

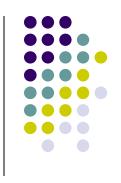
Кафедра Онкологии АО МУА Онкологический центр г.Астана



Хирургическое лечение местнораспространенных форм рака гортани и шейного отдела пищевода

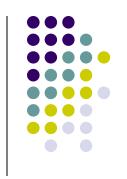
Заведующий кафедрой проф. Макишев А.К. Докторант Маулетбаев М.С.

Актуальность



- Рак шейного отдела пищевода составляет около 15% всех случаев опухолей пищевода.
- Рак гортани является наиболее распространенным злокачественным новообразованием верхних дыхательных путей, составляя 40-60%.

Актуальность



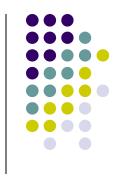
Одной из актуальных задач современной онкологии является поиск эффективных методов лечения местно-распространенного рака (МРР) гортани и шейного отдела пищевода в связи с

- трудностями топической диагностики и морфологической верификации опухоли;
- Редкостью данной патологии;
- Тяжестью состояния пациентов в связи с высокой агрессивностью течения опухолевого процесса;

Актуальность

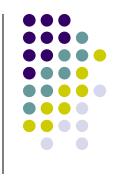


- стеноз гортани и дисфагия;
- Данная патология находится на стыке смежных дисциплин в связи с чем затягивается своевременная диагностика и лечение, приводящие к ранним летальным исходам от осложнений.



Своевременное установление точного диагноза и выполнение расширенно-комбинированных оперативных вмешательств с последующей химиолучевой терапией при МРР гортани и шейного отдела пищевода является единственным методом лечения данной тяжелой категории больных и дает шанс на непосредственные удовлетворительные результаты

Цель и задачи



Целью является улучшить непосредственные результаты расширенно-комбинированных операций при МРР гортани и пищевода для сохранения энтерального питания через естественные пути и продления жизни пациентов.

Задачи исследования:

- Разработать методы одноэтапного хирургического лечения местнораспространенных форм рака гортани и шейного отдела пищевода
- Изучить особенности послеоперационного ведения и наблюдения больных после проведенного лечения.

Объекты исследования:



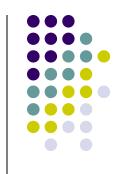
Мы располагаем опытом лечения 6 больных МРР гортани и шейного отдела пищевода на базе Онкологического центра г. Астана в период с 2006 по 2016гг.

Методы исследования:



- Непрямая ларингоскопия
- ФЛС и ФБС;
- УЗИ шеи;
- КТ или МРТ шеи;
- ФГДС;
- R-графия пищевода;
- Морфологическое исследование (цитологическое и гистологическое исследования)





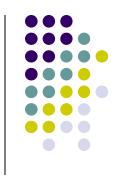
В 2 случае диагностирован рак гортани T4N2M0 с прорастанием в шейный отдел пищевода, осложненный дисфагией (ДФ) II ст. Стеноз гортани (СГ) II ст.

В 2 случаях выявлен рак шейного отдела пищевода T4N2M0 с прорастанием в гортань и трахею. Им выполнена радикальная одномоментная экстирпация пищевода (ЭП) с эзофагогастропластикой (ЭГП), экстирпация гортани с формированием полной трахеостомы абдомино-трансмедиастинально-цервикальным доступом.

В 2 случаях выявлен рак шейного и верхнегрудного отделов пищевода T4N2M0 с прорастанием в щитовидную железу и стенку правой сонной артерии. Проведена ЭП с ЭГП абдоминально – торакально-цервикальным доступом.

1 пациентка прожила 26 месяцев, остальные – от 10 до 14 мес.

Ниже приводим описание одного случая проведения комбинированного оперативного вмешательства, которое оказалась наиболее эффективной в улучшении качества жизни пациента.



 Жалобы, анамнез, клиническая картина и рузультаты инструментальных исследований во всех случаях были схожи: боль в области горла, затруднение дыхания, осиплость голоса и невозможность приема пищи.



