

УДК: 616.22-006.6-089.87—008.5-036.838

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ГОРТАНИ

Пахомов Георгий Львович, Худойбергенов Шухрат Нурматович, Эшонходжаев Отабек Джураевич, Абдусаломов Содикжон Абдусаломович, Рихсиев Зоир Гаффарович, Маткаримов Зоҳиджон Турдалиевич, Комилова Дилдора Нодировна, Элмуродова Нигина Бахтиер кизи
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», Республика Узбекистан, г. Ташкент

ХИҚИЛДОҚ САРАТОНИ КУЗАТИЛГАН БЕМОРЛАРДА ТРАХЕЯ-ҚИЗИЛУНГАЧ ШУНТЛАШ ВА ТОВУШНИ ПРОТЕЗЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Пахомов Георгий Львович, Худойбергенов Шухрат Нурматович, Эшонходжаев Отабек Джураевич, Абдусаломов Содикжон Абдусаломович, Рихсиев Зоир Гаффарович, Маткаримов Зоҳиджон Турдалиевич, Комилова Дилдора Нодировна, Элмуродова Нигина Бахтиер кизи
Давлат муассасаси "Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий - амалий тиббиёт маркази", Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

RESULTS OF TRACHEOESOPHAGEAL SHUNTING AND VOICE PROSTHESIS IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

Pakhomov Georgy Lvovich, Khudoybergenov Shukhrat Nurmatovich, Eshonkhodzhaev Otabek Dzhuraevich, Abdusalomov Sodikjon Abdusalomovich, Rikhsiev Zoir Gaffarovich, Matkarimov Zohidjon Turdalievich, Komilova Dildora Nodirovna, Elmurodova Nigina Bakhtiyor kizi
Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V.Vakhidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: niki_elmuradova@mail.ru

Резюме. Ҳалқум саратони билан касалланиш даражаси ҳозирда 100 000 аҳолига 4,6 ни ташкил қилади. Охириги 10 йилда эркакларда касалланиш 2,8 фоизга, аёлларда эса 18,2 фоизга ошгани аниқланган. Ҳалқумнинг кенг тарқалган ўсмаларини даволашнинг асосий усули ларингэктомия бўлиб, бу овознинг йўқолишига олиб келади. Ҳозирги вақтда ларингэктомия қилинган III-IV босқичли хиқилдоқ саратони билан оғриган беморларда овоз функциясини тиклашнинг энг самарали усулини излаш долзарб муаммо бўлиб қолмоқда. Ушбу операция натижасида овознинг йўқолиши ногиронликка олиб келади, беморга оғир руҳий травма келтиради. Жарроҳлик усули (турли усуллар кўринишида трахеозофагиал шунтлаш) кенг тарқалди, бу нутқнинг яхши тушунарлилигини ва индивидуал овоз хусусиятларини сақлаб қолишни таъминлайди. Сўнги пайтларда хиқилдоқ саратони учун функционал сақловчи операцияларнинг турли хил вариантлари ишлаб чиқилди. Трахеозофагиал шунт 2 йўналишида ишлаб чиқилган: аутотўқималар туфайли шунт ҳосил бўлиши ва трахеозофагиал шунтлаш.

Калит сўзлар: хиқилдоқ саратони, ларингэктомия, эндопротезлаш, трахеозофагиал шунтлаш, овоз реабилитацияси.

Abstract. The incidence rate of laryngeal cancer is currently 4.6 per 100,000 population. Over the past 10 years, a decrease in incidence in men by 2.8% and an increase in incidence by 18.2% in women have been established. The main treatment for common tumors of the larynx is laryngectomy, which leads to loss of voice. Currently, the search for the most effective way to restore voice function in patients with stage III-IV laryngeal cancer who underwent laryngectomy remains an urgent problem. Loss of voice as a result of this operation leads to disability, causes severe mental trauma to the patient. The surgical method (in the form of various methods of tracheoesophageal shunting) has become widespread, which ensures good speech intelligibility and the preservation of individual voice characteristics. Recently, various options for functionally-preserving operations for laryngeal cancer have been developed. Tracheoesophageal shunting has been developed in 2 directions: the formation of a shunt due to autologous tissues and prosthetics of a tracheoesophageal shunt.

