

ПЛАСТИКА ФАРИНГОСТОМ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

Э.Т. КАЦИЯ

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. Существует несколько принципиальных подходов к закрытию ФС. Это классические методы по использованию местных тканей, кожно-жировых и кожно-мышечных стеблей и лоскутов. Хорошо зарекомендовала себя пересадка артериализированных трансплантатов, для проведения которой необходимы специальная оптическая аппаратура, инструментов и определенных профессиональные навыки, что лимитирует широкое внедрение метода в практику. Наиболее простыми являются способы закрытия стом местными тканями, которые, казалось бы, при всей своей типичности, не похожи одна на другую и имеют много особенностей. Методики с использованием местных тканей в принципе сводятся к использованию 2 лоскутов, один из которых на ножке укладывается кожей в просвет стомы, а второй, укрывающий первый, обращен кожей кнаружи. Сложности возникают при наличии волос на шее, что не позволяет использовать кожу шеи для внутренней выстилки глотки. В отделение опухолей головы и шеи РНИОИ поступают больные из Южного федерального округа с распространенным раком гортани и гортаноглотки. Эти пациенты по месту жительства, из-за отказа от операции, получили лучевую терапию в полной лечебной дозе. Большинство из них имели трахеостомы, наложенные по жизненным показаниям. Проведение в РНИОИ операций данной категории больных носило комбинированный или расширенный характер, а заживление происходило, как правило, вторичным натяжением с образованием фарингостом (ФС).

Цель исследования. Разработать методику по эффективной пластике фарингостом, доступную для широкого круга хирургов.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 24 больных с ФС, поперечный размер которых составлял 3,0 и более см. У всех был выраженный волосистой покров на шее. Для пластики использовались местные ткани: слизистая и кожа. Максимально мобилизовывалась

слизистая корня языка и оставшаяся слизистая глотки и пищевода. При выделении слизистой мы утолщали ее основание и ушивали просвет наглухо. Ушитая слизистая покрывалась эпилированным, частично дезэпидермизированным кожным лоскутом. Наши многолетние наблюдения показали, что у больных, получивших лучевую терапию, под воздействием истекающего из стомы отделяемого, по краям её возникают участки эпипилиации кожи. Они по своей площади небольшие и не соответствуют размерам ФС. Из эпилированного участка мы формировали лоскут на ножке. Этот лоскут частично дезэпидермизовывали в виде нескольких горизонтальных полосок, что обеспечивало его приживление. Лоскут кожной поверхностью укладывался на ушитую слизистую, прикрывая шов, и фиксировался к основанию слизистой. Данное вмешательство суживало просвет стомы. Мобилизованные кожные края сближались и ушивались.

Результаты. У 20 (83,3%) больных заживление произошло первичным натяжением, тогда как у 4 (16,6%) наступило рестомирование, потребовавшее повторной операции. Диаметр вновь образовавшихся стом у этих больных не превышал 1,0 см. Повторные операции прошли успешно. У всех больных к концу первого мес был удален носопищеводный зонд с восстановлением глотания пищи. Улучшились результаты занятий с логопедом – появилась разборчивая шепотная речь, которая к концу 4 месяца приобрела разговорный характер. Все больные были деканулированы. Максимальный срок наблюдения составляет 18 мес.

Выводы. Таким образом, пластика ФС по предлагаемому методу с использованием местных тканей - слизистой оболочки и видоизмененных кожных лоскутов – позволяет добиться хороших результатов и может найти широкое внедрение в практику хирургических отделений, специализирующихся на операциях гортани и глотки.