

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ГОРТАНИ, ЗАДАЧИ РЕКОНСТРУКЦИИ ЭЗОФАГО-ФАРИНГЕАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Письменный В.И.

Самарский областной клинический онкологический диспансер г.Самара.

Введение. Рак гортани самое распространенное заболевание в структуре опухолей головы и шеи и занимает второе место после рака кожи. По частоте встречаемости рак гортани вышел на 5 место. За период 1985-1991 год число больных с первично злокачественными новообразованиями гортани выросло на 15,5% и составило 5,5 на 100 тыс. человек населения. А спустя 10 лет в 2000 году эта цифра составила 7,8 на 100 тыс. населения. В настоящее время в России около 70 % пациентов заболевших раком гортани составляет 3 и 4 стадия заболевания. Материал и методы. На современном этапе при лечении опухолей гортани качество жизни занимает то же место что и онкологическая надежность. Хотелось отметить, что при анализе работы ведущих клиник страны количество резекций гортани, где функции органа частично сохранены, приблизительно равны количеству ларингэктомий. Ларингэктамия по существу остается основной операцией при распространенных опухолях гортани, а также рецидивных процессах. В России в течение года производится около 7 тысяч экстирпаций гортани.

Результаты и обсуждение. Операция удаления гортани проводится как на первичном этапе лечения опухолей так и рецидивной опухоли после лекарственного или лучевого методов или же их комбинации, а так же при продолжении роста опухоли.

Одним из осложнений при операции ларингэктомии является несостоятельность швов в глотке, пищеводе, образование свищей, а так же эзофаго, фаринго и эзофаго-фарингостом. Существует несколько подходов ушивания глотки и пищевода ранее предложенных авторами. Это были следующие варианты: вертикальное ушивание по прямой линии глотки и пищевода, в виде буквы «Т», а также использования сшивающих аппаратов УГ-70. Нами разработан вид пластики глотки и пищевода после удаления гортани который используется нами в течении 10 лет. Суть методики сводится к методичному ушиванию глотки и пищевода с учетом архитектоники органа.

Анализируя сложный дефект образующийся в глотке и пищеводе возникший после удаления гортани, форма его выглядит в виде бабочки. Рассмотрев и рассчитав форму глотки – это рюмкообразная полость сжатая спереди назад переходящая в полость в виде трубы –пищевод. Чтобы не уменьшить и не изменить формируемую вновь глотку с участком пищевода накладывается первичный ряд поперечных швов от корня языка и передних отделов пищевода, а образовавшиеся в виде лучей щелевидные дефекты слизистой ушиваются вверх и вправо, вверх и влево и аналогично вниз. Далее накладывается мышечная дубликатура. Данная форма пластики сохраняет форму глотки и пищевода, ее объем, что важно как для формирования и прохождения пищеводного комка так и для массы воздуха при отработке псевдоголоса.

Выводы. Использование такой методики очень эффективно при формировании плановых эзофаго, фаринго так и эзофаго-фарингостом. В данном случае мы можем сместить плановую стому вправо или влево, верхний или нижний «рожок» шва, что отвечает требованию плановой стомы. Она четко формируется, а также в последующем легко закрывается. Считаем что наше предложение по данной методике уделяет очень важное внимание пластике слизистой пищевода и глотки после образования дефекта вследствие удаления гортани. Мы сохраняем анатомическую форму глотки, пищевода. Подобная методика применена более чем в 980 случаев операций по поводу удаления гортани. Мы не наблюдали стенозов глотки и пищевода. Расхождение швов отмечено только при вынужденных операциях которые выполнялись после полного курса лучевой терапии и составили менее 1 %.

Данная методика требует дальнейшего изучения и может быть рекомендована для широкого внедрения в онкологическую практику.