

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель Министра

_____ Р.А. Часнойть
18 сентября 2007 г.
Регистрационный № 140-1106

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ
ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ПРОТЕЗИРОВАНИЕМ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Научно-исследовательский институт онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. И.В. Залуцкий, канд. мед. наук А.Г. Жуковец,
д-р мед. наук А.В. Ваккер, И.В. Белоцерковский, Е.Н. Кузьмин

Минск 2007

Инструкция предназначена для врачей отделений опухолей головы и шеи онкологических диспансеров.

Рак гортани в Беларуси занимает 1-е место среди новообразований головы и шеи. Несмотря на визуальный характер локализации рака гортани, 70-80% больных начинают лечение с распространенными процессами, когда консервативные методы лечения позволяют излечить не более 30-40% заболевших. Остальным больным приходится предлагать удаление гортани. Ларингэктомия является не только инвалидизирующим, но и калечащим вмешательством. Лишая больных звуковой речи, операция разрушает их социальную жизнь, нанося больному психологическую травму. Эти факторы являются причиной отказа от операции значительного числа больных. Поэтому восстановление голоса является ведущим и крайне актуальным аспектом реабилитации больных после удаления гортани.

Традиционными способами реабилитации голосовой функции после ларингэктомии являются логопедические методики, применение голосообразующих аппаратов и хирургические вмешательства. Лишь относительно недавно с этой целью стали применять специальные протезы, представляющие собой силиконовые трубки с клапаном, который пропускает воздух из трахеи в пищевод, но не пропускает содержимое пищевода в трахею (рис. 1).

Пациент, набрав воздух и прикрыв пальцем трахеостому, может перенаправить поток воздуха из легких через протез в пищевод. Это позволяет создать вполне громкий, ровный и управляемый голос.

Установка протеза может выполняться одновременно с удалением гортани (интраоперационно) и отсрочено, в любые сроки после ларингэктомии.

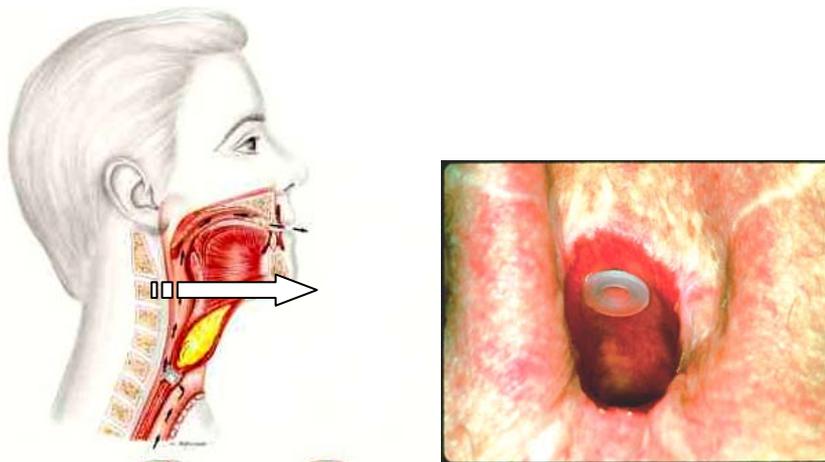


Рис. 1. Голосовой протез

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Голосовые протезы различной длины (минимально 6, 8 и 10 мм).

Протектор задней стенки глотки.

Троакары для формирования трахеопищеводной фистулы (протектор,

троакар и щеточка могут входить в стандартные наборы, прилагаемые к протезу).

Проводник для установки протеза.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- желание больного восстановить голосовую функцию сразу после операции и осознанный выбор именно этого метода;
- неэффективность логопедических методов восстановления голоса;
- наличие потенциальной возможности замены протеза.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Размеры трахеостомы менее 1,5 см.
2. Наличие фарингостомы или глоточных свищей.
3. Обструктивный бронхит с обильным выделением мокроты, эмфизема легких.
4. Плохое зрение или контрактура пальцев рук, не позволяющие ухаживать за протезом (у больных, проживающих без родственников).
5. Сопутствующая патология в стадии декомпенсации.
6. Выраженная рубцовая стриктура глотки.
7. Алкоголизм и низкий интеллектуальный уровень (относительные противопоказания).

НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ УСПЕШНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

- широкая несуживающаяся трахеостома, не требующая ношения трахеотомической трубки. Однако трахеостома не должна быть и слишком широкой, чтобы ее можно было легко закрыть пальцем;
- отсутствие рубцов в области глоточно-пищеводного соустья, которые могут препятствовать формированию и смыканию образующихся в соустье «складок» слизистой оболочки;
- при размерах трахеостомы менее 1,5 см ТПШП возможно после расширения трахеостомы;
- при наличии у пациента фарингоэзофагостомы ТПШП может быть выполнено после фарингоэзофагопластики;
- При спазме сжимателей глотки с целью повышения эффективности ТПШП необходима миотомия сжимателей глотки.

