

**Р.М. РЗАЕВ**

## **Резекция ротовой части глотки при раке IIIb стадии**

Отделение оториноларингологии – хирургии головы и шеи (зав. – канд. мед наук Р.М. Рзаев) Азербайджанской центральной дорожной больницы, Баку

**R.M.RZAYEV**

## **Oropharynx resection for cancer stage IIIb**

The oropharynx affected by cancer is subject to radiation, surgical and combined treatment. In stage IIIb author practices resection of the oropharynx by means of posterolateral pharyngotomy. This provides an adequate approach to the lesion area (the root of the tongue, valleculae, posterior and lateral walls of the pharynx) to perform ablative resection of the oropharynx with radical dissection of cervical fat.

Злокачественные опухоли ротовой части глотки составляют 30 – 35% всех злокачественных опухолей глотки [1]. Опухоли этой локализации чаще всего возникают в области небных миндалин, корня языка и задней стенки глотки.

При раке ротовой части глотки используют лучевой, хирургический, комбинированный и комплексные методы лечения. Хирургический метод чаще всего применяют при безуспешной лучевой терапии [2, 4]. Пятилетняя выживаемость больных после хирургического вмешательства не превышает 9 – 15%.

А. Khafif [3] с целью резекции глотки у больных применил заднебоковую фаринготомию. При этом автор указывает на возможность абластичного иссечения пораженных опухолью областей (или частей) глотки: корня языка, valleculae, задней и боковой стенок ротовой и носовой частей глотки, а также мягкого неба. Независимо от фазы клинического проявления регионарных метастазов данная операция включает в себя также иссечение шейной клетчатки в едином блоке.

Мы применили эту операцию у 1 больного раком ротовой части глотки IIIb стадии. Приводим наше наблюдение.

Б о л ь н о й А., 35 лет, поступил в отделение

© Р.М. Рзаев

© Вестник оториноларингологии, 1995  
*Vestn Otorinilaringol* 1995; 1:45 – 47

*ВЕСТНИК ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, 1, 1995*

30.08.90 с жалобами на затруднение и резкую боль при глотании, наличие припухлости под углом нижней челюсти слева.

Впервые неприятные ощущения при глотании появились за 3 мес до госпитализации. С диагнозом фаринголарингита амбулаторно принимал различные процедуры (ингаляции и полоскание горла). В процессе лечения больной заметил постепенно увеличивающийся узел под углом нижней челюсти слева. При повторном обследовании был установлен гистологически верифицированный плоскоклеточный ороговевающий рак ротовой части глотки. Из-за категорического отказа от лучевой терапии больной был направлен к нам для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

При поступлении общее состояние больного средней тяжести. Отмечается небольшая припухлость в области угла нижней челюсти слева. Опухоль плотной консистенции размером 3 X 2,5 см, с гладкой поверхностью, свободно смещается в стороны. При эндоскопии глотки выявлено значительное выбухание бугристой левой половины корня языка в просвет ротовой части глотки. Кверху опухоль распространяется в язычно-миндаликовую ямку, книзу – в valleculae. Надгортанник свободен от опухоли, но смещен в здоровую сторону. Анализ крови и мочи без существенных изменений.

Заключительный диагноз: плоскоклеточный ороговевающий рак ротовой части глотки IIIb стадии с преимущественным поражением корня языка, valleculae и язычно-миндаликовой ямки слева; метастазы в лимфатические узлы шеи слева (T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>).

14.09.90 под интубационным наркозом произведена резекция ротовой части глотки по Khafif с радикальным иссечением шейной клетчатки слева в едином блоке. На коже шеи был сделан Z-образный разрез, затем мобилизована шейная