Key words: cancer of the larynx and laryngopharynx, laryngectomy, endoprosthesis replacement, tracheoesophageal bypass, voice rehabilitation.

Актуальность. По официальным данным, ежегодно в мире диагностируется около 6 млн случаев злокачественных новообразований, при этом на долю рака гортани и гортаноглотки приходится до 5 % [1]. Выживаемость местнораспространенного рака гортани по результатам комбинированного лечения зависит показателя запущенности, отражающий состояние диагностики злокачественных новообразований. Именно этим, а также слабой онкологической настроженностью врачей общей лечебной сети и поздней обращаемостью пациентов за помощью можно объяснить сложившуюся ситуацию с эффективностью лечения рака гортани. Учитывая, что основная масса заболевших раком гортани находятся в возрастном интервале от 45 до 60-65 лет, потеря столь большого числа трудоспособных граждан становится острой социальной-экономической проблемой.

Значительная распространенность злокачественных опухолей области головы и шеи, сложность и стойкость нарушенных функций, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации больных в ряд важнейших медико-социальных проблем. Возможность больного вернуться к прежней профессии - это оптимальный вариант реабилитации, которая рассматривается как система медицинского, психолого-педагогического и социального воздействия, направленного не только на сохранение или восстановления здоровья, но и личностного и социального статуса пациента [2].

При планировании объёма оперативного вмешательства, хирург стоит перед выбором онкологической надёжности с одной стороны и сохранением функций оперированного органа с другой. В стремлении достижения радикальности при опухолях данной локализации, хирургическое вмешательство, как правило, сопровождается нарушением функций речи, голоса, дыхания, жевания [3]. Одним из наиболее тяжёлых последствий хирургического лечения злокачественных новообразований области головы и шеи является полная или частичная утрата звучной речи или голоса и нарушение дыхательной функции. При этом остро возникает проблема речевого общения пациентов, осложняя и ограничивая их возможности в социальном, трудовом и профессиональном плане [4].

Ларингэктомия приводит больного к глубокой инвалидности и является одной из причин отказа от операции [5]. В настоящее время восстановление голосовой функции большим после удаления гортани осуществляется за счёт обучения пищеводной речи, использования голосовых аппаратов и применения различных реконструктивных операций, которые позволяют формировать анатомические структуры для продуцирования звука. Но многие аспекты данной проблемы остаются нерешёнными. В частности, голосообразующие аппараты используются пациентами только в 10% случаев, как следствие низкого качества голоса [5]. В современной ларингохирургии одним из важнейших направлений голосовой реабилитации после ларингэктомии являются хирургические методы, основанные на принципе шунтирования, т. е. создания сообщения между трахеей и пищеводом. Внедрение трахеопищеводного шунтирования в 1932 г. стало новым этапом развития голосовой реабилитации после ларингэктомии и открыло такое понятие, как «хирургическая голосовая реабилитация». Gutfman одним из первых описал метод, при котором свищ формировался целенаправленно между трахеей и гортаноглоткой хирургическим путем с помощью специальной иглы [30]. В 1970 г. Staffieri предложил формировать входе проведения ларингэктомии верхнюю культю трахеи и свищ с глоткой на задней стенке трахеи, через который при обтурации трахеостомы проходил необходимый для голосообразования поток воздуха [23]. Вышеперечисленные хирургические методы голосовой реабилитации вызывали такие серьезные осложнения, как атрофия и некроз окружающих шунт тканей, стеноз или растяжение просвета шунта, что приводило к забросу содержимого пищеварительного тракта в дыхательные пути и его аспирации.

Хирургические методы восстановления звучной речи основываются на принципе шунтирования - создания сообщения между трахеей и глоткой, трахеей и пищеводом. Сроки проведения таких операций определяются строго индивидуально, учитывая возможность рецидива после ларингэктомии и состояние лимфатических узлов шеи. Трахеоглоточное шунтирование имеет ограниченное использование, так как требует сохранения первого кольца трахеи в случае распространения опухоли на подкладочный отдел гортани, что ставит под сомнение онкологическую радикальность хирургического вмешательства [6]. Результаты трахеопищеводного шунтирования со временем существенно ухудшаются вследствие рубцовой деформации клапана, что затрудняет голосообразование [7].

