



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 61666

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ЛАРИНГЕКТОМІЇ

1

2

(21) 2003032547

(22) 25 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Толчинський Вадим Вікторович, Мироненко
Наталія Григорівна(73) ІНСТИТУТ НЕВІДКЛАДНОЇ І ВІДНОВНОЇ
ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб відновлення голосової функції після ларингектомії шляхом формування трахеостраховідного сполучення, який відрізняється тим, що видаляють фіброзний шар задньої стінки трахеї у формі віконця, пошарово розкривають просвіт стравоходу і підшивають епітеліальний шар його слизової оболонки до фіброзного шару трахеї

Винахід відноситься до медицини, а саме до клінічної медицини і може бути використаний в оториноларингології, онкології і пластичній хірургії.

Відомий спосіб відновлення голосу у хворих, які перенесли ларингектомію, з використанням трахеостраховідного протезу, що вводиться в попередньо сформований трахеостраховідний отвір, який формується шляхом пункції трахеостраховідної стінки в області трахеостоми. Трахеостраховідна пункція складається в лінійному пошаровому розсіченні фіброзного шару трахеї, м'язового, сполучнотканинного і слизового шарів стравоходу (1). Однак за даними літератури, описана методика найчастіше приводить до спонтанного закриття сформованого отвору, його стенозу, росту грануляційної тканини в цій області (2), що утрудняє голосоутворення в хворих без гортані, а в деяких випадках веде до повної втрати фонаторної функції.

Перевага способу, що заявляється, полягає в тому, що трахеостраховідний протез вводиться в спеціально сформований трахеостраховідний шунт, стінки якого вистелено епітеліальним шаром слизової оболонки стравоходу, що запобігає розростанню грануляційної тканини, а висічення фіброзного шару трахеї при формуванні шунта, запобігає розвитку його стенозу.

В основу винаходу поставлено задачу створення способу відновлення голосової функції після ларингектомії, що досягається тим, що формується стійкий трахеостраховідний шунт, стінки якого вистелено слизоватою оболонкою стравоходу, що дозволяє запобігти процесу стенозування, гранулювання в області сполучення між трахеєю і стравоходом, перешкоджає аспирації рідини, а також

робить більш простим процес заміни протеза.

Спосіб виконується таким чином у верхньому відділі сформованої трахеостоми, на задній стінці трахеї виробляється вертикальний веретеноподібний розріз слизової оболонки і фіброзного шару 0,8 см довжиною і 0,3 см шириною. Фіброзний шар трахеї висікається по контурі вирізаного віконця. Потім виконується пошарове розсічення стінки стравоходу. М'язовий і сполучнотканинний шари стравоходу розсікаються вертикальним лінійним розрізом до 0,6-0,7 см довжиною, після цього виробляється розріз слизової оболонки стравоходу, і її рухливий епітеліальний шар виводиться назовні в сформований отвір на задній стінці трахеї. Виведений епітеліальний шар слизової оболонки стравоходу підшивається до фіброзного шару трахеї по контурі веретеноподібного отвору 6-ю вузловими швами.

Приклад конкретного виконання способу

Хворого Д., 64 років, госпіталізовано у ЛОР-клініку з діагнозом рак гортані IV стадії (T4N0M0), (обидві вестибулярні, голосові складки з переходом на підскладковий відділ праворуч). Після обстеження і гістологічної верифікації діагнозу, хворому виконане оперативне лікування в обсязі розширеної ларингектомії. Другим етапом оперативного втручання було виконання трахеостраховідного шунтування в такий спосіб: зроблений розріз і висічення фіброзного шару задньої стінки трахеї до 0,8 см довжиною і 0,3 см шириною, відступив 0,5 см униз по середній лінії від верхнього краю відсіченої трахеї. Після цього лінійним вертикальним розрізом до 0,6 см пошарове розкрито просвіт стравоходу, при цьому рухливий епітеліальний шар слизової оболонки стравоходу виведено

(13) A

(11) 61666

(19) UA

назовні і 6-ю швами підшито до фіброзного шару трахеї. Підшивання виробляється атравматичною голкою з використанням шовного матеріалу Dexon 6,0 вузловими швами по контуру отвору висіченого у фіброзному шарі трахеї.

У ранньому післяопераційному періоді хворий одержував антибактеріальну терапію широкого спектра дії, десенсебілізуєчу і протизапальну терапію. Щодня вироблялися перев'язки післяопераційної рани, туалет області трахеостоми і трахеостравохідного шунта. Рана в області шиї зажила первинним натягом, носостравохідний зонд вилучено на 12-у добу. Надалі в шунт уведено протез для відновлення голосоутворення. З дня встановлення трахеостравохідного протеза в сформований шунт із хворим проводилися заняття по навчанню голосоутворення в нових для пацієнта умовах. Протягом наступних 2-х тижнів у хворого виробилася мова, еквівалентна нормальній.

При виписці на шиї - післяопераційний рубець без ознак запалення, дихання через трахеостому

адекватне, голосоутворення задовільне, харчування через природні шляхи вільне, явищ аспірації через трахеостравохідний шунт під час прийому рідкої їжі і при ковтанні спини немає. Хворого виписано для проведення післяопераційного курсу променевої терапії. Під час наступного спостереження пацієнта явищ стенозу шунта, аспірації рідини не відзначалося, голосоутворення гарне. Даний спосіб дозволяє отримати відновлення голосу більш ніж у 90% випадків, що сприяє соціальній реабілітації онкологічних хворих.

Література

1 Blum E D and Singer M I (1985) Tracheoesophageal puncture prostheses. Arch Otolaryngol 111 208-209.

2 Cacicano R R, Maniglia A J and Landy D S (1985) Analysis of primary versus delayed tracheoesophageal puncture. In New demension in otolaryngology, head and neck surgery. Vol 11. Ed E N Myers. Elsevier Science Publ BV, Amsterdam, p 156-158.