

УДК:616.441-006.6-089.87:616.22-089.844

ПОЛИПРОПИЛЕНОВАЯ СЕТКА В ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТА ГОРТАНИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

© 2008 г. Л.М. Бирина, Е.М. Непомнящая, В.Л. Волкова, В.В. Калий

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
г. Ростов-на-Дону, ул. 14 линия, 63
rnioi@list.ru

Rostov Oncology Research and
Development Institute,
Russia, Rostov-on-Don, 14-line, 63
rnioi@list.ru

Применение полипропиленовой сетки при местнораспространенном раке щитовидной железы позволяет радикально удалить опухоль и восстановить целостность гортани. Метод обеспечивает возможность проведения лучевой терапии, предотвращает рубцовые стенозы гортани и улучшает качество жизни больных.

Ключевые слова: полипропиленовая сетка, дефект гортани, рак щитовидной железы.

Application of polypropilene net at locally-advanced thyroid cancer allows to perform radical operation and to restore intactness of larynx. The method provides the opportunity to perform radiotherapy, prevents scar stenosis of larynx and improves quality of life.

Keywords: polypropilene net, fault of larynx, thyroid cancer.

По данным литературы, 2,8 % больных раком щитовидной железы впервые обращаются за специализированной помощью уже с распространенной первичной опухолью, что создает трудности при планировании объема хирургического вмешательства [1, 2].

Однако, несмотря на запущенность и распространенность процесса, этих больных необходимо оперировать. Объем хирургического вмешательства оправдан у пациентов с дифференцированными формами рака, так как обеспечивает выздоровление или prolongation жизни больных в среднем на 7,4 года [3, 4].

При распространении опухолевого процесса на гортань и трахею в блок удаляемых тканей включаются значительные фрагменты щитовидного хряща, колец трахеи. В этой связи следует отметить, что результат лечения оценивается не только по показателям безрецидивной выживаемости, но и по качеству послеоперационной жизни. Хирург вынужден в конце операции накладывать трахеостому, пациент становится канюленосителем, иногда на длительный срок. Пластический этап операции удлиняется и переносится на постлучевой период, после ликвидации постлучевых реакций (отека, перихондрита хрящей гортани и трахеи). Данное обстоятельство служит причиной отказов пациентов от хирургического вмешательства.

Пластика гортани (восстановление ее в ходе радикального хирургического вмешательства не всегда бывает удачным), выполняется в несколько этапов. Осложнения обусловлены возникновением рубцовых стенозов гортани, отторжением тканей (кожные лоскуты, фрагменты хрящей и т.д.), используемых традиционно для пластики стенки гортани, что требует повторных хирургических вмешательств.

Используемые для реконструкции стенки гортани конструкции из пористого никелида титана обладают хорошей жесткостью и пластичностью одновременно, но могут отторгаться после проведения лучевого ле-

чения или усугубляют течение постлучевых реакций, вызывая рубцовые стенозы гортани.

Все вышеперечисленное побудило нас к поиску дешевого, легкого, не содержащего металла, обладающего достаточной прочностью и биосовместимостью с тканями организма материала для восстановления утраченной части гортани. Для этого была использована полипропиленовая сетка, применяемая для замещения дефектов при вентральных грыжах.

В отделении опухолей головы и шеи Ростовского научно-исследовательского онкологического института разработана и внедрена в практику оригинальная методика радикальной операции на щитовидной железе по поводу местно-распространенного рака с резекцией фрагмента щитовидного хряща и одномоментным замещением образовавшегося дефекта гортани полипропиленовой сеткой (рис. 1–3).

Новизна предлагаемого способа заключается в возможности сформировать гортань, восполнив удаленную ее часть одномоментно с радикальным удалением опухоли. В качестве материала для формирования стенки гортани предлагается использовать полипропиленовую сетку – материал, обладающий достаточной ригидностью, не имеющий в составе металла и обладающий легкостью и биосовместимостью с тканями организма, что позволяет без отсрочки проводить пациентам вторым этапом комбинированного лечения послеоперационный курс дистанционной γ -терапии на ложе удаленной опухоли и пути лимфооттока.

Наряду с этим данная методика хирургического лечения позволяет радикально удалить опухоль, несмотря на распространенность ракового процесса на гортань, осуществить одномоментную хирургическую реабилитацию пациента путем реконструкции гортани.

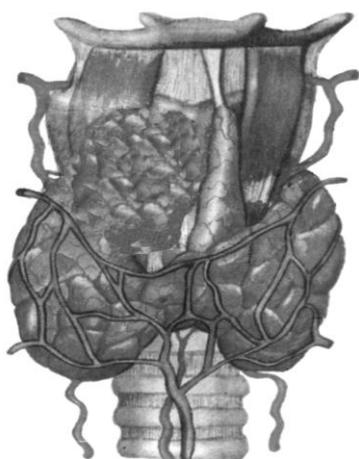


Рис. 1. Местно-распространенный процесс в щитовидной железе

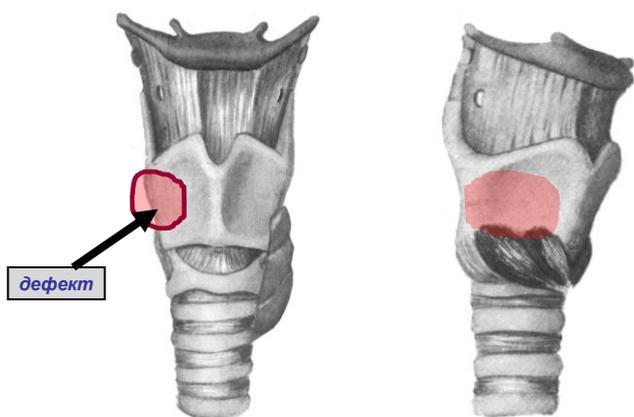


Рис. 2. Образовавшийся дефект щитовидного хряща после радикального удаления опухоли



Рис. 3. Формирование стенки гортани полипропиленовой сеткой

Преимуществом данного метода является также возможность достижения социальной и трудовой реабилитации больных, так как использование в практике данного хирургического вмешательства исключает наложение трахеостомы и длительное канюленосительство в отличие от результатов при стандартных вмешательствах.