МЕТОДИКА ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С УСТАНОВКОЙ ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗА ПРИ ОБЫЧНОЙ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Когда протезирование выполняется одновременно с ларингэктомией, операция начинается с удаления гортани. После отсечения гортани с опухолью на глоточно-пищеводное соустье, на верхнюю или нижнюю часть раны, чтобы предотвратить ее инфицирование, ручным способом или аппаратом накладываются швы. Через оставшийся дефект в глотке вводится

протектор задней стенки глотки до верхнего края трахеостомы. В верхних отделах задней стенки трахеостомы (1-1,5 см от ее края) перфоратором прокалывают ткани трахеи и пищевода. Из перфоратора извлекают его колющую часть и вводят проводник. Когда проводник появляется в области дефекта глотки, на его конце закрепляют протез. Из шунта извлекают оставшуюся часть перфоратора, а проводник с протезом подтягивают в шунт, где протез закрепляется. После этого дефект в глотке зашивается вручную или с помощью механического ушивателя.

МЕТОДИКА ТРАХЕОПИЩЕВОДНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗА ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ЛАРИНГЭКТОМИИ

В случае выполнения расширенных вмешательств методика шунтирования такая же. Однако при расширенных ларингэктомиях значительно чаще возникают осложнения (расхождение швов, некрозы тканей и др.), что приводит к образованию свищей, фарингостом и грубых рубцов. Указанные осложнения могут нарушить формирование трахеопищеводного шунта и голосообразование. Поэтому у таких пациентов ТППШ целесообразно выполнять отсроченно.

МЕТОДИКА ОТСРОЧЕННОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Под наркозом в просвет пищевода с целью защиты его задней стенки вводят металлический бронхоскоп или интубационную трубку скосом наружу до уровня трахеостомы. Перфоратором формируют фистулу между задней стенкой трахеи и передней стенкой пищевода. После извлечения колющей части перфоратора через оставленную в шунте металлическую трубку вводят гибкий проводник в пищевод и далее через глотку выводят в полость рта. На конце проводника фиксируют голосовой протез и, вытягивая проводник в обратном направлении, устанавливают его в просвете шунта так, чтобы трахеальный фланец протеза находился в трахеостоме, а пищеводный – в пищеводе. В первые 2-3 дня назначается полужидкая диета. Прием пищи можно начинать через 3-4 ч после установки голосового протеза.

ЗАМЕНА ГОЛОСОВОГО ПРОТЕЗА

Замену голосового протеза осуществляют путем его извлечения зажимом, которым захватывается фланец в трахеостоме. Установка нового протеза в имеющуюся фистулу производится непосредственно после удаления старого. Некоторые особенности техники репротезирования зависят от конструкции используемых протезов.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Выпадение голосового протеза может быть связано с его неправильной установкой или с износом фланцев в отдаленном периоде. В этом случае требуется его замена на новый протез.

2. Протекание слюны между протезом и стенками соустья. Причиной осложнения обычно является неправильный выбор длины протеза (слишком длинный протез). В этом случае необходима его замена на более подходящий. Если причиной осложнения является слабость тканей трахеопищеводной стенки, протез удаляют, а шунт устраняют путем пластики местными тканями. В последующем можно рассмотреть вопрос о повторном протезировании.

3. Протекание слюны через протез. Причиной осложнения является износ или повреждение клапана протеза. Данное осложнение устраняют путем замены голосового протеза.

4. Полное погружение протеза в трахеопищеводное пространство, обусловленное выраженным реактивным отеком (осложнение описано в литературе, но в нашей практике не наблюдалось). В этом случае протез удаляется при эзофагоскопии.

5. Отсутствие голоса может быть обусловлено избыточной или недостаточной длиной протеза или неправильной его установкой (фланец не достигает просвета пищевода). В этом случае требуется замена протеза на более длинный или его переустановка. Причиной данного осложнения может быть также неадекватный уход за протезом (скопление в его просвете слизи). Кроме того, следует исключить наличие фарингоспазма, который может наблюдаться у больных после стандартной экстирпации гортани. После расширенной экстирпации гортани фарингоспазм не наблюдается.

6. Рост грануляций в области трахеальной части протеза. Проводится противовоспалительное и противогрибковое лечение. При его неэффективности осуществляют замену голосового протеза.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТА РЕАБИЛИТАЦИИ ГОЛОСОВОЙ ФУНКЦИИ

Хороший результат: незначительное затруднение голосообразования (ФК I), клинически выражающееся наличием громкого голоса с возможными нарушениями его качества в виде глухого, грубого голоса, незначительными затруднениями интонации голоса в виде отсутствия эмоционально-смысловых ударений произносимых фраз. Речь плавная с незначительным снижением темпа (130-86 слов в минуту), разборчивая для восприятия другими лицами. Коммуникативная функция определяется способностью к общению с широким кругом лиц.