Известно, что даже успешно сделанная операция не всегда приводит к желаемому результату, так как требуются специальные функциональные тренировки по формированию нового заместительного механизма фонации и специальные психотерапевтические мероприятия по снятию невротических состояний у больного. Эффективность логовосстановительной терапии во многом зависит не только от техники выполнения хирургического вмешательства, но и психотерапевтической подготовки пациента, формирования у него активной установки на специальные занятия, которые позволяют выработать новый механизм фонации [8].

Обучение пищеводной речи остаётся основным методом речевой реабилитации у пациентов после полного удаления гортани, как наиболее физиологичный [9].

Органо-сохраняющие операции органов полости рта и ротоглотки с последующим протезированием не исправляют нарушенную функцию речи, а лишь создают условия для формирования правильных речевых стереотипов в новых условиях. В результате значительного объёма оперативного вмешательства наблюдается выраженная деформация периферического речевого аппарата, дефект звукопроизношения и речевой ритмики, затруднение акустического восприятия речи пациентов. Наличие культи языка, дефекты небных дужек, отсутствие фрагмента нижней челюсти приводят к развитию полиморфной дислалии [10]. Органо-сохраняющие операции указанной локализации требуют разработки новых методических подходов при коррекции речи.

Нарушение голосовой функции является психотравмирующим фактором, так как часто приводит к инвалидности людей, чья профессия связана с повышенной голосовой нагрузкой [11].

Длительно существующие расстройства иннервации приводят к необратимым структурным изменениям мышц гортани. Нередко причиной позднего начала реабилитации является ориентация больных на необратимость изменений гортани или объяснением, как проходящих самостоятельно нарушений голоса и дыхания через определенный промежуток времени.

Улучшение непосредственных и отдалённых результатов лечения онкологических больных привело к тому, что многие из них могли жить долгие годы. Следует подчеркнуть, что сам факт доживаемости пациента до какого-то определённого срока не может быть единственным критерием оценки излеченности. В современной онкологии необходимо оценивать результаты комбинированного лечения злокачественных опухолей не только по критериям выживаемости и продолжительности жизни, но и специальным показателям качества жизни, которые могут быть основой реабилитационных программ. Данные литературы позволяют подчеркнуть сложность точного определения термина - качество жизни [12] конкретизируют концепцию качества жизни и предлагают рассматривать её как совокупность четырёх компонентов; сохранность физических функций и возможность профессиональной деятельности, психологическое состояние, качество социальных контактов, степень физических страданий. Существующие методики восстановления звучной речи и голоса не позволяют достичь полноценного результата, что затрудняет процесс реабилитации и социальной адаптации онколо-

гических больных. В связи с этим, значительную актуальность приобретает проблема совершенствования и разработки новых методических подходов к восстановлению звучной речи и голоса у больных после хирургического лечения злокачественных опухолей головы и шеи, что значительно повышает их качество жизни.

Несмотря на попытки улучшить раннюю диагностику рака гортани, во всем мире большинство пациентов (от 62% до 73%) в момент поступления в специализированные стационары имеют III или IV стадии заболевания [13, 14]. В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении распространенных форм рака рассматриваемой локализации. Так, пятилетняя выживаемость у больных со злокачественными опухолями гортани в стадии T3NoMo составляет 58% - 71%, а у пациентов, страдающих раком нижнего отдела глотки в стадии T4NiM0, она колеблется от 52% до 64% [14]. Следует отметить, что такие высокие результаты достигаются преимущественно за счет выполнения ларингэктомии даже в тех случаях, когда вполне можно было бы обойтись органосохраняющей операцией.

