для масштаба операции деформация просвета органа или появление операционной гранулемы. А нагноение или развал наружной раны может привести к появлению стойких ларингосвищей или ларингостом.

На основании результатов обследования 2-й группы больных, мы можем отметить, что в оперированной гортани, так же как и в здоровой, нередко сохраняются или могут появиться всевозможного рода заболевания. К их числу следует отнести хронический и острый ларингит, в том числе в первую очередь связанный с гриппом или ОРВИ. Течение названных заболеваний в гортани, обладающей уже меньшим, чем в норме функциональным резервом, может отличаться большей тяжестью и даже угрожать жизни больного.

В своей практической работе, мы встретились со следующими заболеваниями в ранее оперированной гортани: хондроперихондрит, стойкий рубцовый стеноз, операционная гранулема, острое и хроническое воспаление, продолженный рост и рецидив рака.

Нами Фейгиным Г.А., Айдарбековой А.А. предложена классификация заболеваний в гортани после проведенной передне-боковой ее резекции (табл.4).

**Таблица 4**  
**Классификация заболеваний встречающихся после передне-боковой резекции**

Заболевания гортани, обусловленные следующими причинами		
Хирургическим вмешательством	Неудачами по ликвидации основной болезни	Появлением интеркурентных заболеваний
Хондроперихондрит	Продолженный рост рака	Острый ларингит
Операционная гранулема	Рецидив рака	Хронический ларингит
Рубцовый стеноз гортани	Метастазы в регионарные лимфоузлы	Обострение хронического ларингита
Ларингосвищ	Метастазы в отдаленные органы	Острая пневмония
Ларингостома		
Трахеостома		

Конечно, предложенные в ней варианты заболеваний, связанные с хирургическим лечением, так же как и указанные в ней интеркурентные заболевания не могут отразить все возможные варианты заболеваний, с которыми можно встретиться после указанной операции. Тем не менее, она, с нашей точки зрения, заслуживает внимания, ибо в ней можно найти указание на наиболее частые варианты нежелательных последствий хирургического вмешательства, а также острых и хронических заболеваний, которые могут быть симптомами вирусных и простудных заболеваний, и хронического воспаления слизистой оболочки в резецированной гортани.

Наиболее грозной неудачей хирургического лечения рака гортани, в том числе при использовании передне-боковой резекции, является появление продолженного роста или рецидива рака. Их несвоевременная диагностика не дает возможности использовать резервные методы лечения и в итоге больные погибают.

Представляем частоту субъективных и объективных симптомов, на основании наличия которых можно заподозрить или поставить диагноз продолженного роста и рецидива рака гортани (табл. 5 и 6).

**Таблица 5**

**Характер и частота жалоб, зарегистрированных у 34 больных с продолженным ростом или рецидивом рака гортани после перенесенных в прошлом передне-боковых резекций**

Жалобы	Число наблюдений	
	Абс.	(% ± m)
1. Нарастающее затруднение дыхания естественным путем	14	41,2 ± 6,0
2. Нарастающее ухудшение голоса	14	41,2 ± 6,0
3. Одышка	12	35,3 ± 5,7
4. Боль в горле	9	26,5 ± 5,0
5. Боль при приеме пищи	4	11,8 ± 3,4
6. Затрудненное глотание	3	8,8 ± 3,0
7. Кашель с мокротой	6	17,6 ± 4,1
8. Першение и чувство комка в горле	6	17,6 ± 4,1
9. Кровохарканье	7	20,6 ± 4,4
10. Поперхивание	1	2,9 ± 1,7
11. Затрудненное дыхание через трахеостому	5	14,7 ± 3,8
12. Наличие опухоли в области трахеостомы	3	8,8 ± 3,0
13. Похудание	3	8,8 ± 3,0

Как видно из данных, приведенных в табл. 5 и 6, проявления продолженного роста и рецидива рака в гортани после передне-боковой резекции отличаются разнообразием. При этом по значимости некоторые из них являются по клиническим меркам достаточно определенными и требуют патоморфологического подтверждения, другие – являются лишь признаками, которые по их клинической характеристике должны быть признаны косвенными.

К числу же прямых и, конечно, наиболее достоверных признаков появления продолженного роста или рецидива заболевания может быть отнесено обнаружение опухоли во время зеркальной или нижней ларинготрахеоскопии.



