



## УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛИМФОУЗЛЫ ШЕИ

**Рахимова Жахонгира Хатомовича**

*Самаркандский Государственный медицинский университет*

Распространенность плоскоклеточного рака органов головы и шеи в целом составляет около 5% среди всех злокачественных опухолей. Одним из наиболее важных его прогностических признаков для всех локализаций является наличие регионарных метастазов. По данным различных авторов, при поражении метастазами регионарных лимфатических узлов почти вдвое снижается пятилетняя выживаемость, а увеличение объема метастазов на шее прогрессивно сокращает продолжительность жизни [Чиссов В.И. и др., 2001; Пачес А.И., 2013].

Цель работы: улучшение диагностики, функциональных и онкологических результатов лечения больных раком гортани с метастазами в лимфатические узлы шеи.

Материалы и методы. Диагностика и лечение больных плоскоклеточным раком гортани с метастазами в регионарные лимфатические узлы шеи достаточно широко внедрены в практику онкологов и оториноларингологов, но недостаточно эффективны. Своевременная диагностика регионарных метастазов определяет тактику лечения. Наиболее распространенными методами диагностики регионарных метастазов являются визуальный осмотр, пальпация, ультразвуковое исследование (УЗИ) шеи, компьютерная томография (КТ) и магнитнорезонансная томография (МРТ), пункционная или операционная биопсия лимфоузла с проведением цитологического или гистологического исследования полученного материала. Эти методы достаточно информативны при лимфоузлах более 1 см в размере. Тонкоигольная аспирационная пункция лимфоузла на шее при его малых размерах практически невыполнима, и даже при технической возможности информационная ценность ее и последующего цитологического исследования невелика, так как просвет иглы забивается при прохождении ее через ткани. В свою очередь полученный столбик биопсийного материала при гарпунной чрескожной биопсии (ГЧБ) (диаметром до 0,2 см) достаточен для выполнения даже экспресс-цитологического, гистологического и при необходимости иммуногистохимического исследований. В клиническом исследовании проводился анализ данных, полученных при наблюдении 81 больного, который находился на стационарном лечении в отделе ЛОР-онкологии ФГБУ «НКЦ оториноларингологии» ФМБА России. Все больные раком гортани с метастазами в лимфатические узлы шеи были разделены на две группы: первая (группа контроля) включала пациентов, оперированных на лимфатической системе шеи по классической методике (42 пациента), ко второй были отнесены 39 больных, которым при выполнении шейной лимфодиссекции через модифицированный кожный доступ, начинающийся в заакцепитальной области, идущий по заднему краю кивательной мышцы с плавным переходом на ее передний край в области грудинно-ключичного



сочленения, выполнялась аутоампонада основного сосудисто-нервного пучка шеи кивательной мышцей путем подшивания ее медиальной порции к предпозвоночной фасции (патент № 23850893 от 2011 г.). Всем пациентам выполнялся определенный спектр диагностических исследований: пальпация шеи, общеклинические исследования крови и мочи. Оценивалось УЗИ лимфоузлов шеи, КТ и МРТ шеи и гортани, УЗДГ сосудов шеи до и после хирургического вмешательства. Для морфологической верификации шейных лимфаденопатий на предоперационном периоде всем пациентам выполнялась наружная тонкоигольная пункционная биопсия (ТБП) подозрительных на метастатических пораженных шейных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием. В случае получения отрицательного результата о наличии раковых клеток в цитограмме пациентам производилась ГЧБ с последующими цитологическим и гистологическим исследованиями биопсийного материала шейных лимфатических узлов. Весь удаленный материал во время шейной лимфодиссекции и ларингэктомии в объеме препарата гортани и блока тканей шейной лимфатической клетчатки направлялся на гистологическое исследование.

**Результаты.** Полученные результаты предоперационной морфологической диагностики метастатического поражения лимфатических узлов шеи при раке гортани у 81 больного свидетельствовали о целесообразности в дополнение к ТБП лимфатических узлов шеи, особенно при их малом размере (до 1 см), применять наружную ГЧБ под контролем УЗИ. Это позволило нам повысить частоту установления полного клинического диагноза на предоперационном этапе с 40,7 до 96,3% случаев с определением тактики и объема дальнейшего лечения таких больных. По данным нашего исследования, 3,7% метастазов в лимфоузлы шеи не были морфологически диагностированы на предоперационном этапе, поэтому мы считаем необходимым выполнение профилактической операции на клетчатке шейного коллектора.

**Заключение.** Внедрение гарпунной чрескожной биопсии способствует повышению морфологической верификации малых, клинически неизмененных лимфатических узлов шеи с метастатическим поражением на 37% случаев по сравнению с пункционной биопсией. С нашей точки зрения, кивательная мышца позволяет надежно отграничивать гортань и гортаноглотку от сосудисто-нервного пучка шеи за счет подшивания ее медиального края к предпозвоночной фасции шеи. Данная мышца играет роль аутоампона раневого ложа, ликвидирует пустоты, влияет на систему гемостаза и фибринолиза.