

МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПЕРЕДНЕ-БОКОВОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОРТАНИ И ЕЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Т.А. Изаева – доцент,
А.И. Шевчук – врач-анестезиолог,
С.Н. Ягунова – аспирант

We describe the method of anesthesiological help for superior-lateral resection of larynx.

Больным раком гортани с ранними стадиями развития неоплазмы чаще всего производится либо передне-боковая резекция (при первичной локализации на голосовой складке), либо тот или иной вариант иссечения пораженного надскладочного отдела органа вместе с преднадгортанниковой клетчаткой [1, 2].

Надо отметить, что частота передне-боковой и горизонтальной резекций гортани в различных регионах СНГ не идентична. В частности, потребность в выполнении последнего варианта резекции заметно преобладает в Сибири, например, в Читинской области [3], в то время как в Европейских и Центральноазиатских регионах СНГ этот вариант органосохраняющего хирургического вмешательства используется реже. Это связано, скорее всего, с тем, что первичная локализация рака на голосовой складке, к примеру, в Средней Азии заметно преобладает над вестибулярной [4]. Кроме этого, нельзя не считаться с тем, что ранняя диагностика рака чаще регистрируется при его первичной локализации на голосовой складке, в то время как первые симптомы, из-за появления которых больной с вестибулярной локализацией рака обращается за помощью, отнюдь не являются ранними. К этому времени процесс у них достигает такой распространенности, что вопрос о возможности выполнения органосохраняющего хирургиче-

ского вмешательства отпадает. В результате таким больным приходится производить ларингоэктомию, причем чаще расширенную, к тому же нередко одновременно с шейной лимфодиссекцией.

Отмеченные выше факторы обуславливает наиболее частое поступление в нашу клинику больных, которым показана передне-боковая резекция гортани. Учитывая это, а также высокую надежность данного хирургического вмешательства и хорошие функциональные результаты, коллектив кафедры проявил повышенный интерес к данному методу. Наша цель: обеспечить безболезненное выполнение операции с полноценным контролем за функциональным состоянием анатомических образований органа и по возможности максимально сохранить его структуру.

Такой подход, как мы полагаем, позволит больному легче перенести послеоперационный период и достичь более быстрого и достаточно полноценного восстановления основных функций.

Мы сочли целесообразным поделиться результатами наших исследований, опытом анестезиологического обеспечения и методическими основами выполнения передне-боковой резекции гортани, которая апробирована на большом количестве больных, и, на наш взгляд, заслуживает внимания.

Материалы и методы. Приведенные выше установочные положения легли в основу разработанного шадящего варианта передне-боковой резекции гортани. Срединный разрез кожи производят от уровня подъязычной кости до верхнего края перстневидного хряща. Послойное рассечение мягких тканей, строго осуществляемое по средней линии, делают до передних отделов пластинок щитовидного хряща, щитоподъязычной и щитоперстневидной мембран. Затем со стороны, противоположной поражению, отступив от средней линии на 0,5 см, разрезают наружную надхрящницу щитовидного хряща. После дополнительных поперечных рассечений на уровне верхнего и нижнего краев щитовидного хряща ее отпрепаровывают по направлению к средней линии с переходом на переднюю треть противоположной пластинки щитовидного хряща.

Следующий этап хирургического вмешательства начинают с проведения асимметричных продольных разрезов щитовидного хряща. Один из них (на пораженной стороне) производят, отступив от средней линии на 0,3–0,5 см, другой (на стороне опухоли) – на 1,0–1,5 см. После этого на стороне поражения через разрез хряща от внутренней поверхности отделяют по направлению кзади мягкие ткани вместе с внутренней надхрящницей. Просвет гортани вскрывают через разрез, проведенный между перстневидным и щитовидным хрящами (по конической связке), и далее через щитовидный хрящ на пораженной стороне. Затем под визуальным контролем поперечно рассекают мягкие ткани гортани на уровне верхнего и нижнего краев щитовидного хряща. После этого вся боковая часть мягких тканей гортани вместе с опухолью становится мобильной и хорошо просматриваемой. Это позволяет осуществить контролируемое визуальное иссечение пораженного отдела гортани в пределах здоровых тканей. Пораженный отдел удаляется вместе с внутренней надхрящницей пораженной стороны и передним отделом щитовидного хряща. Сзади отсечение удаляемой части органа осуществляется с сохранением вокального отростка черпаловидного хряща. Передне-боковую резекцию заканчивают заворачиванием в просвет органа на стороне поражения

ранее отсепарованной наружной надхрящницы щитовидного хряща и подшивают ее к слизистой оболочке вдоль линии отсечения удаленного блока тканей. Вмешательство завершают послойным ушиванием наружной операционной раны.

