

УДК 616.22-006.6-089.819.84
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-5-89-92

СПОСОБ УШИВАНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГОРТАНИ БОКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

В.А. Насыров, Т.А. Изаева, Б.К. Каримова

Аннотация. Новообразования верхних дыхательных путей составляют существенное место среди онкологических заболеваний. По данным научных изданий, онкопатология гортани преимущественно встречается после 40–60 лет, причем у мужчин в 15–20 раз чаще, чем у женщин. Однако через 5–10 лет ожидается увеличение числа заболеваний раком гортани и легких и у лиц женского пола, так как процент курящих женщин в последние годы значительно увеличился, а курение, как известно, является одним из основных факторов риска развития данной патологии. В современной литературе описаны разнообразные способы хирургического лечения рака гортани при ее боковой локализации. Однако ни один из них не смог решить все задачи, которые стоят перед ЛОР-онкологом. В данной работе авторы описывают предложенный ими способ ушивания гортани, который позволяет уменьшить процент послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак гортани; передне-боковая резекция; способ ушивания гортани; хирургическое лечение.

КЕКИРТЕКТИН КАПТАЛДАРЫНДАГЫ ШИШИКТЕРДИ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДО ТИГҮҮ ҮКМАСЫ

В.А. Насыров, Т.А. Изаева, Б.К. Каримова

Аннотация. Онкологиялык оорулардын арасында жогорку дем алуу жолдорунун шишиктери өзгөчө орунду ээлейт. Илимий басылмалардын маалыматтарына ылайык, кекиртектин онкопатологиясы негизинен 40–60 жаштан кийин пайда болот, ал эми эркектерде аялдарга караганда 15–20 эсе көп кездешет. Бирок 5–10 жылдан кийин аялдарда да кекиртектин жана өпкөнүн рагы оорусунун көбөйүшү күтүлөт, анткени акыркы жылдары тамеки тарткан аялдардын пайызы кыйла көбөйгөн жана бул патологиянын өнүгүшүндөгү негизги кооптуу факторлордун бири экендиги белгилүү. Заманбап адабияттарда кекиртектин капталдарынын рагын хирургиялык дарылоонун ар кандай ыкмаларын сүрөттөлгөн. Бирок, алардын бири да ЛОР-онкологдун алдында турган бардык көйгөйлөрдү чече алган эмес. Бул макалада авторлор операциядан кийинки кабылдап кетүүлөрдүн пайызын төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берген кекиртекти тигүү ыкмасын сүрөттөшөт.

Түйүндүү сөздөр: кекиртектин рагы; алдынкы-каптал резекциясы; кекиртекти тигүү ыкмасы; хирургиялык дарылоо.

METHOD OF SUTURING IN THE SURGICAL TREATMENT OF THE LARYNX TUMORS OF LATERAL LOCALIZATION

V.A. Nasyrov, T.A. Izaeva, B.K. Karimova

Abstract. Neoplasms of the upper respiratory tract constitute a significant place among oncological diseases. According to scientific publications, oncopathology of the larynx mainly occurs after 40–60 years, and in men it is 15–20 times more common than in women. However, in 5–10 years, an increase in the number of cancers of the larynx and lungs is expected in females, as the percentage of women who smoke has increased significantly in recent years, and smoking is known to be one of the main risk factors for the development of this pathology. Modern literature describes various methods of surgical treatment of laryngeal cancer with its lateral localization. However, none of them was able to solve all the problems that the ENT-oncologist faces. In this paper, the authors describe their proposed method of suturing the larynx, which allows to reduce the percentage of postoperative complications.

Keywords: larynx cancer; anterolateral resection; larynx suturing method; surgical treatment.

Введение. Передне-боковая резекция гортани, которая широко используется при выполнении хирургического лечения боковой локализации рака гортани, отличается высокой терапевтической эффективностью и, тем не менее, не лишена недостатков. Обязательное включение в блок удаляемых тканей одновременно пораженной и передней трети непораженной голосовых складок сказывается на фонаторной функции органа. Дефект в стенке органа, появляющийся после резекции, замещается соединительной тканью и, в конечном итоге, деформирует просвет органа [1–3]. После операции он закономерно становится меньшим и в ряде случаев обуславливает либо затрудненное дыхание через естественные пути, либо выраженный стеноз, требующий канюленосительства. Для предупреждения временного расстройства дыхания требуется трахеостомия или формирование ларингостомы. И то и другое – вынужденные этапы вмешательства, имеющие свои негативные стороны. Трахеостома, просвет которой поддерживается трахеостомической трубкой, отрицательно сказывается на психоэмоциональном состоянии больного, которое и так нарушено основным заболеванием. Трубка обуславливает появление рефлекторных реакций со стороны респираторного тракта и способствует поддержанию в нем и даже усилению воспалительного процесса. После формирования стойкой ларингостомы в просвете гортани часть стенок оказывается высланной кожей. Кожа сохраняет свои анатомические структуры (потовые железы, сальные железы, волосяные мешочки). Последние обуславливают появление после операции в просвете гортани корок, иногда зловонных, наличие которых в просвете ухудшает фонаторную функцию и дыхание.