 Пациентка К., 1987 г.р. (24 года) история болезни № 5170 находилась в стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 ГОД г. Астана с 06.10.11г. по 04.11.11г. с диагнозом: Рак гортани T4N2M0 с распространением в шейный отдел пищевода IV ст. Состояние после 1 курса дистанционной гаммотерапии СОД 30 Гр. (ДГТ). Прогрессирование. Дисфагия III-IV ст. Стеноз гортани II ст. Дисфония.



- От гастростомии больная отказалась.
- При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на непрохождение, затруднение дыхания, осиплость голоса, боли в шейном отделе позвоночника и головы.



• Обследования: Фиброларингоскопия и Фибробронхоскопия от 07.10.2011г. – Вход в гортань свободный. Надгортанник в виде развернутого лепестка, в правом грушевидном синусе отмечается образование размером 2.5 х2.0см. с изъязвлением, бугристой поверхностью и распространением по задней стенки на противоположную сторону и в подсвязочное пространство. Отмечается парез левой половины гортани при фонации, сдавление в/3 трахеи извне, дыхание затрудненно.



• ФГДС от 07.10.11г. – при эзофагоскопии через левый грушевидный синус тубус гастроскопа проходит до 18,0 см от передних резцов, далее экзофитное образование с щелевидным свободным просветом до 0,2 см. При попытке пройти через правый грушевидный синус, тубус гастроскопа непроходим Гистологическое заключение № 4613 – плоскоклеточный ороговевающий рак. Рентгенография пищевода от 07.10.11г. – сужение шейного отдела пищевода.



• МРТ шеи от 07.10.11г. — МРТ — картина образования гортани с распространением в шейный отдел пищевода. Данных за деструкцию и вовлечение в процесс шейного отдела позвоночника нет (рис.2). Дополнительные обследования: УЗИ ОБП от 18.08.11г.- диффузные изменения в печени. КТ головного мозга от 10.10.11 г.- КТ картина невыраженной внутренней энцефалопатии.

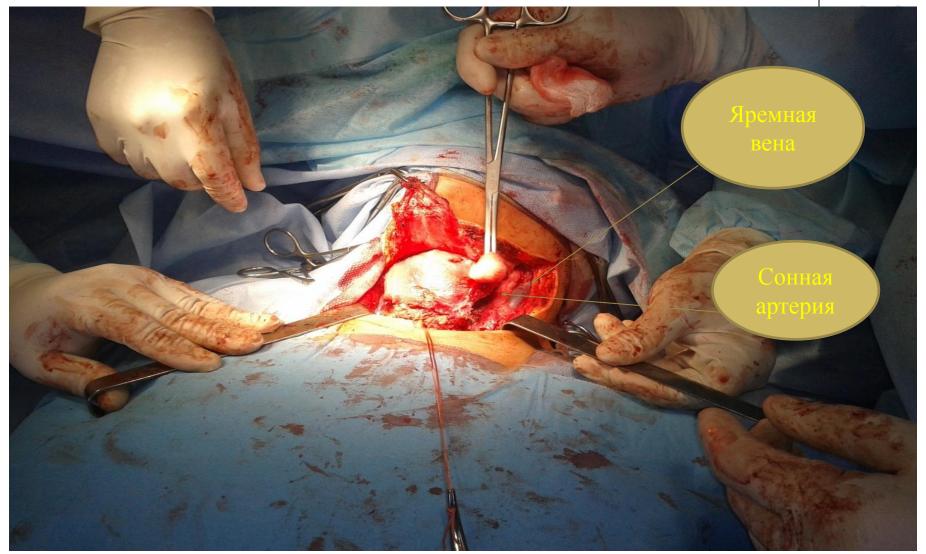




- После проведения предоперационной подготовки больной проведена операция.
- Операция: 11.10.11г. Одномоментная расширенно-комбинированная трансмедиастинальная экстирпация шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода с эзофагогастропластикой. Ларингэктомия. Тиреоидэктомия. Фациально-футлярное иссечение шейной клетчатки