клетчатка по методике Крайля до идентификации подчелюстного треугольника. На этом этапе операции выделенные ткани оставлены прикрепленными к подъязычной мышце, мышцам боковой и задней стенок глотки. После перевязки и отсеечения всех ветвей наружной сонной артерии, сосудисто-нервный пучок смещен латерально. Тупым путем отсепарованы ткани до полного освобождения гортанно-глоточного комплекса (включая заглочные лимфатические узлы) от предпозвоночной фасции. Отсепаровка тканей произведена медиально по отношению к сонным артериям и подъязычному нерву в направлении книзу и вглубь, вдоль предпозвоночной фасции. Для адекватного подхода к корню языка подъязычный нерв рассечен. После определения края опухоли при помощи пальца, введенного через рот в ротоглотку, сделан разрез на задней стенке последней, отступя примерно 1 см от края опухоли (рис.1). Мышцы глотки раздвинуты в стороны, после чего края слизистой оболочки глотки схвачены зубчатыми зажимами и под контролем зрения начата резекция ротоглотки. Отступя 1 см от края опухоли, сделали разрез вниз до основания надгортанника, и после окаймления опухоли на корне языка разрез вновь направлен вверх на боковую стенку. На этом этапе операции резекция ротовой части глотки завершена с иссечением шейной клетчатки в едином блоке (рис.2).

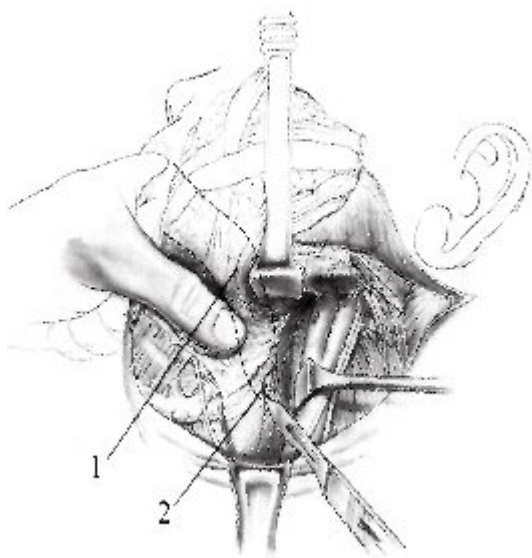


Рис. 1. Схема определения края опухоли до вскрытия ротовой части глотки. 1 – проекция пальца в полости рта; 2 – слизистая оболочка глотки.

После гемостаза свободные края основания языка прошиты узловыми швами, а свободные края дефекта глотки – прерывистым матрацным кетгутовым швом. Мышцы верхних сжимателей глотки сближены и прошиты между собой. После промывания раны сосудисто-нервный пучок покрыт мобилизованной мышцей, поднимающей лопатку, дистальный конец которой прошит к су-

хожильным ножкам грудино-ключично-сосцевидной и лестничным мышцам. Рана дренирована, на кожу наложены швы. Для поддержания адекватного спонтанного дыхания в конце операции произведена трахеотомия.

На рис.3 изображена внутренняя поверхность макропрепарата: удаленный макропрепарат имеет форму неправильного четырехугольника и включает в себя грудино-ключично-сосцевидную, лопаточно-подъязычную и подкожную мышцы, подбородочные, подчелюстные и глубокие (медиальные и латеральные) лимфатические узлы с окружающей их жировой клетчаткой и фасциями, отрезок внутренней яремной вены, подчелюстную слюнную железу и компонент опухоли ротоглотки (Г).

В ближайшем послеоперационном периоде (на 3-й день) кожные лоскуты операционной раны стали частично некротизироваться, в связи с чем произведена некрэктомия. Образовалась боковая фарингостома размером 4 X 2,5 см. В течение 8 дней больной находился на парентеральном питании, но с образованием фарингостомы (происходила частичная аспирация слюны и жидкой пищи) дальнейшее питание осуществлялось через носопищеводный зонд. Рану ежедневно перевязывали, а с момента образования фарингостомы предварительно тампонировали по Микуличу. Продолжали проводить активную противовоспалительную,

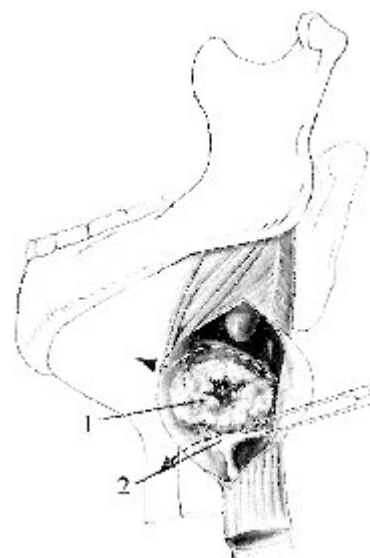


Рис. 2. Схема резекции пораженного опухолью корня языка. 1 – опухоль; 2 – валлекулы.