Одним из недостатков различных вариантов передне-боковой резекции гортани являются ограниченные возможности их использования, так как она производится в основном при раке боковой локализации в 1-й и 2-й стадиях развития.

Учитывая все отмеченное, современные ЛОР-онкологи продолжают поиски, направленные на облегчение послеоперационного состояния больных, функциональную состоятельность вмешательства и расширение терапевтических

возможностей передне-боковой резекции гортани [4–6].

Естественно, такой поиск отличается существенным разнообразием предлагаемых способов решения данной проблемы. Одни авторы ищут материалы для увеличения размеров хрящевого каркаса, обуславливающего зияние просвета оставленной части органа, другие продолжают изыскивать аутоматериал для замещения дефекта в оставшейся части гортани взамен слизистой оболочки, третьи пытаются найти более совершенные и надежные способы для сохранения просвета органа с помощью продолжительной его дилатации [7].

Большое внимание в этой колоссальной исследовательской и клинической работе уделяется и возможностям расширения показаний к передне-боковой резекции гортани. По результатам многочисленных научных исследований, многообразию существующей информации требует систематизации и необходимой клинической интерпретации, а также свидетельствует о необходимости проведения исследований, направленных на совершенствование существующих методов выполнения передне-боковой резекции гортани [8–10].

Цель исследования – описать способ ушивания гортани после ее передне-боковой резекции.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось у пациентов с раком гортани боковой локализации T2–T3, поступивших в отделение оториноларингологии, хирургии головы и шеи Национального госпиталя МЗ КР для хирургического лечения. В исследовании участвовали 26 пациентов, из них 24 мужчины и 2 женщины в возрасте от 40 до 75 лет, которым проводилась операция в период с сентября 2013 по сентябрь 2021 г. Предлагаемая нами методика выполнения передне-боковой резекции гортани при T2–T3 ее поражения включает в себя следующие этапы:

Первым этапом производится типичный кожный разрез от нижнего края подъязычной кости до верхнего края перстневидного хряща, затем послойно рассекаются мягкие ткани (рисунок 1).

Затем **вторым этапом** производится отсепаровывание мягких тканей от пластинки щитовидного хряща и разрезается щитовидный

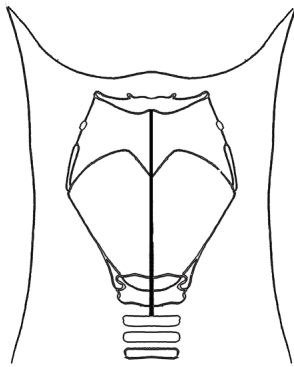


Рисунок 1 – Разрез кожи

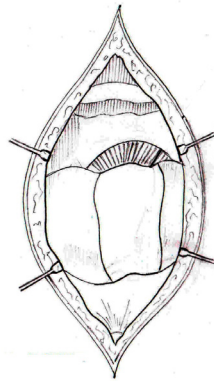


Рисунок 2 – Второй этап операции

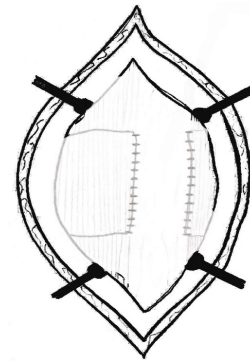


Рисунок 3 – Резекция щитовидного хряща

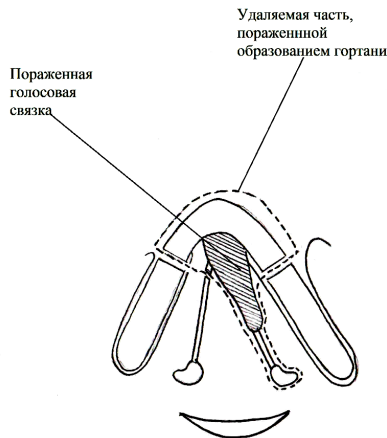


Рисунок 4 – Основной этап операции

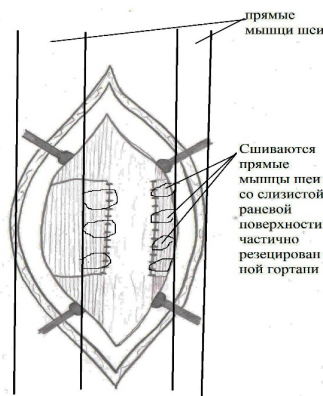


Рисунок 5 – Способ ушивания полости гортани после ее резекции

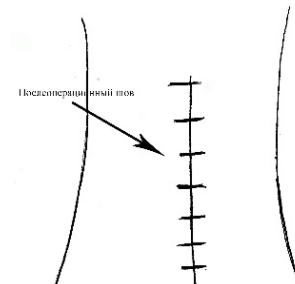


рис. 5 Послеоперационный шов

Рисунок 6 – Послеоперационный шов

хрящ со здоровой стороны, отступив на 3–5 мм, и со стороны поражения – на 7–8 мм (рисунок 2).

