

Н.В. ПИЛИПЮК, Т.А. ГОБЖЕЛЯНОВА, А.С. ЮРИН

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛОЖНЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ В ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ (Сообщение 1)

От-ние ЛОР-онкологии ГКБ 11, г. Одесса

В странах СНГ лечение больных с опухолями орофарингеальной зоны в 67-90% случаях консервативное и сводится, в основном, к применению лучевой терапии, эффективность которой недостаточно высокая [11].

Мы согласны с выводами Г.А. Опанащенко [14], В.С. Погосова и соавторов [18], В.В. Озинковского и соавторов [13], Д.И. Заболотного [5], Э.В. Лукача [7, 8], Р.А. Абызова [1], Hweld, Bassiunny [19], Kamaia [20], Nakatsuka [24], показавших, что расширенная ларингэктомия является основным способом лечения при местнораспространенном раке гортани и нижних отделов глотки у пациентов с первично выявленными новообразованиями, рецидивными опухолями после лучевой терапии, химиотерапии, различных вариантов комбинированного и комплексного лечения. Вместе с тем, после клинически эффективных в онкологическом аспекте хирургических вмешательств возникают обширные дефекты мягких тканей передней поверхности шеи и глотки, требующие применения сложных реконструктивно-восстановительных пластических операций (РВПО) для формирования верхних отделов пищеварительного тракта и возмещения мягких тканей передней поверхности шеи.

Анализ результатов хирургического вмешательства у облученных больных с резидуальными и рецидивными новообразованиями подтверждает, что использование одномоментных РВПО с применением артериализированных кожно-мышечных лоскутов (АКМЛ) на фоне рациональной мест-

ной и консервативной терапии позволяет снизить частоту развития тяжелых послеоперационных осложнений. Если хирург владеет разнообразными способами пластической реконструкции, то это даёт возможность на этапе удаления опухоли широко иссекать окружающие ткани, повышая абластичность и радикальность операции, но вместе с этим не опасаться потенциальных трудностей возмещения обширных дефектов [17].

Наиболее часто используется пластика кожно-мышечными лоскутами [4, 15]. Описано около 40 имеющих самостоятельную систему кровообращения кожно-мышечных «территорий», где можно формировать кожно-мышечные лоскуты и перемещать их на расстояние, определяемое длиной сосудистой ножки, или пересекать ее, получая свободный трансплантат [4, 10, 15, 16, 23].

Кожа отдельных областей (дельтопекторальной, тыла стопы и других) имеет автономное кровообращение, что дает возможность выкраивать лоскут в пределах зоны сосудов, обеспечивающих его кровоснабжением [3, 4, 12]. Такие лоскуты называются аксиальными или осевыми, так как они имеют замкнутую сосудистую систему [4, 12].

Включение в лоскут подлежащей глубокой фасции значительно улучшает его кровоснабжение за счет сохранения подфасциального сосудистого сплетения, что позволяет формировать узкие длинные лоскуты при соотношении длины к ширине: 3:1, 4:1 [3, 4, 6, 9, 12].

Мы считаем, что применение сложных лоскутов показано в I варианте при следующих состояниях:

1. После расширенной экстирпации гортани с циркулярной резекцией шейного отдела пищевода и гортанной части глотки с одномоментной операцией на регионарном лимфатическом аппарате шеи (РЛАШ) или без таковой.

2. При субтотальной резекции нижнего отдела глотки и шейного отдела пищевода с или без операции Крайля.

3. После удаления распространенных рецидивных опухолей, по поводу которых ранее проводилось лучевое лечение.

4. После выполнения расширенной экстирпации гортани по переднему варианту.

5. При комбинированных операциях в расширенном варианте по поводу ракового поражения языка и дна полости рта.

Во II варианте они используются при наличии:

1) спонтанных орофарингозофагостом;

2) фарингостом после безуспешной пластики, выполненной ранее.

При I варианте возможна как одномоментная, так и отсроченная пластика.

Кожно-мышечный артериализированный лоскут нами применялся для таких целей:

1) пластической реконструкции пищевого тракта;

2) создания переднебоковых стенок шейного отдела пищевода;

3) замещения дефектов передней поверхности шеи;

4) формирования задней стенки гортанной части глотки при отсроченных пластических операциях;

5) образования протектора магистральных сосудов шеи;

6) формирования дна полости рта и боковой стенки глотки.

