

СПОСІБ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ГОРТАНІ З ПРИВОДУ РАКУ ГОРТАНІ T₃N₀M₀ В ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

В.М.Ванченко

ЛОР-відділення Івано-Франківської обласної клінічної лікарні (гол. лікар – І.Семенів), відділення захворювань голови та шиї Івано-Франківського обласного онкологічного диспансеру (гол. лікар – В.Романчук)

Існування великої кількості різновидів субтотальної резекції гортані (СРГ) засвідчує певне невдоволення хірургів результатами оперативного втручання [1]. Найтяжчі наслідки СРГ спостерігаються в пацієнтів літнього віку. Реабілітацію голосової функції частково видаленої гортані ще більше знижує наступна променева терапія. Упродовж 1-1,5 років після органозберігальної операції з приводу раку гортані III стадії у літніх пацієнтів розвивається декомпенсація роздільного механізму частково видаленої гортані – при ковтанні їжа проникає у дихальні шляхи, викликаючи кашель, ларингоспазм, асфіксію [2].

Мета дослідження. Визначити якість життя літніх людей, хворих на рак гортані, лікованих розробленим нами методом СРГ.

Матеріал і методи. Об'єктом клінічного обстеження були 23 хворих на рак гортані T₃N₀M₀ віком від 60 до 71 року. Всі пацієнти були пенсіонерами чоловічої статі, з яких 8 чоловік продовжували працювати. Діагноз визначали на підставі скарг хворого, результатів ларингоскопії, УЗД регіональних лімфовузлів і біопсії. За локалізацією та поширеністю визначили такі форми пухлини: 1) складково-надскладкова форма – пухлиною уражена голосова складка з поширенням на гортанний шлуночок і присінкову складку – 15 чоловік; 2) складково-підскладкова форма – пухлиною уражена голосова складка з поширенням на підскладковий простір – 3 чоловік; 3) пухлина охоплює всі відділи однієї половини гортані – 5 чоловік. Найчастішою поєднаною патологією були: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз і хронічний бронхіт. Результати лікування досліджуваної групи зіставляли з групою літніх пацієнтів, яким виконана класична СРГ (15 чоловік) у ЛОР-відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні. Архівний матеріал проаналізований за 10 років (1985-1995).

Удосконалену нами СРГ здійснювали під ендотрахеальним інтубаційним наркозом. На першому

етапі операції під місцевою інфільтраційною анестезією 1% розчином новокаїну накладають трахеостому на рівні 3-4 півкілець трахеї. Перешийок цитоподібної залози розсікають посередині і зашивають кетгутом. Ми не відшаровуємо бічні відділи перешийка від передньобічних і бічних стінок трахеї для максимального збереження кровопостачання й периферичної іннервації верхньої частини шийного відділу трахеї. Це має важливе значення для сприятливого перебігу післяопераційного й післяпроменевого періодів.

Роблять вертикальний розріз шкіри по середній лінії шиї від рівня проекції під'язикової кістки до рівня 2-3 півкілець трахеї. У пацієнтів з короткою й товстою шиєю або при вираженому остеохондрозі шийного відділу хребта для створення зручного операційного поля й кращого доступу до гортані вертикальний розріз доповнюють горизонтальним по контуру під'язикової кістки (Г- або Т-подібний розріз). Якщо пухлина розташовується ближче до задніх відділів гортані, то в нижніх відділах розрізу шкіри на здоровому боці під кутом біля 70° (до вертикального розрізу) вирізують язикоподібний клапоть завширшки близько 2 см з основою на боці ураження. Довжина його повинна відповідати довжині передбачуваної ларингостоми. Мобілізовані клапті зміщують латерально. Тупо і гостро розшаровують м'язи передньої поверхні шиї до під'язикової кістки й відокремлюють м'які тканини від переднього й бічного відділів пластинок щитоподібного хряща. На боці ураження м'які тканини відшаровують до рівня фіксації середнього й нижнього констрикторів глотки, а з протилежного боку – до межі задньої третини бічної пластинки щитоподібного хряща. Розсікають персне-щитоподібну мембрану, проводять візуальну ревізію нижньої межі пухлинного ураження і визначають ступінь її поширення на протилежний бік. Розсікають стінку гортані на відстані 1 см від пухлини. Наступний етап – власне СРГ з формуванням єдиного блоку вирізаних тканин: слизової оболонки, підслизового шару, м'язів, внутрішнього охрястя, щитоподібного або (і) пер-