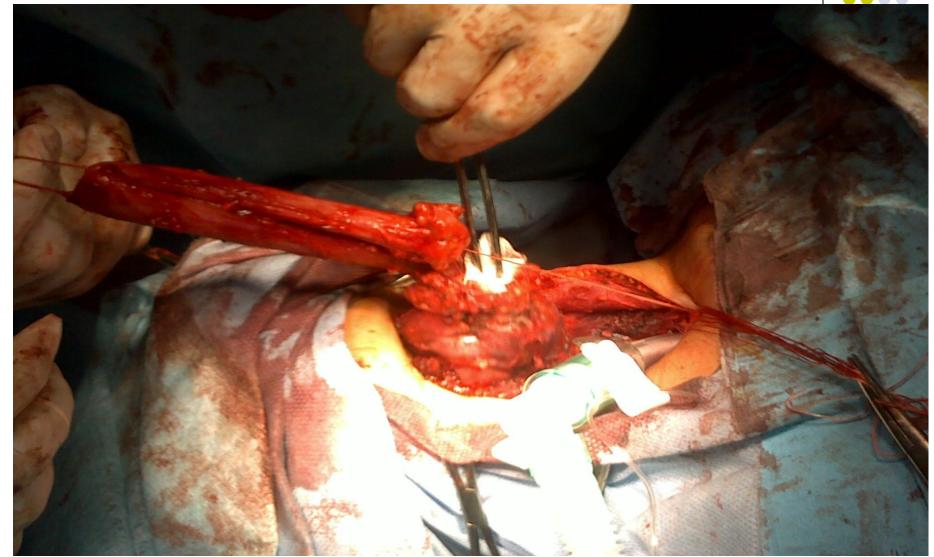
Мобилизация опухоли



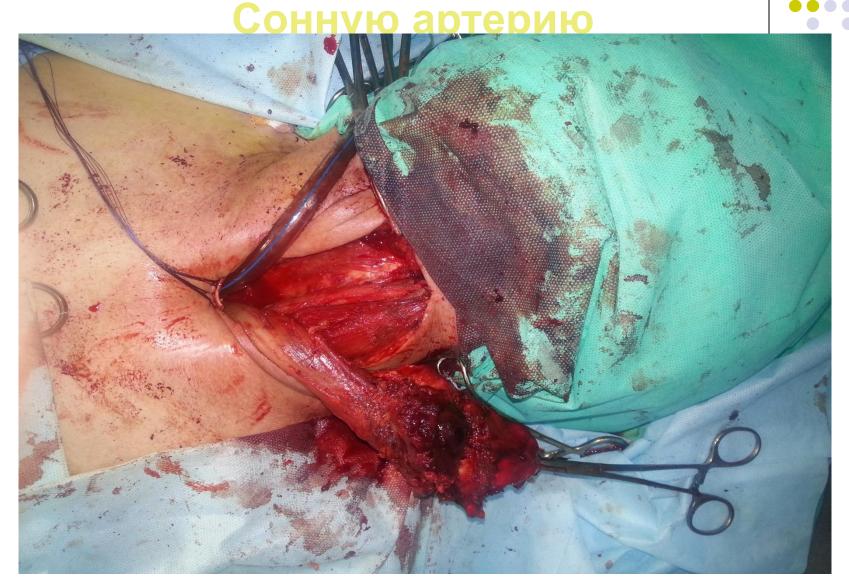


Резекция трахеи



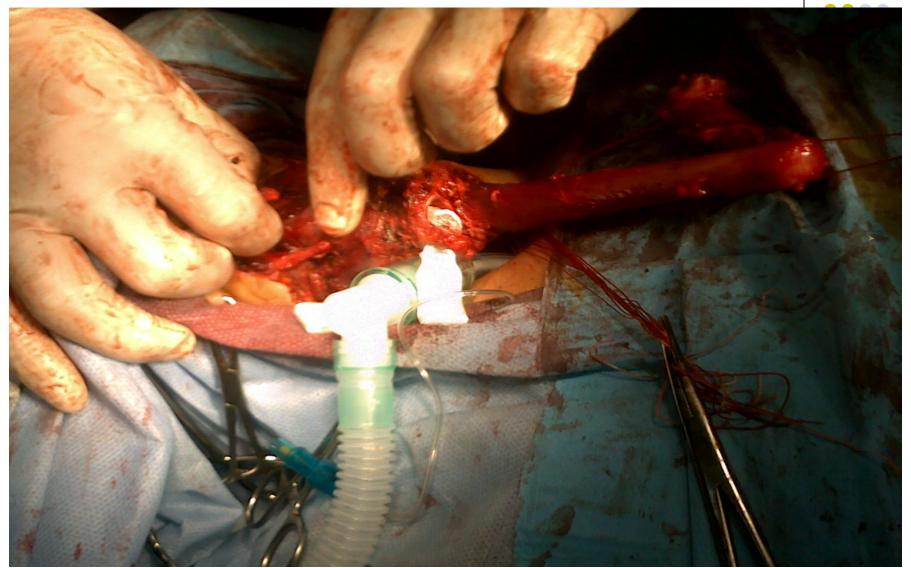


Прорастание в предпозвоночную фасцию, левую яремную и общ.



