

П.Н. СТОРОЖЕНКО

ЛАРИНГЭКТОМИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЯ

*ДУ «Институт отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Одной из актуальных и социально значимых проблем современной онкологии является плоскоклеточный рак гортани и гортаноглотки. Это распространенное злокачественное заболевание, и составляет примерно 6% всех случаев рака в мире. Злокачественные новообразования глотки и гортани, которые имеют преимущественно плоскоклеточное гистологическое происхождение, представляют более половины всех раковых опухолей головы и шеи. По данным канцер реестра, заболеваемость раком гортани в Украине составляет 5,6 на 100 000 населения [1]. В общей структуре онкологических заболеваний, по данным мировой статистики, злокачественные опухоли гортани занимают первое место, составляя 40-60% среди злокачественных заболеваний верхних дыхательных путей, ответственного за приблизительно 1-2% всех смертельных случаев рака всех локализаций. При этом профилактике и лечению злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки уделяется особое внимание как во всем мире, так и в Украине.

Данная цифра также подтверждается статистическими данными Украины, которые показывают рост заболеваемости онкологическими заболеваниями, в целом за счет улучшения их выявляемости. Это обеспечивается путем проведения своевременной диагностики, профилактической и санитарно-просветительской работы с населением.

Следует отметить высокую социальную значимость данного заболевания, поскольку в целом рак гортани и рак гортаноглотки поражает в основном трудоспо-

собное население в возрасте 40-60 лет. Тем не менее, имеет место заболеваемость раком гортани и гортаноглотки и в старшей возрастной группе, обозначенной Всемирной организацией здравоохранения, как 85+ (85 лет и старше). В западных странах рак гортани диагностируется приблизительно в 60% случаев у пациентов в возрасте старше 70 лет на момент постановки диагноза и в 43% случаях – в возрасте старше 75 лет [3].

Клиническая практика ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» показала, что злокачественные новообразования в возрастной группе старше 80 лет наблюдаются крайне редко. На наш взгляд, заболеваемость в старшей возрастной группе будет расти из-за увеличения продолжительности жизни. Такое демографическое изменение приводит к тому, что хирурги-онкологи находятся перед дилеммой: назначать консервативное или радикальное хирургическое лечение для данной возрастной группы. Это обусловлено тем, что, во-первых, такие пациенты достаточно ослаблены в связи с возрастом; во-вторых, имеется высокий хирургический риск, связанный с наличием сопутствующих заболеваний.

Как показала клиническая практика, ведение этой группы пациентов приводит к положительным результатам повышения качества жизни при назначении хирургического лечения. Вместе с тем, радикальное хирургическое лечение рака гортани у пациентов в возрасте 90+ (по определению ВОЗ – «долгожители»), проводится крайне редко. В связи с этим, приводим собственное клиническое наблюдение.

Больной К. 93 лет, поступил в ЛОР-онко отделение ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» 30.01.2019 с жалобами на затрудненное дыхание, охриплость, наличие инфильтрата на передней поверхности шеи (рис. 1). Из анамнеза выяснено, что в апреле 2018 г. пациенту был поставлен диагноз: рак гортани срединной локализации T₃N₀M_x, III ст., произведена биопсия новообразования. Патогистологическое заключение от 25.04.2018 г. № 2733/18: плоскоклеточный ороговевающий рак. От предложенного лечения больной отказался, был выписан из отделения. Ухудшение состояния отмечает на протяжении последних 3 недель, когда появился инфильтрат на шее и усилилась одышка, в связи с чем пациент обратился в ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины» и был госпитализирован в ургентном порядке.



Рис. 1. Больной К. после трахеостомии.

На момент поступления: общее состояние тяжелое, отмечается шумное дыхание, цианоз кожи, втяжение межреберных промежутков, вынужденное положение тела (сидя, с фиксацией верхних конечностей). На передней поверхности шеи, в проекции щитовидного хряща – флюктуирующий инфильтрат 4х5 см, с нагноением в центре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При непрямой ларингоскопии: опухолевый инфильтрат занимает обе половины гортани, голосовая щель резко сужена, дыхание стенотическое. Установлен диагноз: рак гортани срединной локализации

Т₄N₀M_x, IVA ст., декомпенсированный стеноз гортани.