неподібного хряців, зовнішнього охрястя. Обсяг вилучених тканин зумовлений локалізацією та поширеністю пухлинного процесу. При складково-надскладковій формі пухлини без поширення на черпакувато-надгортанну складку єдиним блоком із пластинкою щитоподібного хряща вирізають голосову складку з прилеглими м'язами, частину черпакувато-надгортанної складки, при необхідності – черпакуватий хрящ і тканини передньої комісури. При переважно вестибулярній локалізації пухлини додатково вирізають частину надгортанника та черпакувато-надгортанну складку. Обов'язково вирізають жиркову клітковину превісцерального простору. Якщо процес поширюється на підскладковий простір, у блок вирізуваних тканин включають частину персеподібного хряща та бічні відділи перших трьох півкільць трахеї з прилеглими тканинами (в тому числі з частиною відповідної частки щитоподібної залози). У цьому випадку накладають ларинготрахеостому. При переважно однобічному ураженні гортані у блок включають всі названі елементи. Латеральний край резекції проходить по дну грушоподібного синуса на боці ураження. Залишок слизової оболонки дна та латеральної стінки грушоподібного синуса мобілізують разом з нижнім конструктором глотки. Під контролем зору встановлюють носо-стравохідний зонд.

Новизною пропонованого способу СРГ є первинна пластика частково видаленої гортані з метою створення анатомічної перешкоди для проникнення їжі в дихальні шляхи. Розрізають залишок слизової оболонки верхнього відділу гортані спереду назад і зверху донизу від рівня язиково-надгортанної бічної складки до черпакуватого хряща. Розріз проходить "діагонально" по черпакувато-надгортанній і вестибулярній складках на неуразженому боці гортані. Слизову оболонку гортані мобілізують завдовжки 0,5-0,6 см і формують латеральний і медіальний клапти. На здорову ділянку зміщують слизову оболонку дна грушоподібного синуса з боку ураження й зашивають кетгутівими швами "край у край" на всю довжину з латеральним слизовим клаптом присінка здорової половини гортані, утворюючи верхню стінку (дах) гортані. В передніх відділах тканини змикають, але не фіксують, завдяки чому в основі надгортанника у фронтальній площині формується щільноподібний простір. Медіальний слизовий клапоть відвертають у провіт гортані, максимально підтягують до ураженої ділянки й фіксують всією рановою поверхнею до слизової оболонки залишків грушоподібного синуса окремими швами. У такий спосіб створюють дуплікатуру верхньої слизової стінки гортані, що забезпечує більшу її міцність. У результаті первинної пластики верхніх відділів гортані згладжується грушоподібний синус, що перешкоджає скупченню їжі в ділянці входу в стравохід.

Окрім цього, максимально звужується вхід у гортань, що перешкоджає аспірації. Сформований у такий спосіб щільноподібний вхід у гортань розташовується біля надгортанника, де його надійніше захищає сам надгортанник (або його залишок).

На заключному етапі операції формують ларингостому, для чого зашивають "край у край" слизову оболонку гортані зі шкірними клаптями передньої поверхні шиї. Гортань пухко тампують за методом Мікулича з використанням антибактеріальних препаратів. На рану шкіри накладають шовкові косметичні шви.

У післяопераційному періоді хворі перебувають на зондовому харчуванні 10-12 днів. Їм призначають антибактеріальні засоби та антикоагулянти, антиагреганти, препарати, що стимулюють метаболічні процеси та поліпшують реологічні властивості крові й мікроциркуляцію. Переважно роблять щодня з використанням протизапальних препаратів. Тампон замінюють на 3 добу, далі, контролюючи процес загоєння, тампують гортань протягом 7-8 днів. Шви знімають на 10 добу. Після стаціонарного лікування пацієнтам призначають променеву терапію, обов'язковою умовою якої вважаємо потужне радіопротекторне прикриття тканин шиї. Через місяць після променевої терапії виконують пластику ларингостоми. Якщо сформований провіт у створеній верхній стінці частково видаленої гортані виявляється недостатнім для адекватного дихання хворого, накладають постійну трахеостому.