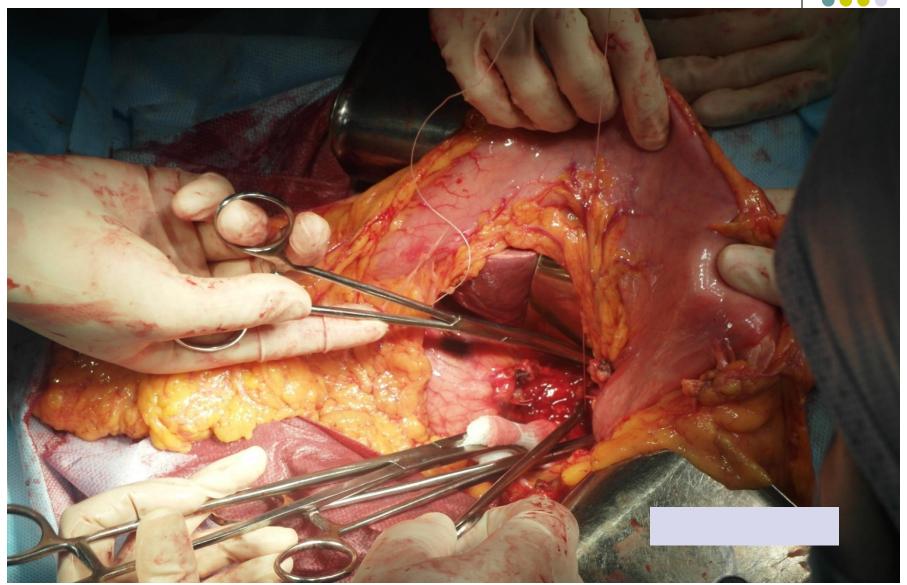
Просвет резецированной трахеи



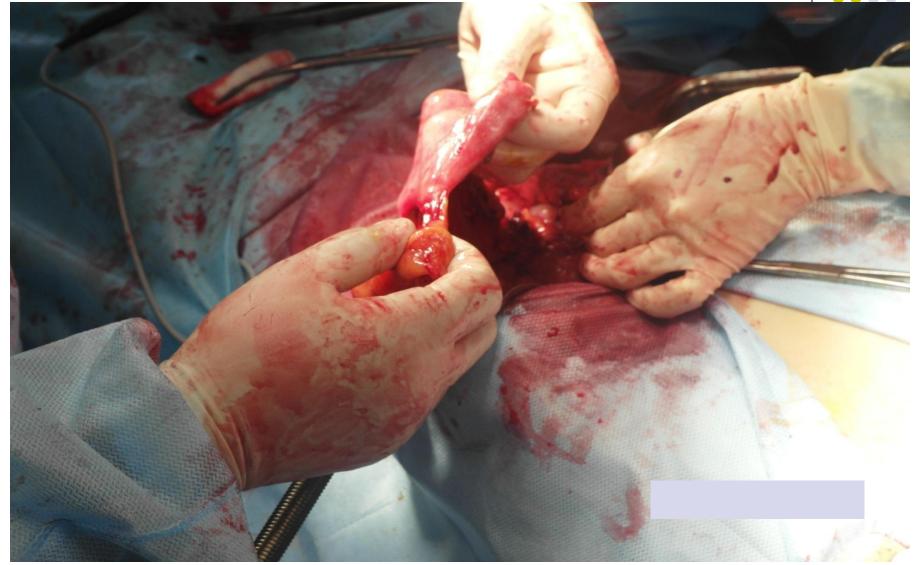


Мобилизация желудка

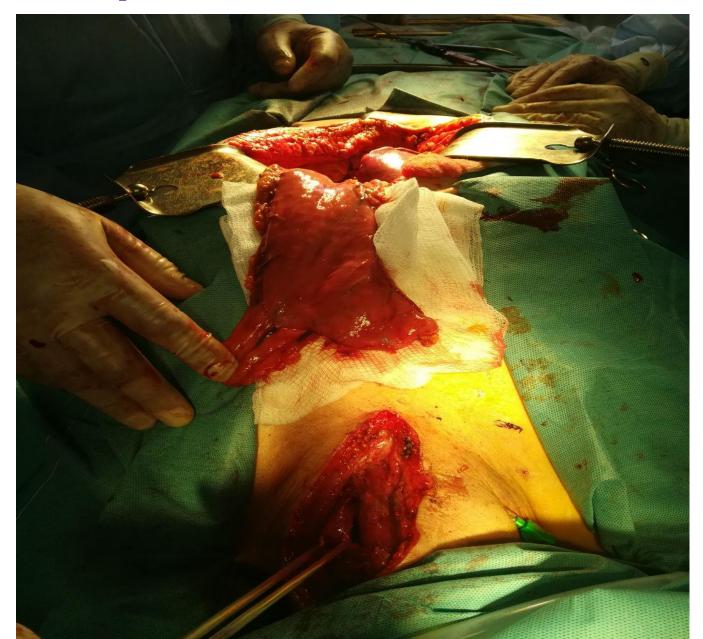