Целью органосохраняющего направления в онкологии является радикальное удаление опухоли при максимально полном сохранении структуры и последующем восстановлении функций оперированного органа [15, 16, 17, 18]. Улучшение отдаленных результатов хирургического и комбинированного лечения рака гортани поставило проблему более полной реабилитации пациентов, перенесших органосохраняющие операции. Поэтому, планируя в настоящее время лечение больных распространенными формами рака гортани и глотки, хирурги стремятся не только к получению высоких онкологических результатов, но и к повышению качества жизни пациентов [19, 20, 21].

Создавшееся положение определяет необходимость разработки нового подхода к лечению данной категории больных, предполагающего сочетание эффективных органосохраняющих методик ларингэктомии с системой послеоперационных консервативных мероприятий, направленных на качественное восстановление функций оперированного органа. В частности, требуется внедрение в клиническую практику новых вариантов сагиттальной и субтотальной резекции гортани, предполагающих развитие рецидивов опухоли не чаще, чем при экстирпации этого органа, а также позволяющих эффективно восстанавливать разделительную, голосовую и дыхательную функции. Необходима также разработка новых методик пластики гортани, пригодных для использования уже в ходе операции удаления опухоли.

Настоятельно требуется создание эффективной системы послеоперационной реабилитации больных, утративших в результате онкологической операции важнейшие функции гортани. Однако для этого необходимо целенаправленное исследование процессов, происходящих в оперированном органе на протяжении длительного периода времени после операции. Анализ специальной литературы убеждает, что именно эти вопросы к настоящему времени изучены явно недостаточно [22, 23, 24, 25].

Одной из наиболее социально значимых функций гортани, во многом определяющей качество жизни оперированных больных, является членораздельная речь [26, 27, 28]. Известно, что для ее качественного восстановления нужны усилия не только хирургов-онкологов, но и логопедов, аудиотеров и других специалистов. Однако комплексная система восстановительных мероприятий, предполагающая участие всех этих специалистов и определяющая роль и задачи каждого из них для достижения конечной цели, ранее создана не была.

Проблема послеоперационной реабилитации пациентов, перенесших органосохраняющие операции на гортани, встает особенно остро в тех случаях, когда были выполнены расширенные варианты вмешательств с удалением функционально значимых отделов рассматриваемого органа. Весьма перспективными для улучшения разделительной, голосовой и дыхательной функций гортани считаются методики их коррекции посредством инъекции различных синтетических веществ [29] или биологических моделирующих препаратов [30, 31]. Однако возможности применения таких вмешательств у онкологических больных, перенесших резекцию гортани, остаются неизученными.

Качественная функциональная реабилитация пациентов напрямую зависит от современного подхода к лечению больных с распространенными формами рака гортани и нижнего отдела глотки. Наиболее полное восстановление голосовой функции после органосохраняющих операций на гортани может быть достигнуто при сочетании хирургических и консервативных реабилитационных мероприятий, где хирургический компонент является основным. Методика восстановления звучной речи состоит из 4 этапов: подготовительный этап, включающий психотерапию, активизацию нервно-мышечного аппарата наружных мышц гортани и глоточных мышц, тренировку мышц шеи и глотки с целью обучения выталкиванию воздуха из полости рта. Второй этап - формирование псевдоголосовой щели в верхнем сужении пищевода. Третий этап включает в себя речевые тренировки. Задачей четвертого этапа является увеличение силы звука, длительности звучания псевдоголоса, улучшение тембра и модуляций пищеводного голоса.

Обучение звучной речи должно проводиться всем больным, перенесшим ларингэктомию, независимо от возраста и индивидуальных особенностей. Отсутствие у больных раком гортани на дооперационном этапе сопутствующей легочной патологии увеличивает компенсаторные возможности дыхательной деятельности, существенно уменьшает частоту развития послеоперационных легочных осложнений. Механизм голосообразования является сложным процессом взаимодействия мышц верхнего сужения пищевода и глоточных мышц при сохранном артикуляционном аппарате и нейрофизиологических механизмах речи, где ведущая роль принадлежит центральной нервной системе.

