



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21802 (13) A

(51) 6 A 61 B 17/00

ДЕРЖАВНЕ
ПАТЕНТНЕ
ВІДОМСТВООПИС ДО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДБез проведення експертизи по суті
на підставі Постанови Верховної Ради України
№ 3769 XII від 23.XII 1993 р.Публікується
в редакції заявника(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ГОРТАННОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ З РОЗПОВ-
СЮДЖЕННЯМ НА ГОРТАНЬ

1

- (21) 95062727
(22) 09.06.95
(24) 30.04.98
(46) 30.04.98. Бюл. № 2
(56) Portman G.: Traite de technique operative
oto-rhino-laryngologique. - Paris: Masson, 1962.
- T.2. - P.983-1012.
(72) Троян Василь Іванович
(73) Троян Василь Іванович

(57) Способ хирургического лечения рака
гортанной части глотки с распространением
на гортань, включающий П-образный разрез
кожи и подкожножировой клетчатки шеи на

2

стороне поражения, выделение и перевязку
верхней гортанной артерии и вены, щито-
перстневидной артерии с последующим
смещением книзу соответствующей доли
щитовидной железы, тиреотомию, электро-
резекцию пораженной половины гортани и
гортанной части глотки, пластику дефекта
гортанной части глотки и формирования фарин-
го-эзофаго-ларингостомы, о т л и ч а ю щ и й с я
тем, что выполняют диссекцию шейной клет-
чатки с лимфоузлами на стороне поражения
и формируют "высокую" заднебоковую стен-
ку резецированной гортани из слизистого
и кожного лоскутов.

Изобретение относится к медицине, а
именно к онкологии, в частности к хирургиче-
скому лечению рака гортанной части глотки.

Вопросы лечения больных злокачест-
венными опухолями гортанной части глотки
являются одной из сложнейших и до конца
не решенных проблем современной ЛОР-
онкологии. Это объясняется прежде всего
тем, что больные более чем в 90% случаев
обращаются за медицинской помощью в III-
IV стадиях заболевания, имея при этом поч-
ти в 60% случаев регионарные метастазы.
Лечение этой категории больных, как прави-
ло, проводится с использованием обширных
и инвалидизирующих операций от которых
более чем 20% больных отказывается, а про-
ведение им только лишь лучевой терапии
малоэффективно.

Известны способы резекции гортаног-
лотки при раковом ее поражении с распро-
странением опухоли на одну половину
гортани (а.с. СССР 1074506, А 61 В 17/00),
боковая фаринготомия по Троттеру
[W.Trotter. The surgery of malignant disease
of the Pharynx//Brit.Med.J. - 1926, - Vol.
1.-P.296].

Недостатком известных способов явля-
ется затруднение восстановления в послео-
перационном периоде разделительной,
дыхательной и голосообразовательной фун-
кций резецированной гортани обусловлен-
ное обширным дефектом хрящевого каркаса
гортани.

Наиболее близким по технической сущ-
ности и достигаемому результату к заявляе-
мому способу является способ

(19) UA (11) 21802 (13) A

фарингогемиларингэктомии при поражении опухолевым инфильтратом гортанной части глотки и половины гортани на больной стороне, предложенный Робеном [Portman G., *Traite de technique operatoire oto-rhino-laryngologique*. — Paris: Masson, 1962. — Т. 2. — P. 983–1012].

Это способ заключается в следующем: формируется нижняя трахеостома и дальнейшие этапы операции выполняются под общим обезболиванием. Производят вертикальный срединный разрез кожи шеи от подъязычной кости до перстневидного хряща и два горизонтальных на больной стороне идущих от вертикального сверху до сосцевидного отростка, а внизу до середины ключицы. Отсепаивается П-образный кожно-мышечный лоскут и отводится в сторону. Выделяется, перевязывается и пересекается верхняя гортанная артерия и вена, а затем и щито-перстневидная артерия с последующим пересечением щито-перстневидной связки и смещением книзу соответствующей доли щитовидной железы, что приводит к появлению мобильности гортани и возможности достаточного доступа к гортанной части глотки. Затем электрохирургическим методом вскрывают просвет гортани через коническую связку и под визуальным контролем в пределах здоровых тканей производят электрорезекцию пораженной половины гортани вместе с черпаловидным хрящем, грушевидным карманом, латеральной стенкой гортанной части глотки, а при необходимости половиной надгортанника и половиной подъязычной кости.

После удаления освобожденной таким образом со всех сторон половины гортани и гортаноглотки к краям слизистой оболочки гортанной части глотки подшивается отсепаиваемый кожно-мышечный лоскут и формируется фаринго-эзофаго-ларингостома, в которую вводится тампон по Микуличу, а в просвет резецированной гортани-обтуратор. В дальнейшем после восстановления разделительной функции гортани производят пластическое закрытие фаринго-эзофагостомы.

В предлагаемом способе значительные нарушения анатомической целостности хрящевого каркаса гортани затрудняют в послеоперационном периоде восстановление разделительной функции гортани, что снижает его терапевтическую эффективность.