Трансплантат

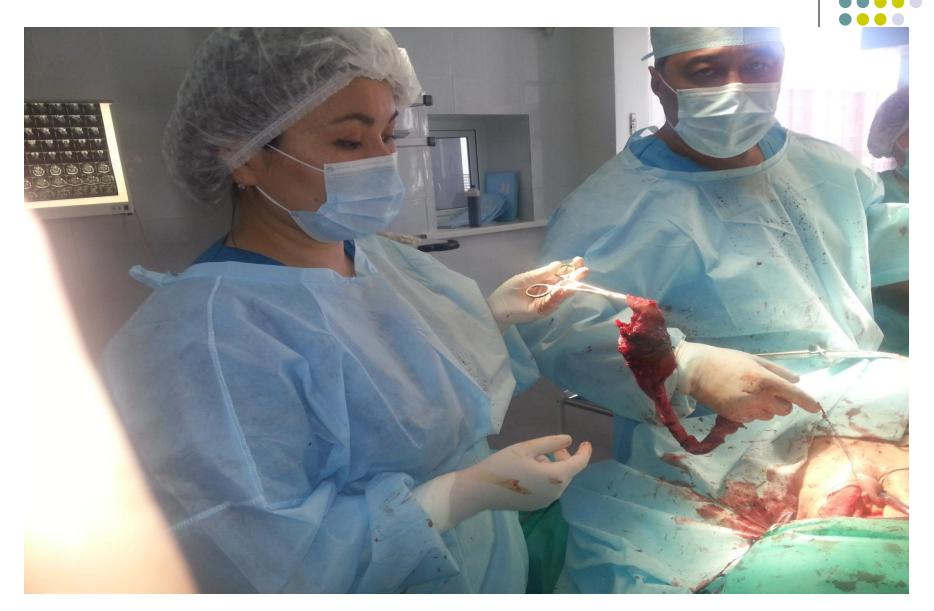








Резецирование макропрепарата



Подтягивание желудка к глотке



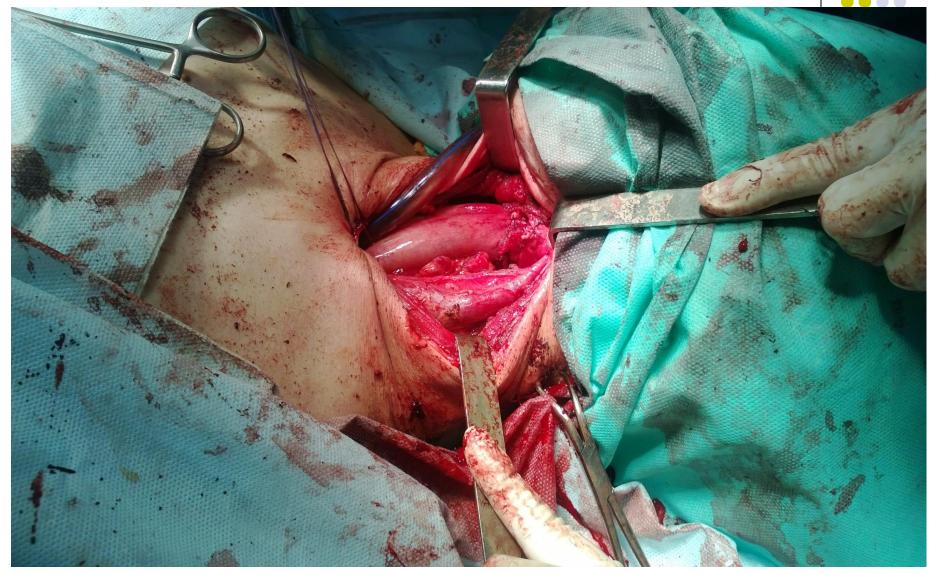