тельную, общеукрепляющую, детоксикационную, инфузионную, десенсибилизирующую и симптоматическую терапию.

На 13 день после операции произведена деканюлизация.

После очистки раны от некротических масс началось спонтанное закрытие фарингостомы. Носопищеводный зонд удален на 18 день после введе-

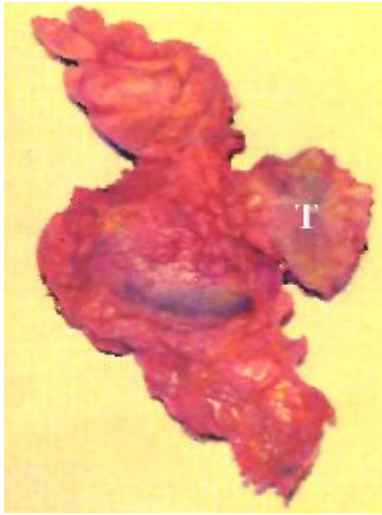


Рис. 3. Внутренняя поверхность удаленного макропрепарата.

ния. К моменту выписки больного фарингостома полностью закрылась, операционный дефект на шее покрылся эпидермисом (рис. 4).

При выписке (26.11.90) общее состояние больного удовлетворительное, дыхание и глотание свободные. При эндоскопии глотки в области корня языка и ротовой части глотки остатков или рецидива опухоли не обнаружено. Надгортанник смещен влево от средней линии за счет послеоперационной рубцовой стриктуры. В связи с утратой функций подъязычного и добавочного нервов в результате планового пересечения их во время операции в послеоперационном периоде возникли осложнения: атрофия левой половины языка и опущение плечевого пояса на стороне операции. От рекомендованного послеоперационного лучевого лечения больной вновь отказался.

Через 12 мес после операции больной обнаружил постепенно увеличивающуюся припухлость на шее справа. На повторный осмотр явился через 4 мес после обнаружения припухлости. При осмотре больного в области угла нижней челюсти справа выявлена опухоль плотной консистенции и с гладкой поверхностью. Опухоль размером 8 X 6 см неподвижна, тесно связана с нижней челюстью, проросла в сосудисто-нервный пучок шеи. Ввиду неоперабельности больному рекомендована симптоматическая терапия по месту жительства. В июне 1992 г. больной умер.

Таким образом, хирургическое вмешательство явилось единственным методом, продлившим на 21 мес жизнь больному раком ротовой части глотки IIIb стадии, отказавшемуся от лучевой терапии. Заднебоковая фаринготомия обеспечивает адекватный подход к пораженным опу-



Рис. 4. Спонтанное закрытие фарингостомы у больного после резекции ротоглотки с радикальным иссечением шейной клетчатки в едином блоке.

холью областям ротовой части глотки – корню языка, валлекулам, задней и боковой стенкам глотки (включая язычно-миндаликовую ямку), и позволяет аблацично резецировать её одновременно с радикальным иссечением шейной клетчатки в едином блоке. Послеоперационные осложнения, возникшие в результате планового пересечения подъязычного и добавочного нервов, не умаляют достоинств операции, если речь идет о сохранении жизни больному. Возникновение контралатеральных метастазов в лимфатических узлах шеи при отсутствии рецидива первичной опухоли свидетельствует об их предсуществовании в субклинической фазе. Прогноз заболевания, очевидно, мог быть благоприятным, если был применен комбинированный метод лечения – хирургическое вмешательство с послеоперационной лучевой терапией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю.Л. Опухоли ЛОР-органов. – М., 1979.
2. Dupont J.B., Cuillamondegui O.M., Josse R.H. // Amer.J. Surg. – 1978. – Vol. 136. – P. 501-503.
3. Khafif A. // Ibid. – 1977. – Vol. 134, N 4. – P. 479-488.
4. Silver C.E., Nadler B., Croft C.B. // Arch. Otolaryng. – 1978. – Vol. 104, N 5. – P. 278-281.