Разработанная методика коррекции речи у онкологических больных после органосохраняющих операций органов полости рта и ротового отдела глотки с использованием не разрушенных стереотипов речеобразования в раннем послеоперационном периоде позволила восстановить речевую функцию в большинстве случаев в сроки от 1,5 до 2 месяцев. Методика восстановления голосообразующей функции после органосохраняющих операций гортани основана на компенсаторных возможностях оставшейся части органа при определенной последовательности этапов и дифференцированных методов воздействия с учетом выполненного вида операции. Эффективность восстановления голоса составила

больше 90%. Достижение этого результата создает важнейшую предпосылку для дальнейшей реабилитации оперированных больных, направленной на восстановление дыхательной и голосовой функций гортани.

Комплексное решение этих задач достигается, прежде всего, путем совершенствования методик хирургического лечения: использования реконструктивных и пластических приемов, направленных на восстановление утраченных функций, в ходе онкологической операции. Результаты оперативных вмешательств должны быть поддержаны и усилены индивидуально подобранной системой последующей консервативной реабилитации.

Заключение: Значительная распространенность злокачественных новообразований гортани, органов полости рта, ротового отдела глотки и щитовидной железы, сложность и стойкость нарушенных функций после хирургического этапа лечения, сопровождающихся длительной и нередко стойкой утратой трудоспособности, ставят проблему реабилитации больных в ряд важнейших медико-социальных проблем.

Анализ литературных данных свидетельствуют о том, что в последние годы разработаны новые методы лечения злокачественных опухолей гортани, в частности органосохраняющие операции, позволяющие продлить жизнь больному. Однако следует отметить, что выживаемость не равноценна выздоровлению. Пациент может считать себя здоровым в том случае, если он остается способным к нормальной жизни и работе [31].

Реабилитация стала неотъемлемой частью клинической онкологии. В наибольшей степени решение этой проблемы касается пациентов, перенесших хирургическое лечение рака гортани, органов полости рта, ротового отдела глотки и щитовидной железы, потому что одним из наиболее тяжелых последствий операции является полная или частичная утрата звучной речи и голоса. Значение речевой функции для человека вряд ли нуждается в подтверждении, так как только благодаря ей оказывается возможным общение между людьми.

В настоящее время восстановление голосовой функции больным после удаления гортани осуществляется за счёт обучения пищеводной речи, использования голосовых аппаратов и применения различных реконструктивных операций, которые позволяют формировать анатомические структуры для продуцирования звука. Но многие аспекты данной проблемы остаются нерешёнными. Известно, что даже успешно сделанная операция не всегда приводит к желаемому результату, так как требуются специальные функциональные тренировки по формированию нового заместительного механизма фонации и специальные психотерапевтические мероприятия по снятию невротических состояний у больного. Эффективность логовосстановительной терапии во многом зависит не только от техники выполнения хирургического вмешательства, но и психотерапевтической подготовки пациента, формирования у него активной установки на специальные занятия, которые позволяют выработать новый механизм фонации. Индивидуально для каждого больного, в зависимости от объема хирургического вмешательства, методов лечения, состояния психики, возраста, трудовой направленности, разрабатывается программа реабилитационных мероприятий для восстановления звучной речи и голоса. Основными принципами нашей работы являются: раннее начало проведения реабилитационных мероприятий по восстановлению звучной речи и голоса, непрерывность, преемственность, этапность, индивидуальность, комплексный подход. В тесном сотрудничестве работают хирург-онколог, логопед, психолог. При необходимости привлекаются и другие специалисты. Потеря звучной речи после ларингэктомии особенно отражается на психике пациентов, а также на их возможности исполнения прежней работы и контактирования в обществе.

Восстановление звучной речи после ларингэктомии представляет собой сложный комплексный процесс создания компенсаторного фонационного органа и перестройки условно-рефлекторных связей в центральной нервной системе, которые существовали до операции, при сохранном артикуляционном аппарате и нейрофизиологических механизмах речи.

На протяжении многих десятилетий разрабатывались и совершенствовались методики восстановления звучной речи и голоса. Но до сих пор не разработана достаточно эффективная система реабилитационных мероприятий, которая бы позволила в значительной степени улучшить качество жизни данной группы больных, излеченных от злокачественных заболеваний. Применяющиеся до настоящего времени методики восстановления звучной речи и голоса не отвечают современным требованиям в основном по причине низкого качества голоса и длительности сроков реабилитации. Количество публикаций относительно решения этой проблемы, в доступной нам современной литературе, представлено недостаточно.