К числу косвенных следует причислить и некоторые жалобы и анамнестическую информацию. К числу наиболее подозрительных признаков на возврат болезни следует причислить нарастающее затруднение дыхания и прогрессирующее ухудшение голоса, появление и последующее усиление боли в горле и кровохарканья в сроки, когда

Таблица 6  
Локальные симптомы и их частота регистрации при наружном обследовании шеи, верхней и нижней ларингоскопии у 34 больных с продолженным ростом и рецидивом рака после передне-боковой резекции гортани

Способ обследования	Симптомы	Частота регистрации	
		Абс.	(% ± m)
Осмотр и пальпаторное обследование шеи	Регионарная боль при наружной пальпации	5	14,7 ± 3,8
	Регионарная припухлость и уплотнение тканей	8	23,5 ± 4,7
Зеркальная ларингоскопия	Разрастание опухоли на внутригортанной ране, напоминающей "гипергрануляции"	19	55,9 ± 6,8
	Разрастание плюс-ткани и изъязвление с характерными признаками	4	11,8 ± 3,4
	Нарастающий лимфостаз	7	20,6 ± 4,4
	Ограничение или отсутствие подвижности сохраненных анатомических образований	5	14,7 ± 3,8
	Увеличение размеров и выпячивание анатомических образований	3	8,8 ± 3,0
	Кровь и кровяные корки в просвете гортани	4	11,8 ± 3,4
	Ригидность и изменение формы надгортанника	7	20,6 ± 4,4
	Наличие плюс-ткани и изъязвление с характерными признаками	4	11,8 ± 3,4
Нижняя ларингоскопия	Изменение просвета голосовой щели и подскладочного пространства	3	8,8 ± 3,0
	Наличие опухолевидного образования в области трахеостомы с характерными признаками	5	14,7 ± 3,8

послеоперационная перестройка анатомического и функционального состояния гортани давно завершилась. Достаточно достоверным признаком появления рецидива болезни является неблагополучие в области трахеостомы у больных, которым она была сформирована как стойкая, бесканюльная и которая функционировала хорошо и до появления жалоб на затрудненное дыхание и появления в ней опухоли, не беспокоила больных. Что касается других субъективных ощущений и жалоб, то они должны, без всякого сомнения, приниматься во внимание.

Подводя итог всему изложенному можно, прежде всего, отметить функциональную надежность передне-боковой резекции гортани, характеризующейся к тому же легким послеоперационным периодом и экономической рентабельностью, во многом обусловленными методическими основами выполнения операций и ведения послеоперационного периода, принятых в наших отделениях. Вместе с тем, приведенная информация позволяет врачу получить сведения, которые ему необходимы для эффективного наблюдения за больными, перенесшими названное хирургическое вмешательство. Она сводится к описанию особенностей заживления внутригортанных и наружных ран, измененной анатомической картины и функциональной состоятельности резецированной гортани и течение заболеваний, с которыми можно встретиться специалисту, осуществляющему наблюдение. При этом дана клиническая характеристика последних и рекомендаций по их лечению. Особо следует подчеркнуть значимость той части работы, в которой даны описание симптоматики продолженного роста и рецидива рака, среди которых выделяются прямые и косвенные признаки возврата болезни. Мы уверены, если они будут известны отоларингологам и онкологам, осуществляющим наблюдение за оперированными, то ранняя диагностика возврата болезни во многих случаях станет реальной. А это позволит многих из них спасти, поскольку возможно будет своевременное использование резервных методов лечения. Все это позволяет нам считать, что проведенная нами работа имеет практическое значение и носит информацию, отличающуюся элементами новизны.

#### ВЫВОДЫ

1. Передне-боковая резекция гортани отличается относительно легким послеоперационным периодом и характеризуется высокой функциональной состоятельностью.
2. Традиционно принятая в наших отделениях методика выполнения операций и тактика ведения больных в послеоперационном периоде позволяет в какой-то степени предупредить развитие грубого рубцевания в оперированном органе, а, следовательно развитие таких осложнений, как образование послеоперационных гранулем и развитие стеноза.
3. Клиническая анатомия гортани после передне-боковой резекции гортани имеет своеобразный вид; после щадящего варианта операции просвет на уровне голосовой щели имеет вид неправильного треугольника, края которого представлены большей частью не пораженной голосовой складкой, рубцом на стороне удаленной складки и межчерпаловидным пространством; при расширенном выполнении названной операции изменения просвета на уровне среднего этажа органа бывают более значительными и обусловлены либо рубцовым втяжением в просвет черпаловидного



хряща, либо грубой рубцовой деформацией, в результате которой он принимает не определенную узкую или щелевидную форму.