Результати дослідження та їх обговорення. Післяопераційний період у пацієнтів, які перенесли класичну СРГ, характеризувався задовільною голосовою функцією гортані у всіх випадках і відновленням провіту частково видаленої гортані, достатнього для дихання, в 11 чоловік. У 4 хворих цієї групи грубе рубцювання протягом першого року після лікування викликало стеноз гортані, що зумовив необхідність накладання постійної трахеостоми, дихання через яку здійснювалося довічно. Декомпенсація роздільного механізму гортані після СРГ відзначена протягом 1-1,5 років у 14 хворих. Дослідження акту ковтання методом контрастної рентгенографії виявило поступове нагромадження бар'євої суспензії в грушоподібному синусі на боці ураження, порушення евакуації контрасту із синуса в стравохід. При переповненні грушоподібного синуса контраст при ковтальному русі й у спокої вільно затікає в дихальні шляхи, провокуючи кашель й утруднюючи дихання. Слід зазначити, що знижений кашльовий поштовх, характерний для літньої людини, не забезпечував повноцінного вида-

лення стороннього тіла з дихальних шляхів. Попадання їжі в гортань, трахею, бронхи сприяє розвитку аспіраційної пневмонії. В умовах повної декомпенсації роздільного механізму гортані пацієнтам даної групи зроблена екстирпація гортані. Рецидив захворювання протягом першого року після класичної СРГ виник у 2 чоловік, у зв'язку з чим зроблена ларингектомія.

У всіх пацієнтів досліджуваної групи в післяопераційному періоді зазначений досить звучний голос, вільне ковтання. М'яке рубцювання штучно сформованої верхньої стінки гортані дозволило відновити дихання через природні шляхи в 18 хворих, що одержували адекватну радіопротекторну терапію. Необхідність у постійній трахеостомі виникла в 5 чоловік, у яких з різних

причин не застосовували протипроменевий захист тканин. При подальшому спостереженні на похлинання при ковтанні скарилося троє пацієнтів, у яких протягом першого року після операції виявлений рецидив захворювання, у зв'язку з чим проведена ларингектомія.

Висновок. Розроблений спосіб субтотальної резекції гортані в літніх хворих сприяє відновленню роздільної функції гортані та забезпечує дихання через природні шляхи в 78% випадків.

Перспективи наукового пошуку. Дану методику доцільно удосконалювати і дослідити результати оперативного лікування з метою використання розширених органозберігальних операцій у людей всіх вікових груп.

Література

1. Тымчук С.Н. Реконструктивно-восстановительная хирургия рака гортани. – Харьков: Основа, 1997. – 240 с.
2. Селезнев К.Г., Ванченко В.Н., Окунь О.С. Анализ осложненных при проведении органосохраняющих операций по поводу рака гортани T₃N₀M₀ у лиц пожилого возраста // Ж. вуш., нос., горл. хвороб. – 2003. – № 6. – С. 27-30.

СПОСІБ СУБТОТАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ГОРТАНІ З ПРИВОДУ РАКУ ГОРТАНІ T₃N₀M₀ В ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ

В.М.Ванченко

Резюме. Завдяки розробленому способу субтотальної резекції гортані м'яке рубцювання штучно сформованої верхньої стінки гортані дозволило відновити дихання через природні шляхи у більшості хворих (78%). Необхідність у постійній трахеостомі виникла в 21,7% хворих, яким не застосовували ефективний променевий захист тканин. Рецидив пухлини протягом першого року після операції виявлений у 13% хворих, в зв'язку з чим їм була проведена ларингектомія.

Ключові слова: рак гортані, роздільна функція, літній вік, субтотальна резекція гортані.

SUBTOTAL RESECTION OF PROCEDURE OF THE LARYNX FOR LARYNGEAL CANCER T₃N₀M₀ IN PERSONS OF ELDERLY AGE

V.M.Vanchenko

Abstract. Soft cicatrization of the artificially formed upper wall of the larynx enabled to restore breathing through the natural passages in the majority of patients (78%) due to a developed procedure of subtotal resection of the larynx. A need for permanent tracheostomy arose in 21,7% of the patients who were not applied an effective radiation protection of the wounds. Recurrent tumor during the first year after surgery was detected in 13% of the patients and in this connection they underwent laryngectomy.

Key words: laryngeal malignant tumor, divided function, old age, subtotal resection of the larynx.

Regional Clinical Hospital (Ivano-Frankivs'k),
Regional Oncologic Dispensary (Ivano-Frankivs'k)

Надійшла в редакцію 14.04.2005 р.,
після доопрацювання – 12.07.2005 р.