Таким образом, ларингэктомия до настоящего времени остается самым распространенным способом лечения рака гортани и гортаноглотки. Эта операция сохраняет жизнь пациенту, разрушая при этом важнейшие функции гортани: дыхательную, разделительную, голосообразующую. В настоящее время восстановление голосовой функции у больных, перенесших удаление гортани, может быть достигнуто несколькими способами: псевдоголосом, использованием голосовых аппаратов, различными вариантами реконструктивных операций. Одним из важнейших направлений хирургических методов восстановления голоса после удаления гортани является трахеопищеводное шунтирование с эндопротезированием.

Литература:

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Состояние онкологической помощи населению России в 2018 году. М., 2019. 236 с. [Kaprin A.D., Starinsky V.V., Petrova G.V. State of cancer care to the population of Russia in 2018. Moscow, 2019. 236 p. (In Russ.)].
2. Дормаков В.В. с соавт., 1998; Брюзгин В.В., 2000.
3. Герасименко В.Н., 1988; Ольшанский В.О., 1994; Битюцкий В.И., 1996; McConnel Г.М. et al., 1998.
4. Иващенко С.Г., 1988; Иванов Ю.В. с соавт., 1995; Н1гапо М., 1990.
5. Чиссов В.И., 2000.

6. Кожанов Л.Г. с соавт., 2001
7. Ольшанский В.О. с соавт., 2001
8. Гузев А.Н., 1990; Дмитриев Л.Б. с соавт., 1990; Василенко Ю.В. с соавт., 1991-1995.
9. Герасименко В.Н., 1988; Огольцова Е.С., 1990; Таптапова СЛ., 1990; Кузьмин Ю.И., 1998; Гарбарук В.И., 1998; Василенко Ю.В., 2001; Gritz E.R. et al., 1999.
10. Карпенко А.В., 1998; Ефремова Э.И., 1999; Bei-Lian Wu et al., 1994; Koufman I.A., 1995; Gacek M. et al, 1996.
11. Блинов Н.Н. с соавт., 1997; Celia D.A., 1966; Zitton R., 1984.
12. Джаввадзе Д.К. и др. Состояние моторной функции желудочного трансплантата //Список работ и тез. докл. всерос. научн. практ. конф. «Актуальные вопросы хирургии пищевода». СПб., 2002. - С. 37.
13. Рабинович Р.М. Влияние облучения на ткани гортани при раке: рентгено-морфологическое наблюдение/ Р.М. Рабинович, Л.Н. Черкасский// Вопр. онкологии. 1966.-Т. 12, №6.-С. 39-45.
14. Демидов В.П. Ошибки в диагностике и лечении рака гортани/ В.П. Демидов, В.О. Ольшанский, П.Г. Битюцкий// Сов. медицина. 1975. -№10.-С. 103- 107.
15. Матякин Е.Г. Химиотерапия опухолей головы и шеи / Е.Г. Матякин., В.С. Алферов // Вторая ежегод. Рос. онколог, конф. М., 1998. -С.126.
16. Lydiatt W.M. Conservation surgery for recurrent carcinoma of the glottic larynx/ W.M.Lydiatt, J.P.Shah, K.M.Lydiatt// Am. J. Surg. 1996. -Vol.172, N6. - P.662 - 664.
17. Robbins K.T. A Novel Organon Preservation Protocol for advanced carcinoma of the larynx and pharynx/ K.T.Robbins, J.Fontanesi, F.S.H.Wong et al.// Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1996. - Vol.122, N8. - P.853 – 857
18. Алферов В.С. Органосохраняющие методы лечения рака гортани: Автореф. дис. . д-ра. мед. наук. М., 1993. - 40с.
19. Огольцова Е.С. Результаты лечения больных раком гортани: По материалам Центр, клин, рентгенорадиол. б- цы МПС/Е.С. Огольцова //Вестн. оториноларингологии. 1957. - № 4. - С. 62 - 67.
20. Lydiatt W.M. Conservation surgery for recurrent carcinoma of the glottic larynx/ W.M.Lydiatt, J.P.Shah, K.M.Lydiatt// Am. J. Surg. 1996. -Vol.172, N6. - P.662 - 664.