В первые дни после операции хирургическая травма обуславливает появление в культе гортани воспаление. Удаление части органа изменяет в ней крово- и лимфообращение. В результате в зоне вмешательства появляется отек и инфильтрация тканей, лимфостаз, на раневой поверхности – гнойно-фиброзный налет. Перечисленные изменения могут сузить просвет дыхательного горла и обусловить появление затрудненного дыхания [3, 6]. Учитывая это, ларингохирурги производят передне-боковую резекцию гортани после предварительной трахеостомии. Трахеостомическую канюлю держат от 5 до 10 дней, а затем производят деканюляцию. Трахеостому после удаления трубки быстро закрывают, и больные переходят на дыхание естественным путем [4, 5, 7].

Вместе с тем, после операции, особенно в первые дни, трахеостомическая трубка, находящаяся в просвете дыхательного горла и являющаяся инородным телом, не только беспокоит больных, но и обуславливает рефлекторные реакции. Часто отмечается упорный, иногда сильный кашель. В отдельных случаях он провоцирует кровотечение в дыхательные пути, кровоизлияние в рану и не дает покоя оперированной гортани и наружной операционной ране. Не всегда это проходит бесследно: бывают случаи, когда послеоперационный период оказывается осложненным [7, 8].

Таким образом, даже кратковременное канюленосительство не безразлично для течения послеоперационного периода. Следовательно, безканюльное ведение больных следует признать предпочтительным и обоснованным, так как удаление блока тканей увеличивает поперечный просвет гортани на уровне резекции. На такой шаг можно решиться при наличии объективных данных, обеспечивающих достаточное для дыхания зияние просвета органа. Необходимо также принять меры, которые могут облегчить дежурному врачу максимально быстрое вскрытие просвета трахеи при появлении выраженных проявлений стеноза.

Именно поэтому передне-боковую резекцию мы рекомендуем начинать с получения превентивного доступа к трахее.

Превентивный подход к трахее осуществляют под местной анестезией через средний разрез шеи от уровня нижнего края персневидного хряща или первого кольца трахеи до яремной вырезки. Рассекают кожу, подкожную жировую клетчатку, срединные мышцы шеи и обнажают трахею. Если обнажению последней с хорошим доступом мешает перешеек щитовидной железы, то его пересекают. В рану вводят марлевый шарик, который в дальнейшем сохраняет зияющим доступ к трахее в течение необходимого времени. По завершении этого этапа операции приступают к выполнению передне-боковой резекции гортани.

Наличие превентивного подхода к трахее, обеспечивающего свободный доступ к ее передней стенке, позволяет лечащему (или дежурному) врачу при необходимости быстро рассечь трахею и вставить трахеостомическую трубку. Для этого у постели больного, находящегося в палате интенсивной терапии, накрывают столик, где собран весь необходимый стерильный инструментарий: трахеостомическая трубка необходимого размера, скальпель, ранорасширители, носовое зеркало, зеркало Киллиана, пинцеты, марлевые шарики и салфетки.

Представленные материалы по хирургическому лечению рака голосовой складки при T1 и T2 позволяют сделать следующие выводы:

1. Анестезиологическое обеспечение, включающее инфильтрационную анестезию, проводниковую блокаду чувствительной иннервации внутренних отделов гортани и нейролептоанальгезию, позволяет проводить передне-боковую резекцию безболезненно, без мешающих рефлекторных реакций и под достаточно надежным визуальным контролем.

2. Методические принципы выполнения передне-боковой резекции гортани при T1 и T2 развития процесса в органе по описанной

методике, обоснованные гистотопографическими исследованиями, отличаются достаточной абластичностью, что доказывает исключительную редкой регистрацией продолженного роста и рецидива заболелания при длительном наблюдении за оперированными.

3. Методика ушивания наружной операционной раны с оставленным неушитым и временно зияющим ее нижним отделом позволяет предупредить появление нежелательных осложнений. Это дает нам право считать ее методом выбора и рекомендовать для использования.

Литература

1. *Чиж Г.И., Чиж И.Г., Гудилин В.А. и др.* Изучение роли преднадгортанического пространства в диагностике и лечении рака гортани. Нетрадиционные методы диагностики и лечения онкологических больных. – М., 1990. – С. 59–68.
2. *Фейгин Г.А.* Вестник резекций гортани при надгортанно-складочной локализации рака // Вестник оториноларингологии. – 1973. – № 5(1). – С. 86–88.
3. *Фейгин Г.А., Изаева Т.А., Байкова Т.К. и др.* Передне-боковая резекция гортани: Методические рекомендации. – Фрунзе, 1990. – 24 с.
4. *Айдарбекова А.А.* Анатомо-функциональная характеристика гортани и течение заболеваний в ней после передне-боковой резекции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2001. – 90 с.
5. *Woo P., Casper I., Colton R., Brewer D.* Diagnosis and treatment of persistent dysphonia after laryngeal surgery: a retrospective oh patients Laryngoscope. – 1994. – V. 104 (9). – P. 108.
6. *Джунушалиев К.К.* Варианты оперативных вмешательств к повышению эффективности лечения рака гортани и гортаноглотки: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Бишкек, 2001. – 40 с.
7. *Udaipuzwala I.H., Igbal K., Jalisi M.* Stomal recurrence after total laryngectomy // YPMA-I-PAK-Med-Assoc. – 1996. – V. 46(7). – С. 154–156.