Третьим – основным – этапом резекции является удаление пластины щитовидного хряща с участком пораженной опухолью голосовой складки, соблюдая все правила абластики (рисунок 3, 4).

Четвертым этапом сшиваются прямые мышцы шеи со слизистой раневой поверхности частично резецированной гортани (рисунок 5).

После чего рана на шее ушивается наглухо, без оставления ларингостомы, превентивного подхода к трахее (рисунок 6).

По данному методу хирургического лечения рака гортани получен патент на изобретение (№ 2145 от 30 апреля 2019 года, заявка № 20180013.1).

Из всех прооперированных нами больных 24 пациента после проведенного оперативного вмешательства наблюдались в течение как минимум 3-х лет.

Результаты и их обсуждение. Все пациентам, проведена передне-боковая резекция в классическом ее варианте, исключая 3 случая, двум пациентам – расширенная резекция гортани, одному – двусторонняя резекция гортани.

Все резекции гортани были проведены под местной анестезией с нейрелептаналгезией.

Удаление опухоли проводилось с оставлением голосовой складки и нижнего края гортанного желудочка, а также одномоментное иссечение верхнего края гортанного желудочка, всей вестибулярной складки, черпало-надгортанной складки, частично корня языка и клетчатки

грушевидного синуса, а также комиссуры гортани. Ушивалась гортань наглухо, без наложения трахеостомы. Проводилось морфологическое подтверждение очаговости оперативного вмешательства. Питание на 2-е сутки после операции – через естественные пути.

В позднем послеоперационном периоде у одного пациента отмечалось кровотечение из раны (предположительно из культи щитовидной железы) на 8–9-й день после проведенного оперативного лечения. Пациент повторно взят в операционную, где была проведена ревизия раны и остановлено кровотечение. Рубцовое сужение гортани не наблюдалось ни у кого из прооперированных пациентов по предложенному нами методу ушивания гортани.

Безрецидивное трехлетнее течение отмечалось у 23-х пациентов. В одном случае через 4 месяца была проведена ларингэктомия после расширенной передне-боковой резекции гортани в связи с продолженным ростом опухоли.

Выводы. Таким образом, предложенный нами способ ушивания гортани после ее передне-боковой резекции позволяет минимизировать количество послеоперационных осложнений, таких как кровотечения, рубцовое сужение гортани.

Поступила: 18.02.22; рецензирована: 11.03.22;
принята: 16.03.22.

Литература

1. *Фейгин Г.А.* Органосохраняющая хирургия рака гортаноглотки / Г.А. Фейгин, К.К. Джунушалиев // *Здравоохранение Киргизии*. 1989. № 2. С. 48–51.
2. *Пачес А.И.* Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. М.: Медицина, 2000. С. 362–367
3. *Рожнов В.А.* Современные методы лечения рецидивного неоперабельного плоскоклеточного рака гортани (Обзор литературы) / В.А. Рожнов, В.Г. Андреев, К.Б. Гордон [и др.] // *Сибирский онкологический журнал*. 2016. Т. 15. № 2. С. 90–100
4. *Каримова Б.К.* Рак гортани T₄ N1 Mx у пациентки М. 22 лет (случай из практики) / Б.К. Каримова, К.К. Бакиева, В.Г. Шевчук // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2021. № 12. С. 47–50.
5. WHO: International Agency for Research on Cancer. *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence Worldwide in 2012* [Cited 2017 December 10]. Available from: URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx. 2012. С 1 – 3.
6. *Ramroth H.* Intensity and inhalation of smoking in the aetiology of laryngeal cancer / H. Ramroth, A. Dietz, H. Becher // *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:976–84,
7. *Чиссов В.И.* Первично-множественные злокачественные опухоли: руководство для врачей / В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг. М.: Медицина, 2000. 332 с.
8. *Пачес А.И.* Опухоли головы и шеи / А.И. Пачес. М.: Медицина, 2000. С. 315–330.
9. *Абдурахимов О.Н.* Спиральная компьютерная томография и однофотонная эмиссионная компьютерная томография у больных раком гортани и гортаноглотки в диагностике и мониторинге / О.Н. Абдурахимов, М.Г. Маджидов. М., 2006. С. 8–11.
10. *Битюцкий П.Г.* Функционально-щадящие операции при комбинированном лечении рака гортани / П.Г. Битюцкий // *Медицинская консультация*. 2000. № 4. С. 15–45.