Наиболее сложными, однако весьма эффективными являются расширенные комбинированные операции с одномоментным выполнением РВПО.

Указанные хирургические вмешательства применены в отделении, наряду с радикальными операциями, более чем у 40% больных.

Материалы и методы исследования

В исследование включены результаты хирургического вмешательства у 231 человека с местнораспространенными раковыми поражениями вестибулярного отдела гортани, гортанной части глотки и орофарингеальной зоны, у которых после элиминации опухолевого процесса производилась РВПО верхних отделов пищеварительного тракта и дна полости рта. Все пациенты были мужского пола в возрасте от 40 до 75 лет.

Пластическим материалом служили кожно-пекторальный лоскут на сосудистой ножке, кожно-мышечный – на грудино-ключично-сосцевидной мышце и кожно-мышечный – с включением наружных мышц гортани, кожно-фасциальные лоскуты и их комбинации.

83 обследуемых с впервые диагностированным раком гортани, гортанной части глотки и орофарингеальной зоны составили 1-ю группу. Распространенность опухолевого процесса у 19 из них – $T_4N_0M_0$, у 64 – $T_4N_{1-2}M_0$. Во 2-ю группу вошло 148 человек с остаточными и рецидивными опухолями после химиотерапии, лучевого и комбинированного лечения.

У всех пациентов производилась первичная и отсроченная РВПО артериализированным кожно-пекторальным лоскутом, кожно-мышечным лоскутом с включением грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Комбинация этих методов позволяет минимизировать неблагоприятные последствия противоопухолевого лечения и вернуть больных к социально активной жизни. При значительном дефиците тканей боковой поверхности шеи и глотки после элиминации опухолевого процесса нами всегда используется АКМЛ, который не только замещает дефект тканей, но и служит протектором сосудисто-нервного пучка шеи.

Учитывая наличие интоксикации, белкового дисбаланса, нарушения электролитного обмена, в предоперационном периоде мы назначали дезинтоксикационную терапию, коррекцию белкового и электролитного обмена. Высокая вероятность развития гнойных осложнений в результате дисбактериоза слизистой оболочки и тромбоза сосудов АКМЛ, обусловленная нарушением свёртывающей системы крови у обследуе-

мых лиц вследствие наличия у них двух факторов риска – претромботического состояния системы гомеостаза и раковой опухоли, которая имеет высокие тромбогенные особенности, предупреждалась назначением в пред- и послеоперационном периодах антибиотиков (согласно антибиотикограмме), низкомолекулярных гепаринов, дезагрегантов (2), пребиотиков и ферментов.

У больных с впервые выявленной опухолью орофарингеальной зоны лечение проводилось по комплексной программе: химиотерпия+лучевая терапия+операция с первичной или отсроченной РВПО. У большинства пациентов в предоперационном периоде применялась внутриаптериальная регионарная ХТ.

У всех лиц с рецидивными и резидуальными новообразованиями этой же локализации выполнялось хирургическое вмешательство – комбинированные операции в расширенном варианте.

У 14 человек с ограниченным раковым поражением грушевидного кармана и резидуальными опухолями этой же локализации, а также корня языка и боковой стенки глотки после медикаментозной противоопухолевой и лучевой терапии производились функциональные операции с одномоментной РВПО. После заживления раны удалялся зонд на 7-12-й день. Трахеотомическая трубка у всех обследуемых этой группы извлекалась после восстановления акта глотания на 9-15-й дни.

Результаты и их обсуждение

Анализируя результаты РВПО с использованием комбинированных АКМЛ, мы определили, что заживление первичным натяжением наблюдалось у 88,2% больных 1-й группы и у 80,1% – из 2-й группы.

Удаление носо-пищеводного зонда у пациентов 1-й группы произведено на 14-й день послеоперационного периода, во 2-й группе – на 16-й день. После резекции языка или его полного удаления у лиц, леченных по комплексной программе, удаление носо-пищеводного зонда происходило на 16-й день, деканюляция – на 18-21-й дни послеоперационного периода; при рецидивных и резидуальных опухолях – на 17 и 20-25-й дни, соответственно.