4. После выполнения передне-боковой резекции в какой-то степени изменяются основные функции гортани; при щадящем варианте они не значительные и мало отражаются на качестве жизни больного, при расширенном - более значительные и иногда обуславливают недостаточность внешнего дыхания, что требует формирования стойкой бесканюльной трахеостомы. Голосовая функция формируется по следующим вариантам: связочно-рубцовому, моно-связочному, ложно-связочному (после щадящей передне-боковой резекции и у некоторых больных после расширенного варианта указанной операции) и при закрытой трахеостоме (у некоторых больных после расширенной передне-боковой резекции). Все перечисленные варианты голосообразования позволяют без затруднений общаться больным с окружающими.
5. В гортани после передне-боковой резекции в различной, в том числе отдаленные сроки, могут возникнуть различные заболевания. К их числу можно причислить операционную гранулему, хондроперихондрит и стеноз гортани, острый и хронический ларингит, клиника которых имеет своеобразную картину, что позволяет осуществлять их диагностику, а, следовательно, проводить адекватное лечение.
6. Важное практическое значение имеют сведения, относящиеся к описанию прямых и косвенных симптомов продолженного роста и рецидива рака в оперированной гортани. Их знание позволяет поставить ранний диагноз и использовать резервные методы лечения, что позволяет сохранить жизнь части больных с возвратом болезни.
7. Вся приведенная в работе информация имеет практическое значение для врачей, осуществляющих послеоперационное наблюдение за больными в различные, в том числе в отдаленные сроки после операции.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Анатомические и функциональные изменения в гортани после щадящей передне-боковой резекции не вызывают серьезных нарушений со стороны основных функций органа. При расширенном варианте передне-боковой резекции изменения со стороны резецированной гортани бывают настолько значительными, что требуют дополнительных хирургических вмешательств.

У больных после щадящей передне-боковой резекции гортани просвет органа на уровне голосовой щели приобретает вид неправильного треугольника, в большинстве случаев достаточного для дыхания. При расширенном варианте он бывает суженным втянутым в него черпаловидным хрящом или в результате грубой деформации резецированной гортани, что влияет на дыхательную функцию органа.

Использование в послеоперационном периоде принятой в наших отделениях схемы лекарственной терапии позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Клинические проявления заболеваний и осложнений после перенесенной передне-боковой резекции, а также рецидива и продолженного роста опухоли, как прямые, так и косвенные позволяют своевременно их диагностировать и провести соответствующее лечение.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Резервные механизмы восстановления акта глотания у больных раком гортани после органосохраняющих операций // Сб. науч. тр. "Влияние факторов окружающей среды на организм". – Бишкек, 1997. – С. 31-34. (Соавт.: Джемуратов М.А., Джунушалиев К.К.).
2. Мероприятия направленные на улучшение функции голосообразования у больных раком гортани после передне-боковой резекции гортани // Сб. науч. тр. "Влияние факторов окружающей среды на организм". – Бишкек, 1997. – С. 34-37. (Соавт.: Шевчук В.Г.).
3. Варианты кожных разрезов для хирургического лечения рака гортаноглотки и гортани. // Сб. науч. тр. "Актуальные вопросы современной онкологии". – Бишкек, 1998. – С.241-244. (Джунушалиев К.К., Борбашев Т.Ш.).
4. К вопросу выполнения хирургических вмешательств при рецидивах рака гортани и гортаноглотки после резекций и ларингэктомий. // Сб. науч. тр. "Актуальные вопросы современной онкологии". – Бишкек, 1998. – С. 244-247. (Джунушалиев К.К., Борбашев Т.Ш.).
5. Анализ последствий передне-боковой резекции к обоснованию ее использования при лечении рака гортани // Сб. науч. тр. "Актуальные вопросы современной онкологии". – Бишкек, 1999. – С. 212-216.
6. Расширенные варианты передне-боковой резекции гортани // Сб. науч. тр. "Актуальные вопросы оториноларингологии – хирургии головы и шеи". – Бишкек, 1999. – С. 114-121. (Соавт.: Изаева Т.А.).
7. Функционально-сохраняющие операции при местно-распространенном раке гортани складочно-вестибулярной локализации // Сб. науч. тр. "Актуальные вопросы оториноларингологии – хирургии головы и шеи". – Бишкек, 1999. – С. 122-128. (Соавт.: Джунушалиев К.К.).
8. К проблеме органосохраняющей и реконструктивной хирургии гортани и трахеи. // Сб. науч. тр. "Материалы I съезда оториноларингологов Кыргызской Республики, 15-16 октября 1999г.". – Бишкек, 1999. – С. 19-32. (Соавт.: Фейгин Г.А., Джунушалиев К.К.).
9. О консервативной хирургии рака гортани // Сб. науч. тр. "Материалы I съезда оториноларингологов Кыргызской Республики, 15-16 октября 1999г.". – Бишкек, 1999. – С. 130-136. (Соавт.: Джунушалиев К.К., Сулайманов Ж.С.).
10. Профилактика стойких стенозов гортани после ее резекции по поводу рака. // Сб. науч. тр. "Современные проблемы медицины". – Бишкек, 1999. – С. 148-150.
11. Об ушивании дефектов глотки при хирургическом лечении рака гортани и гортаноглотки. // Сб. науч. тр. "Современные проблемы медицины". – Бишкек, 1999. – С. 157-162. (Соавт.: Джунушалиев К.К.).
12. Клиническая картина рецидивов рака гортани после передне-боковой резекции // Сб. науч. тр. "Современная медицина на рубеже XX-XXI веков". – Бишкек, 2000. – С. 537-542.
13. К вопросу о хирургическом лечении рака гортани (обзор). // Сб. науч. тр. "Современная медицина на рубеже XX-XXI веков". – Бишкек, 2000. – С. 542-548.



