

Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ¹, Е.В. ЛУКАЧ¹, Д.Д. ЗАБОЛОТНА¹,
Ф.Д. ЄВЧЕВ², І.Р. ЦВІРІНЬКО¹, Я.В. КІЗИМ¹

ХІРУРГІЧНЕ ВИДАЛЕННЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОГО ПРОСТОРУ

¹ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»,
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний);

²Одеський нац. мед. ун-тет МОЗ України

З огляду на те, що новоутворення ротової частини глотки та парафарингеального простору зустрічаються досить рідко (1-1,5% від всіх новоутворень голови і шиї), характеризуються неспецифічним розвитком захворювання, а також залученням життєво-важливих анатомічних структур до патологічного процесу, актуальність проблеми діагностики та вибору тактики хірургічного лікування є відкритою на сьогоднішній день.

Хірургічне втручання при пухлинах парафарингеального простору є провідним методом їх лікування [1, 2, 10]. Вичікувальна тактика при пухлинах фарингопарафарингеальної ділянки не виправдана, так як зростання пухлини призводить до залучення в пухлинний процес судинно-нервових структур і, як наслідок, до спотворення обличчя і до виражених функціональних судинно-нервових порушень, що відображається на якості життя хворих [1, 6, 11].

Трансоральний підхід показано для видалення доброякісних новоутворень, які походять з престілоїдного відділу парафарингеального простору, і проявляються у вигляді новоутворення ротової частини глотки. Недоліком цього підходу є обмежений огляд пухлини, неможливість візуалізувати великі судини, а також підвищений ризик пошкодження лицевого нерву і порушення абластичності втручання. За даними ряду авторів, цей доступ найкраще підходить для видалення невеликих доброякісних пухлин слинних залоз [6, 11]. Трансоральний підхід

може поєднуватися з зовнішнім доступом з метою збільшення мобілізації пухлини, за наявності значного орофарингеального компоненту.

Кілька досліджень показали доцільність проведення трансоральної роботизованої хірургії (TORS) для видалення відповідним чином певних парафарингеальних пухлин. Показаннями для видалення новоутворень за допомогою TORS є доброякісна патологія, відсутність постстілоїдного поширення і близькості до констрикторних м'язів і слизової оболонки порожнини рота [4, 8].

Ряд авторів віддають перевагу трансцервікальному доступу як методу видалення більшості постстілоїдних пухлин ПФП [4]. Для цього проводять поперечний розріз на рівні під'язикової кістки, на 2 см нижче нижньої щелепи, і визначають сонну артерію та внутрішню яремну вену. Двобрюшний та стілопід'язикові м'язи відводяться, щоб забезпечити доступ до ПФП. Підщелепні залози можуть бути зміщені до переду для кращого огляду або у деяких випадках, за необхідності, вони можуть бути видалені.

Для пухлин, що походять з глибокої долі привушної слинної залози, трансцервікальний доступ можна поєднувати з транспаротидним доступом, продовжуючи розріз вище, ніж при паротидектомії [5, 8]. Виконується ідентифікація та дисекція лицьового нерву, виконується поверхнева паротидектомія. Дисекція шиї дозволяє отримати доступ до парафарингеального компоненту пухлини з ідентифікацією лицьового нерву.