21. Неробеев А.И. Опыт применения полиакриламидного геля для контурной пластики мягких тканей/ А.И. Неробеев, Г.И. Осипов, В.И. Малаховская и др. // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 1997. - №2. С 11 - 21.
22. Leeper H.A. Vocal function following vertical hemilaryng ectomy: a preliminary investigation/ H.A.Leeper, H.Heeneman, C.Reynolds //J.Otolaryngol. 1990. - Vol. 19, N1. - P.62 - 67.
23. Lefebvre J.L. What is the role of primary surgery in the treatment of laryngeal and hypopharyngeal cancer. 'J.L.Lefebvre //Arch. Otorinol. Head Neck Surg. 2000. - Vol. 126, N3. - P. 285 - 288.
24. Бухман Л.А. Методика восстановления голоса у больных после резекции гортани/ Л.А. Бухман, Н.С. Лебедева: Метод, рек. Л., 1977. - 30с.
25. Мерабилишвили В.М. Злокачественные заболевания в Санкт -Петербурге. СПб., - 1996. - С. 64 - 65.
26. Мирошникова Е.З. Наш опыт применения щадящих операций на гортани при раковом её поражении/ Е.З. Мирошникова, Д.Н. Третьяк// Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1973. - №4. - С. 93 - 95.
27. Погосов В.С. Выбор метода лечения больных раком гортани/ В.С. Погосов// Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1976. - №1. - С. 77 -82.
28. Coleman J.J. Reconstruction of the pharynx after resection for cancer // Ann. Surg. 1989. - Vol. 209, N3. - P. 554 - 561.
29. Dagli A.S. Quantitative analysis of voice in early glottic laryngeal carcinoma treated with radiotherapy/ A.S.Dagli, H.F.Mahieu, J.M.Festen //Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 1997. - Vol.254, N2. - P.78 - 80.
30. Guttman M.R. Tracheohypopharyngeal fistulization. A new procedure for speech production in the laryngectomized patient. Trans Am Laryngol Rhinol Otol Soc 1935;41:219-226.
31. Sisson G.A., McConnel F.M., Logemann J.A., Yeh S. Jr. Voice rehabilitation after laryngectomy. Results with the use of a hypopharyngeal prosthesis. Arch Otolaryngol 1975;101(3):178-81. DOI: 10.1001/ archotol.1975.00780320036008.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С РАКОМ ГОРТАНИ

Пахомов Г.Л., Худойбергенов Ш.Н., Эшонходжаев О.Дж., Абдусаломов С.А., Рихсиев З.Г.,
Маткаримов З.Т., Комилова Д.Н., Элмуродова Н.Б.

Резюме. Уровень заболеваемости раком гортани в настоящее время составляет 4,6 на 100 000 населения. За последние 10 лет установлено снижение заболеваемости у мужчин на 2,8% и прирост заболеваемости на 18,2% у женщин. Основным видом лечения распространенных опухолей гортани является ларингэктомия, которая приводит к потере голоса. В настоящее время актуальной проблемой остается поиск наиболее эффективного способа восстановления голосовой функции у больных раком гортани III-IV стадии, перенесших ларингэктомию. Потеря голоса в результате этой операции приводит к инвалидизации, наносит больному тяжелую психическую травму. Большое распространение получил хирургический метод (в виде различных способов трахеопищеводного шунтирования), что обеспечивает хорошую разборчивость речи, сохранение индивидуальных особенностей голоса. За последнее время разработаны различные варианты функционально-сохраняющих операций при раке гортани. Трахеопищеводное шунтирование получило развитие в 2 направлениях: формирование шунта за счет аутоканалей и трахеопищеводное шунтирование с голосовым протезированием.

Ключевые слова: рак гортани и гортаноглотки, ларингэктомия, эндопротезирование, трахеопищеводное шунтирование, голосовая реабилитация.