Задачей изобретения является сохранение голосообразовательной, дыхательной и разделительной функций резецированных гортани и гортанной части глотки. Задача решается путем П-образного разреза кожи и подкожной клетчатки, наложения трахе-

остомы, выполнения диссекции шейной клетчатки с лимфоузлами на стороне поражения, перевязке верхнегортанного сосудистого пучка и щито-перстневидной артерии, тиреотомии, электрорезекции пораженной половины гортани и гортанной части глотки в пределах здоровых тканей, формирования ларинго-эзофаго-ларингостомы, пластического формирования местными тканями "высокой" заднебоковой стенки резецированной половины гортани из слизистого и кожного лоскутов на заключительном этапе операции, чем достигается сохранение разделительной, голосообразовательной и дыхательной функций резецированных гортани и гортанной части глотки.

Согласно изобретению, отличительными признаками являются: а) диссекция шейной клетчатки с лимфоузлами на стороне поражения и б) формирование "высокой" заднебоковой стенки резецированной половины гортани из слизистого и кожного лоскутов.

Способ осуществляется следующим образом. Под местной анестезией формируется нижняя трахеостома и дальнейшие этапы операции осуществляются под общим обезболиванием. По срединной линии шеи производится аналогичный разрез кожи и подкожножировой клетчатки. Выполняется диссекция шейной клетчатки с лимфоузлами на стороне поражения независимо от наличия или отсутствия в них клинически выявляемых метастазов. Выделяем, перевязываем и пересекаем верхний гортанный сосудистый пучок, щито-перстневидную артерию, а затем и одноименную связку и отделив от гортани смещаем книзу соответствующую долю щитовидной железы, что приводит к появлению мобильности гортани и возможности достаточного доступа к гортанной части глотки. Затем вскрываем просвет гортани через коническую связку и под визуальным контролем в пределах здоровых тканей, отступая на 1,0 см от видимых границ опухолевого инфильтрата, резецируем пораженную половину гортани вместе с черпаловидным хрящем, грушевидным карманом, половиной подъязычной кости, а при необходимости и половиной надгортанника. В этой стадии операции необходимо осторожное манипулирование, оберегающее от травмы, или пересечения подъязычного нерва и язычной артерии. После удаления освобожденной таким образом со всех сторон половины гортани и гортанной части глотки приступаем к восстановлению латеральных отделов гортани с помощью мобилизации слизистой оболочки передних отделов за черпаловидной областью и входа и пищевод с

последующим покрытием ее кожным лоскутом на ножке с передней поверхности шеи, формируя таким образом "высокую" заднебоковую стенку резецированной гортани. Отсепарованный ранее кожно-мышечный лоскут с боковой поверхности шеи возвращаем на место подшивая к краям слизистой оболочки гортанной части глотки и формируем боковую фарингостому, пластическое закрытие которой осуществляем местными тканями вторым этапом. Питание в послеоперационном периоде осуществляется через носо-пищеводный зонд, а дыхание через трахеостому. После пластического закрытия фарингостомы больному удаляется питательный зонд и трахеотомическая трубка.

П р и м е р. Больной С., 55 лет, поступил в клинику 08.08.93 г. с диагнозом: рак гортанной части глотки с распространением на правую половину гортани, "М" в лимфоузлы шеи справа, T4, N2, M0, кл.гр.11. Жалобы на боль в горле при глотании с иррадиацией в правое ухо, осиплость голоса в течение двух последних месяцев. При непрямой фаринголарингоскопии: крупнобугристое новообразование выполняет правый грушевидный карман и распространяется на правую половину гортани, поражая истинную, ложную голосовые и черпало-надгортанную складки с вовлечением в опухолевый инфильтрат правого черпаловидного хряща. Правая половина гортани неподвижна при фонации. Гистологическим определяется плоскоклеточный неороговевающий рак. 17.03.93 г. произведена операция: фарингогемиларингэктомия справа вышеуказанным способом. Послеоперационный период протекал без осложнений. 13.10.93 г. произведено пластическое закрытие боковой фарингостомы

местными тканями. Заживление раны первичным натяжением. После восстановления разделительной, голосообразовательной и дыхательной функций произведено удаление трахеоканюли и питательного носо-пищеводного зонда. Больному проведен послеоперационный курс лучевой терапии на место удаленной опухоли и пути лимфооттока. При осмотре через месяц клинических данных за наличие рецидива и отдаленных, а также регионарных метастазов не выявлено, просвет гортани широкий, дыхание свободное. Разделительная функция гортани не нарушена. Голос хриплый, достаточно звучный и разборчивый. В течение 1 года и 10 месяцев рецидива заболевания и метастазов не обнаружено.

Предлагаемый способ был применен при лечении 24 больных. Преимуществами предлагаемого способа являются:

- 1) восстановление в 88,5% случаев разделительной, дыхательной и голосообразовательной функций резецированных гортани и гортанной части глотки (в прототипе восстановление вышеуказанных функций наблюдается в 75% случаев);
- 2) сокращение сроков лечения на 18-22 дня;
- 3) ускорение функциональной и социальной реабилитации больных;
- 4) расширение показаний к выполнению органосохраняющих операций при раке гортанной части глотки с распространением опухолевого инфильтрата на одну половину гортани.

Предложенный способ лечения рака гортаноглотки может широко использоваться в отоларингологических клиниках, отделениях онкологических диспансеров.

Упорядник

Техред М.Келемеш

Корректор М.Куль

Замовлення 4455

Тираж

Підписне

Державне патентне відомство України,
254655, ГСП, Київ-53, Львівська пл., 8

Відкрите акціонерне товариство "Патент", м. Ужгород, вул.Гагаріна, 101