Формирование глоточно-желудочнога анастомоза двухрядным швом



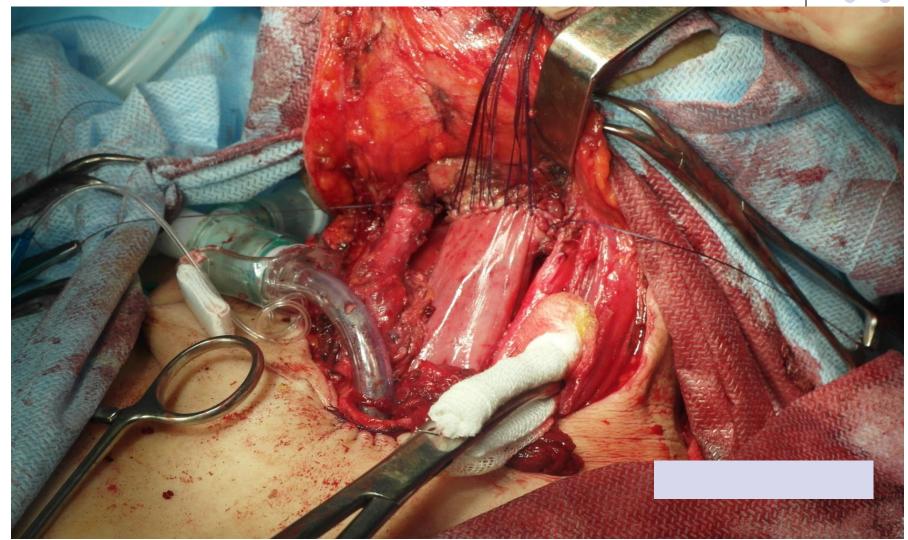
Сформирован глоточно-желудочный: анастомоз





