

Изобретение относится к медицине, а именно к оториноларингологии и онкологии и может применяться для удаления злокачественных опухолей гортани.

Известен способ - гемиларингэктомия, взятый нами в качестве прототипа [1].

Он заключается в том, что после предварительной трахеотомии производят вертикальный разрез кожи и подкожной клетчатки по средней линии передней поверхности шеи от верхнего края щитовидного хряща до трахеостомы. Мышцы передней поверхности шеи рассекают до щитовидного хряща по средней линии под зажимами с последующим прошиванием кетгутом. Щитовидный хрящ рассекают по средней линии. На стороне поражения щитовидный хрящ отделяется от боковых мышц на всем протяжении. Производят удаление части щитовидного хряща с подлежащими тканями и опухолью вместе с черпаловидным хрящом. После чего формируют ларингостому путем подшивания кожи шеи к слизистой оболочке гортани. Просвет рыхло тампонируют по Микуличу.

Данный способ имеет следующие недостатки:

в связи с отсутствием пластического моделирования черпаловидного хряща и голосовой складки на стороне удаления после гемиларингэктомии происходит попадание пищи в дыхательные пути при акте глотания;

частые рецидивы опухоли из-за неудаленной преднадгортанной клетчатки, в которую часто метастазируют опухоли вестибулярного отдела гортани.

В основу изобретения поставлена задача создания способа субтотальной резекции гортани, в котором обеспечивается снижение послеоперационных осложнений и за счет моделирования удаленной голосовой связки и черпаловидного хряща отмечается улучшение голосообразования в сравнении с прототипом. Поставленная задача решается тем, что в способе субтотальной резекции гортани, содержащим трахеостомию, гемиларингэктомию с выкраиванием языкообразного лоскута, согласно изобретению дополнительно удаляют надгортанник с преднадгортанной клетчаткой, моделируют голосовую складку и черпаловидный хрящ на стороне удаления путем выкраивания лоскута из прилежащего к ране участка кожи передней поверхности шеи на уровне голосовых складок и подшивания его к задней стенке гортани; из кожи боковой поверхности шеи на этом же уровне выкраивают прямоугольный лоскут, укрывают им гортань кожей кнутри и подшивают к оставшейся части щитовидного хряща, после чего рану укрывают отвернутым языкообразным лоскутом.

Предлагаемый способ заключается в том, что после предварительной трахеостомии производят языкообразный разрез кожи и подкожной клетчатки с основанием у подъязычной кости, не доходя до трахеостомы на 1 см. Переднебоковые мышцы шеи по ходу языкообразного лоскута пересекают под зажимами с последующим прошиванием кетгутом. Сформированный лоскут отсепааровывают от щитовидного хряща до подъязычной кости и отворачивают кверху. Последний рассекают по средней линии электропиллой, разводят края острыми крючками, производят ревизию гортани. Щитовидный хрящ на стороне поражения отделяют от перстневидного хряща до задней стенки гортани, отсекают от него собственные мышцы гортани. По нижнему краю подъязычной кости отсекают щито-подъязычную мембрану и тупо по ходу отслаивают преднадгортанную клетчатку. На уровне подъязычной кости отделяют гортань от корня языка с последующим ушиванием корня языка. Преднадгортанниковая клетчатка, надгортанник, часть щитовидного хряща, черпаловидный хрящ на стороне поражения удаляют единым блоком. Затем моделируют голосовую складку и черпаловидный хрящ на стороне поражения, для чего выкраивают лоскут из медиального участка кожи передней поверхности шеи на уровне голосовых складок и, собрав его в пучок, вворачивают свободный конец лоскута в просвет гортани и подшивают к ее задней стенке на месте удаленного черпаловидного хряща. Из кожи боковой поверхности шеи выкраивают прямоугольный лоскут, необходимого размера, отсепааровывают его от подкожной клетчатки и накрывают им просвет гортани кожей кнутри; свободный край лоскута подшивают к сохранной части щитовидного хряща. Всю рану накрывают отвернутым языкообразным лоскутом и, сопоставив края кожи, накладывают шелковые швы.

Приводим конкретный пример осуществления способа.

Больной К., 65 лет, поступил в ЛОР-отделение больницы им. Калинина (ист. бол. №10402) с жалобами на охриплость, умеренную болезненность в области гортани слева. При ларингоскопии: вход в гортань свободный, надгортанник подвижен, не деформирован; слизистая оболочка гортани влажная, несколько гиперемирована. На левой голосовой складке, на всем протяжении вестибулярной складки и левом черпаловидном хряще с переходом на основание гортанной поверхности надгортанника определяется опухолевидное образование с бугристой поверхностью, беловато-серого цвета. Левая половина гортани не подвижна. При пальпации регионарные лимфатические узлы не увеличены. Произведена биопсия гортани. Пато-гистологический диагноз - плоскоклеточный неороговевающий рак гортани (№25791). Больному произведен предлагаемый способ субтотальной резекции гортани. Послеоперационный период протекал без осложнений, заживление первичным натяжением.

При осмотре больного через три недели после операции - дыхание через трахеостому адекватное. При закрытии отверстия трахеостомы у больного присутствует голос. Акт глотания не нарушен. При ларингоскопии: гортань изменена вследствие операции, просвет несколько сужен, при фонации правая голосовая складка достаточно примыкает к смоделированной левой голосовой складке.

Преимущества заявляемого способа:

1. Предлагаемый способ предусматривает достаточно радикальную резекцию гортани, что уменьшает вероятность рецидива опухоли.

2. Несмотря на большой объем удаленной части органа, способ обеспечивает плотное закрытие голосовой щели при акте глотания, что исключает аспирацию пищи.

3. За счет моделирования удаленной голосовой связки и черпаловидного хряща отмечается улучшение голосообразования в сравнении с прототипом.