Удовлетворительный результат: умеренное затруднение голосообразования (ФК II), характеризующееся наличием тихого голоса, нарушением его качества, невыразительностью и однообразием голоса. Речевая функция характеризуется прерывистостью речи через значительные интервалы в сложных фонетико-лексических единицах речи. Скорость речи снижена до 86-40 слов в минуту, речь разборчивая для восприятия другими лицами. При этой степени затруднения голосообразования больным доступно общение с близким кругом лиц (семья, соседи).

Неудовлетворительный результат: значительные затруднения

голосового образования (ФК III) в виде низкой интенсивности голоса в пределах шепотного, грубые нарушения формирования голоса в виде дизартрии, растягивания, глотания слов, скандированной речи. Речевая функция значительно нарушена: имеет место прерывистая речь через незначительные интервалы простых фонетико-лексических единиц. Темп речи крайне медленный (менее 40 слов в минуту). Неразборчивая речь для восприятия окружающими. Больным доступно общение с изолированным окружением (1–2 человека семейного круга, лечащий врач). Неудовлетворительный результат также характеризуется резко выраженными нарушениями голосового образования в виде полного отсутствия голоса или способности больного к воспроизведению отдельных звуков (ФК IV). Реализация коммуникативной функции речи невозможна, общение доступно особым образом (посредством письма, жестовой речи и т. д.).

**Временный протокол медицинской реабилитации больных раком гортани
(после ларингэктомии)**

Наименование нозологических форм заболеваний по МКБ, ФК нарушений	Реабилитационно-экспертная диагностика		Мероприятия по медицинской реабилитации			Продолжительность курсов медицинской реабилитации	Критерии эффективности медицинской реабилитации
	обязательная	дополнительная	Перечень мероприятий	Продолжительность	Количество в течение курса		
1	2	3	4	5	6	7	8
Хирургические и технические приемы							
(C32) Рак гортани ФК 2-3	1. Осмотр врачом онкологом, реабилитологом 2. Оценка нарушений и ограничений жизнедеятельности по функциональному классу 3. Общеклинические лабораторные исследования 4. Мазки из зева для определения микрофлоры и ее чувствительности к антисептическим	1. Определение функции внешнего дыхания 2. Фонография голоса больного до и после операции 3. Консультация логопеда, физиотерапевта, психотерапевта, психолога	<ul style="list-style-type: none"> установка голосового протеза одновременно с экстирпацией гортани или отсрочено миотомия сжимателей глотки (по показаниям) фарингопластика (по показаниям) реконструкция трахеостомы (при размере менее 1,5 см) 	20-30 мин 10-15 мин 20-30 мин	1 1 1	1 курс 10-14 дней	<p>Улучшение клинико-функционального состояния больного</p> <p>Сохранение или восстановление голосовой функции</p> <p>Восстановление способности к самообслуживанию</p> <p>Уменьшение частоты и тяжести послеоперационных осложнений</p>

	препаратам 5. Рентгеновское исследование органов грудной клетки 6. ЭКГ						
Лечебная физкультура							
			<ul style="list-style-type: none"> • дыхательная гимнастика • логопедические занятия, включающие тренировку мышц шеи и глотки, артикуляционную гимнастику для языка, губ, щек и фонетическая коррекция голоса (по показаниям) 	<p>3 раза в день по 5-10 мин</p> <p>3 раза в день по 10-15 мин</p> <p>С 4-8 сут. после операции</p>	<p>10-14 дней</p> <p>6-10</p>		
Аппаратная физиотерапия (по показаниям)							
			магнитотерапия и/или лазеротерапия на область послеоперационных швов	20 мин ежедневно	7-10		
Психотерапия (по показаниям)							
			индивидуальная психокоррекционная работа	в пред- и послеоперационном периоде 20-30 мин 1 раз в день			Достижение мотивации на социальную и трудовую реабилитацию
Медикаментозная терапия							
			•антибиотикопро-	Индивиду-			

			<ul style="list-style-type: none"> • обучение навыкам самостоятельного ухода за трахеостомой и голосовым протезом 	20 мин	2		
			<ul style="list-style-type: none"> • обучение навыкам самообследования лимфатических узлов шеи 	20 мин	1		
			<ul style="list-style-type: none"> • режим, диета и лечебная физкультура после экстирпации гортани 	20 мин	2		
			<ul style="list-style-type: none"> • профилактика воспалительных заболеваний средних и нижних дыхательных путей 	20 мин	1		