## Аннотация

А.А.Айдарбекова "Кекиртектин анатомдук – функционалдык мүнөздөмөсү жана андагыалдыңкы – капталдык резекциядан кийинки оорулардын жүрүшү".

Диссертация \_\_\_\_\_ беттерге жазылып, киришүүдөн, 4 бөлүктөн, корутундудан, жыйынтыктардан, практикалык рекомендациялардан, \_\_\_\_\_ ата мекендикжана \_\_\_\_\_ алыскы чет өлкөлүк авторлорун кошкон адабият көрсөткүчүнөн турат.

Тексти \_\_\_\_\_ таблица, \_\_\_\_\_ сүрөт менен жабдууланган.  
Бул эмгекте алдыңкы – капталдык резекциянын ар түрдүү варианттарынан кийинки кекиртектеги анатомдук жана функционалдык өзгөрүүлөрдү билүү боюнча изилдөөлөр жүргүзүлүп, жасалган операциядан соңучураган натыйжаларжана оорулар, ошондой эле клиникалык кайталаныштардын көрүнүшү менен алдыңкы – капталдык кесип таштоодон кийин шишиктин улантылган чоңоюшу изилденди.

Жүргүзүлгөн изилдөөнүн жыйынтыгында кекиртектин рагын дарылоодо кекиртектин негизги кызматын сактап калууга мүмкүнчүлүк берген алдыңкы – капталдык резекциянын натыйжалуулугу көрсөтүлдү. Кекиртекти алдыңкы – капталдык резекциялоо операциясынын кийинки мезгилиндеги учураган ооруларды изилдөө болсо операция болгон оорулуларды эффективдүү кароону жүзөгө ашырууга, ошондой эле оорулардан сактап калууга жана аларды дарылоого мүмкүндүк берет.

## Аннотация

Айдарбекова А.А. "Анатомо-функциональная характеристика гортани и течение заболеваний в ней после ее передне-боковой резекции"

Диссертация изложена на \_\_\_\_\_ страницах, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы состоящего из \_\_\_\_\_ отечественных авторов и \_\_\_\_\_ дальнего зарубежья. Текст иллюстрирован \_\_\_\_\_ таблицами и \_\_\_\_\_ рисунками.

В настоящей работе проведены исследования по изучению анатомических и функциональных изменений в гортани после различных вариантов передне-боковой резекции, изучены последствия и заболевания, встречающиеся после произведенной операции, а также изучена клиническая картина рецидивов и продолженного роста опухоли после передне-боковой резекции.

В результате проведенного исследования была представлена эффективность использования при лечении рака гортани передне-боковой резекции, позволяющей сохранить основные функции гортани. А изучение заболеваний встречающихся в послеоперационном периоде после передне-боковой резекции гортани позволит осуществлять эффективное наблюдение за больными перенесшими операцию, а также предупреждать и лечить эти заболевания.



**Annotation**

**Aidarbekova A.A. "The anatomy-functional characteristics of the larynx and current of diseases in it after its fronto-lateral resection"**

The dissertation is stated on \_\_\_\_\_ pages, 4 chapters, the conclusions, practical recommendations and list of the literature. Dissertation is illustrated with \_\_\_\_\_ tables and pictures. Bibliography consist of \_\_\_\_\_ sources of neighbouring states and \_\_\_\_\_ of foreign countries.

In the present work the researches on study of anatomic and functional changes in the larynx after various variants fronto-lateral resection are carried out, the consequences and diseases meeting after made operation are investigated, and also the clinical picture of relapses and continued growth of a tumor after fronto-lateral resection is investigated.

As a result of the carried out research the efficiency of use was submitted with treatment of a crawfish larynx fronto-lateral resection, allowing to keep the basic functions larynx. And the study of diseases meeting in postoperation a period after fronto-lateral resection of the larynx will allow to carry out effective supervision over the patients transferred operation, and also to warn and to treat these diseases.