Клиническим примером применения данной методики может служить следующее наблюдение. Больная С., 1949 г.р., ИБ №11397/ц находилась на лечении в отделении опухолей головы и шеи с диагнозом рак щитовидной железы с прорастанием в щитовидный

хрящ St III (T4N0M0), кл. гр. 2. Пациентке 14.06.2007 выполнена операция тиреоидэктомии с резекцией щитовидного хряща с одномоментной пластикой образовавшегося дефекта стенки гортани. Из дугообразного разреза произведена расширенная тиреоидэктомия с резекцией части прямых мышц шеи со стороны расположения опухоли и 2/3 щитовидного хряща этой же стороны с сохранением его задней трети с помощью дисковой пилы. Образовавшийся дефект гортани закрывали изнутри мобилизованной слизистой оболочкой вестибулярной складки; удаленную часть щитовидного хряща гортани замещали полипропиленовой сеткой, укрепляя ее узловыми швами по средней линии к наружной надхрящнице сохраненной второй половины щитовидного хряща, в нижней 1/3 – к конической связке, и сзади – к надхрящнице сохраненных задних отделов щитовидного хряща со стороны дефекта. Фиксированную полипропиленовую сетку укрывали сверху перемещенными прямыми мышцами шеи со здоровой стороны для создания герметичности вновь сформированной гортани. Рану ушивали послойно, не накладывая трахеостомы.

Макропрепарат: опухоль размером 4×5 см, плотной консистенции с распространением на щитовидный хрящ гортани.

При гистологическом исследовании г.а. №947540-44 – умереннодифференцированный папиллярный рак, типичный папиллярный вариант с прорастанием гиалинового хряща, с инфильтративным ростом, инвазией в капсулу щитовидной железы, сосуды (рис. 4, 5).

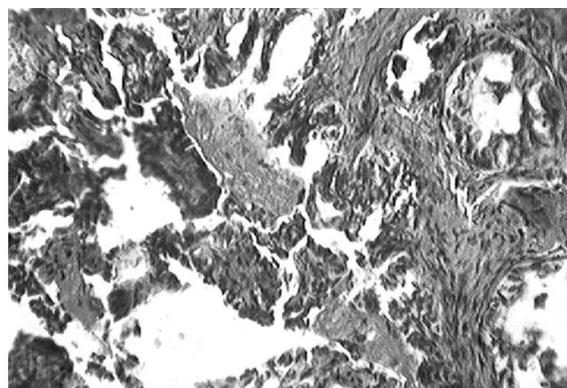


Рис. 4. Папиллярный рак щитовидной железы. Типичный вариант, умереннодифференцированный. Окраска гематоксилином и эозином. × 200

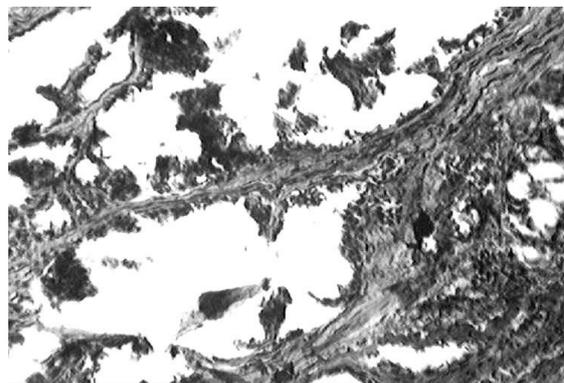


Рис. 5. Инвазия в капсулу щитовидной железы и сосуды. Окраска гематоксилином и эозином. × 200

Послеоперационный период протекал гладко. Осуществляли эндоскопический контроль за состоянием гортани. Отека, стеноза гортани смещения полипропиленовой сетки не отмечено. О создании полной герметичности гортани свидетельствовало то, что больная самостоятельно питалась с первых суток послеоперационного периода (в том числе и жидкой пищей) без поперхивания. Заживление послеоперационной раны протекало первичным натяжением. Осложнений в виде формирования свищей или стом, сообщающихся с полостью гортани, не наблюдалось.

Эффективность предлагаемого способа заключается в возможности проведения одномоментного радикального удаления опухоли щитовидной железы с пораженным хрящом гортани и восстановлением целостности гортани без наложения трахеостомы. Ис-

пользование полипропиленовой сетки для замещения дефекта позволяет: обеспечить возможность осуществления лучевой терапии в срок и в полном объеме, предотвратить рубцовые стенозы гортани и в максимально короткие сроки восстановить естественные функции гортани, улучшая тем самым качество жизни пациента.

Литература

1. Пачес А.И., Протт Р.М. Рак щитовидной железы. М., 1995.
2. Пачес А.И. Рак щитовидной железы. Опухоли головы и шеи. 4-е изд. М., 2000. С.379-400.
3. Валдина Е.А. Заболевания щитовидной железы. Руководство. 3-е изд. СПб., 2006.
4. Чойнзонов Е.Л., Балацкая Л.Н., Кицманок З.Д. Реабилитация больных опухолями головы и шеи. Томск, 2003.

Поступила в редакцию

10 февраля 2008 г.