Глоточно-желудочный анастомоз





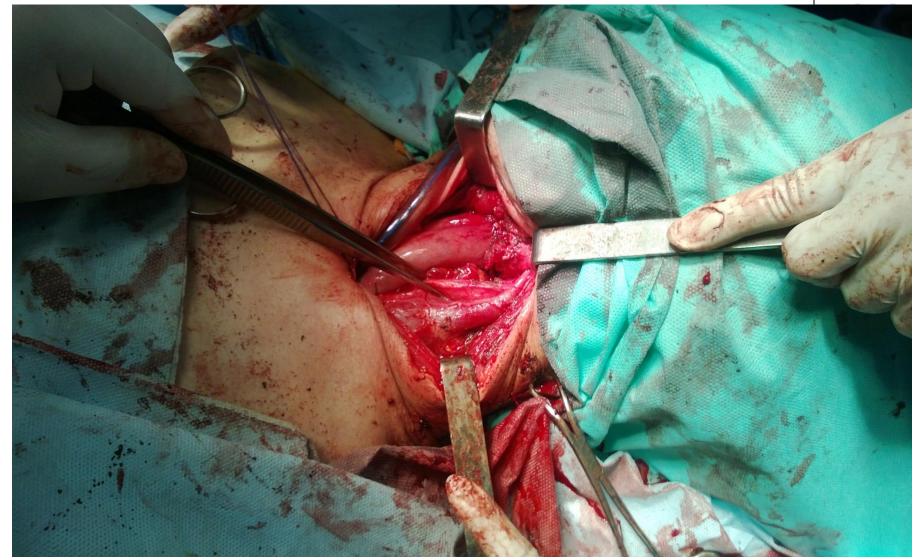
Глоточно-желудочный анастомоз





Отсутствие признаков натяжения





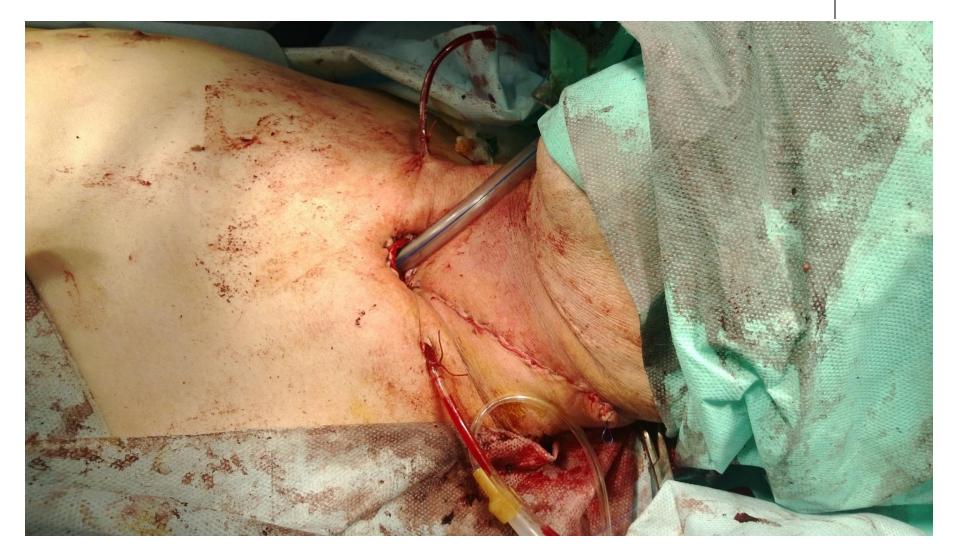
Послойное ушивание раны с формированием трахеостомы





Вид больного на заключительном этапе хирургического лечения









Удаленный макропрепарат





R-графия глоточно-желудочного анастомоза на 7 сутки после операции





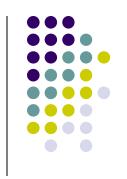
Вид больного на 25 сутки после операции



На 25 сутки после операции больная выписана из стационара. Трахеостома функционирует. Дыхание через трахеостомическое отверстие свободное.
Энтеральное питание полностью восстановлено

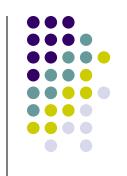


Выводы:



- 2. «Одномоментная расширенно-комбинированная экстирпация шейного, грудного, абдоминального отделов пищевода с эзофагопластикой абдоминально-трансмедиастинальным доступом. Ларингоэктомия с формированием глоточно-желудочного анастомоза» эффективна при местнораспространенных формах рака шейного отдела пищевода, гортани,
- 3. Особенностью послеоперационного периода этой группы больных оперированных по данной методике явилось сохранение энтерального питания через естественные пути.





• Таким образом, единственным методом, направленным на оказание помощи этой сложной категории больных, которые считаются заведомо инкурабельными и дающим шанс для получения непосредственных удовлетворительных результатов (ликвидация стенозов гортани и дисфагии) является одномоментное комбинированное оперативное вмешательство. Несмотря на высокий риск, четко спланированная и проведенная на высоком уровне высокоспециализированная хирургическая помощь и грамотное ведение послеоперационного периода позволяют добиться благоприятного исхода у практически безнадежных больных.





Благодарю за внимание