30.01.2019 г. в ургентном порядке произведена трахеостомия, при проведении которой вскрылся нагноившийся инфильтрат распадающейся опухоли. С целью предотвращения аспирации гнойного содержимого, в трахею введена трахеостомическая трубка с раздувной манжетой.

Пациенту были проведены клинические и биохимические исследования, показатели гемодинамики – в пределах возрастной нормы. Сопутствующие заболевания – гипертоническая болезнь 2 ст., постинфарктный кардиосклероз (фракция выброса 32%, по ЭКГ – синусовая брадикардия, желудочковые экстрасистолы, признаки систолической перегрузки желудочков). В связи с кардиальной патологией пациент длительно принимал «Варфарин» в дозировке 5 мг в сутки МНО 2,5, была проведена бриджинг терапия низкомолекулярным гепарином (бемипарин) МНО 0,9. Получено согласие пациента на радикальное хирургическое лечение.

После соответствующей предоперационной подготовки 11.02.2019 г. произведена расширенная ларингэктомия, во время которой удалены кожа и передние мышцы шеи, вовлеченные в патологический процесс.

Хирургическое вмешательство проводилось под TVA длительностью 1 ч. 40 мин. Базовые препараты: дипрофол 2% – 1000 мг, фентанил 0,005% – 8 мл. Инфузионная терапия в объеме 1000 мл (стерофундин 500 мл, глюкоза 5% 200 мл, физ. р-р 200,0). Интраоперационные показатели: артериальное давление 140/90 мм рт. ст. – 160/100 мм рт. ст. (с целью коррекции АД применялся уропедил в дозировке 50 мг). Пульс 50-60 в мин., по данным ЭКГ –желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии. По окончании хирургического вмешательства пациент разбужен, сознание восстановлено до элементарного контакта, переведен в палату интенсивного наблюдения, в послеоперационном периоде продолжена бриджинг терапия. Через 7 дней пациент переведен на «Варфарин». В послеоперационном периоде получал стандартную антибактериальную терапию, общеукрепляющее лечение.



Рис. 2. Больной К. на 2-е сутки после расширенной ларингэктомии.

Послеоперационный период протекал спокойно и составил 14 суток. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 12-е сутки, носо-пищеводный зонд удален на

14-е сутки. На момент выписки: трахеостома стойкая, дыхание через нее – свободное, питается через естественные пути. При контрольном осмотре через 2 мес. состояние больного удовлетворительное, признаков рецидива опухоли не выявлено, масса тела увеличилась на 4 кг, освоил псевдоголос.

Таким образом, наличие местно распространенных запущенных опухолей у пациентов в преклонном возрасте не должно являться причиной отказа в радикальном хирургическом лечении. Выполнение хирургического вмешательства у пациентов этой возрастной группы, после тщательной предоперационной подготовки, позволяет не только спасти жизнь пациента, но и обеспечить ему необходимое качество жизни.



Рис. 3. Через 4 мес. после проведения расширенной ларингэктомии.

Литература

1. Cancer in Ukraine, 2009-2010. Morbidity, mortality, oncology service performance indicators. Bulletin of the National Cancer Registry. Kiev; 2011.116 p.
2. Zabolotny DI, editor. Organ-saving treatment of cancer of the larynx, oropharynx, their relapses and complications. Kiev: LLC «Biblioteka
3. «Zdorov'ya Ukrayini»; 2014. 316 p.
3. Epidemiology, risk factors and pathogenesis of squamous cell tumours. Режим доступа: <https://oncologypro.esmo.org/content/download/113133/1971849/file/2017-ESMO-Essentials-for-Clinicians-Head-Neck-Cancers-Chapter-1.pdf>.

Поступила в редакцию 16.07.2019.

© П.Н. Стороженко, 2019