Среди осложнений, которые возникли в послеоперационном периоде, наиболее грозным во 2-й группе был обширный некроз тканей с аррозией магистральных сосудов у 2 обследуемых, тотальное омертвление лоскута – у 1. Мы считаем, что в первой ситуации указанное осложнение связано с большими дозами предшествовавшей лучевой терапии и значительным снижением регенеративных возможностей облученных тканей, а также с наличием постлучевого дисбактериоза слизистой оболочки, во второй ситуации – с тромбозом отводящего сосуда, возникшим на 4-й день послеоперационного периода. Краевые некрозы лоскута и несостоятельность швов с нагноением раны возникли у 9,1% пациентов 1-й группы и у 19,1% – из 2-й группы. Перечисленные осложнения не потребовали выполнения дополнительных пластических операций. Раны зажили во всех осложненных случаях вторичным натяжением.

Применение новых способов РВПО позволило сократить продолжительность пребывания больных обеих групп в стационаре в 2,5 раза, что способствовало проведению ранней медицинской и социальной их реабилитации. У пациентов же с ограниченными опухолевыми поражениями корня языка и гортанной части глотки произведены функциональные операции.

Выводы

1. Анализ результатов хирургического вмешательства у пациентов с впервые диагностированными местнораспространенными, а также резидуальными и рецидивными опухолями после завершения лучевой и медикаментозной противоопухолевой терапии в больших дозах, с использованием реконструктивной технологии, подтверждает целесообразность выполнения активного хирургического вмешательства.

2. Проведение одномоментно реконструктивно-восстановительного и онкологического этапов операции дает возможность уменьшить кратность вмешательств, а следовательно, и сроки пребывания больных в стационаре.

3. Назначение РВПО пациентам с ограниченным раковым поражением груше-

21. Kimura Y., Tojima H., Hakamura T., Harada K. Deltpectral flap for one-stage reconstruction of pharyngocutaneous fistulae following total laryngectomy // Acta oto-laryngol. Suppl. – 1994. – N511. – P. 175-178.
22. Leon X., Quer M., Orus C., Martinez W. Complicaciones del colgajo miocutaneo de pectoral mayor en reconstruccion cervical // Acta otorrinolaringol. Esp. – 1993. – N5. – P. 375-380.
23. Martinez T., Gutierrez M., Escamilla Y. et al. La cirugia parcial tical en el tratamiento del carcinoma glotico. Nuestra experiencia en treinta anos // Acta otorrinolaringol. Esp. – 1996. – №3. – P.227-231.
24. Nakatsuka T. Present status ofv plastic and reconstructive surgery in reconstruction after removal of advanced cancer // J. Jap. Soc. Cancer Ther. – 1995. – Nb2. – P. 13.

Поступила в редакцію 05.02.09.

© Н.В. Пилипюк, Т.А. Гобжелянова, А.С. Юрин, 2009

**ВИКОРИСТАННЯ СКЛАДНИХ КЛАПТІВ
ПРИ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ОПЕРАЦІЯХ В
ОБЛАСТІ ГОЛОВИ ТА ШИЇ
(Повідомлення 1)**

*Пилипюк М.В., Гобжелянова Т.О.,
Юрін О.С. (Одеса)*

Резюме

В основу роботи покладено результати проведених у клініці реконструктивно-відновлювальних операцій у 245 хворих після комбінованих поширених хірургічних втручань з приводу місцевопоширеного раку порожнини рота, гортанної частини глотки та вестибулярного відділу гортані. У 14 з цих пацієнтів були обмежені ураження грушоподібного синусу та кореня язика. Їм було виконано функціональні операції з використанням реконструктивних технологій. В якості пластичних матеріалів застосовувались шкірно-м'язові клапти та шкірно-фасціальні клапти, а також їх комбінації. Наведено аналіз ускладнень післяопераційного періоду та ефективності використаних методів.

**USE OF COMPLEX FLAPS WITH THE
RECONSTRUCTIVE OPERATIONS IN THE
REGION OF HEAD AND NECK
(Article 1)**

*Pilipyuk N., Gobgelyanova T.,
Yurin A. (Odessa)*

Summary

The results of surgical treatment (reparative-restorative operations) of 245 patients with cancer of oral cavity, laryngopharynx and vestibular part of larynx. 14 patients of the same group had limited tumors affections of pear-shaped sinus and radix tongue, and so a functional operation with reconstructive technologies was performed. As plastic material were been used musculocutaneous, cutaneofasciae flaps and composite flap. Complications past operative period and efficiency of surgical treatment were analyzed.