

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ, ФОРМИРОВАНИЕ ПЛАНОВЫХ ФАРИНГОСТОМ

Письменный В.И., Кривошеков Е.П.

Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самарский Государственный медицинский университет г. Самара

Задача исследования. Определить показания для формирования плановой фарингостомы и для одномоментной пластики глотки на этапе хирургического лечения рака гортани после радикальной лучевой терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 41 больной, пролеченные хирургическим методом по поводу рака гортани после лучевого лечения в радикальной дозе. Все больные мужского пола в возрасте от 48 до 78 лет. 28 пациентов оперировано по поводу рецидива опухоли гортани после радикальной лучевой терапии в сроки от 1 года до 4-х лет (один больной оперирован после 20-ти летней ремиссии). 13 пациентам выполнена операция по поводу остаточной опухоли после радикальной лучевой терапии в сроки до одного года. У больных, оперированных по поводу рецидива опухоли гортани, в 12 случаях ранее поставлена трахеостома. Больные, прооперированные по поводу продолженного роста опухоли, трахеостомой пользовались в 5 случаях. Операции на лимфоколлекторе выполнялись одномоментно с удалением гортани в различных объемах их было выполнено 11 ( в двух случаях операция на лимфоколлекторе двухсторонняя). Сроки заживления в обеих группах от 14 до 21 суток, т.е. до снятия носо-пищеводного зонда и восстановления приема пищи через рот. Безусловно, важный момент при операции экстирпация гортани это восстановление целостности глотки и пищевода. Больные после расширенных и комбинированных экстирпаций гортани, пользующиеся трахеостомой, осложненные хондроперихондритом, имеющие сопутствующую патологию часто заживают вторичным натяжением. Основными факторами, влияющими на заживление: расширение объема операций, воспалительные процессы в гортани, явления сохранившегося воздействия лучевой терапии, оперативная техника выполнения самой операции и пластика глотки и пищевода. Во всех случаях пластики глотки нами использована техника подслизистого узлового шва со сложным дизайном линии ушивания, дополненный мышечной дубликатурой. Предложенный подход к пластике глотки сократил появление осложнений в виде свищей и фарингостом менее 1%. У 13 пациентов нами сформирована плановая с прогнозируемым ходом стомированного тоннеля, создав условия для заживления первичным натяжением и дальнейшего закрытия фарингостомы. В остальных случаях, используя метод пластики пищевода и глотки добились первичного заживления эзофаго-фарингеального комплекса.

Выводы. Далеки от совершенства показания для формирования плановых эзофаго и фарингостом, но и крайне ошибочно при наличии выше перечисленных отягчающих факторах рассчитывать на первичное заживление. Плановая эзофаго и фарингостома может явиться более быстрым путем в реабилитации больного нежели одномоментная пластика и получение всего перечня осложнений при несостоятельности глотки. Наличие трахеостомы, лучевой реакции на коже, хрящах и слизистой, выраженная общая соматическая патология примерно в каждом втором случае является показанием для формирования плановой эзофаго или фарингостомы.