

УДК 617.52-06.6-06-08

В.Г.Центило, С.П.Ярова, Ю.А.Никаноров

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ
(обзор литературы)**

Донецкий Национальный медицинский университет им. М.Горького

Лечение регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области является наиболее сложным этапом комбинированного лечения этих опухолей и его успех определяет, главным образом, прогноз всех лечебных мероприятий [1,2,3].

В настоящее время основным методом лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области является оперативный [4].

Лучевая терапия и ПХТ применяются как вспомогательные методы. Послеоперационная лучевая терапия применяется в тех случаях, когда оперативное вмешательство проводилось с нарушением принципов абластики или во время операции не удалось сформировать адекватный степени поражения лимфатических узлов блок удаляемых тканей, а также в случаях верификации множественных и экстранодалных регионарных метастазов [5, 6].

Оперативное лечение злокачественных опухолей требует формирования блоков удаляемых тканей, включающих часть органа, пораженного опухолью, отводящие лимфатические сосуды от этого органа и регионарные лимфатические узлы.

Биологическое обоснование ценности операций шейной лимфаденэктомии базируется на признании того, что шейные лимфатические узлы выполняют роль пунктов, в которых собираются

раковые клетки, причем их распространение по лимфатическим проводящим путям относительно предсказуемо.

Развитие оперативных методов лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области определялось двумя факторами: результатами изучения топографии регионарно зависимых от конкретной локализации опухоли лимфатических узлов, а также частоты их поражения метастазами, и результатами изучения замкнутости фасциальных футляров, содержащих эти лимфатические узлы и связывающие их сосуды.

Поскольку эти операции разрабатывались для лечения больных с двумя наиболее часто встречающимися локализациями рака в челюстно-лицевой области - рака нижней губы и рака органов полости рта, имеющими свои особенности метастазирования, то и оперативные методы лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области разрабатывались в двух направлениях: операции удаления лимфатического аппарата надподъязычной области и лимфатического аппарата переднего и заднего треугольников шеи.

Принципиальным предложением, обозначившим новый этап в развитии операций шейной лимфаденэктомии, явилась разработанная Crile G. [7] операция, включающая в блок удаляемых тканей у больных раком языка грудино-ключично-сосцевидную мышцу и внутреннюю яремную вену. Это предложение позволило сформировать фасциальный футляр для удаляемых лимфатических узлов шеи и связывающих их сосудов и включить в блок удаляемых тканей основные, наиболее часто поражаемые метастазами лимфатические узлы яремной цепи, в том числе коллекторные и интегральные.

Разработанная Crile операция, по данным автора, оказалась в четыре раза эффективнее по сравнению с обычным иссечением лимфатических узлов. Операция принесла 8% смертности.

Непосредственные опасности операции состояли в развитии инфекции, локальном и бронхопульмональном кровотечении, шоке и истощении.

Дальнейшая разработка этой операции многими авторами, приведшая к предложениям различных способов оперативного доступа (А.И.Раков и Р.И.Вагнер [8]), а также к расширению блока удаляемых тканей за счет включения в него содержимого заднего треугольника шеи и уточнения ряда деталей, не изменила ее принципиального положения и в настоящее время она в литературе известна под названием операции Крайла, или радикальной шейной диссекции.

John V. Dladу с соавт. [9] после проведенных 519 операций Крайла установили, что 60% больных имели регионарные метастазы и 5-летняя выживаемость составила 28,4%. Bender M.D. с соавт. [10] на материале 147 прооперированных больных получили 5-летнюю выживаемость больных в 28,03% и 10-летнюю – в 20,5%.

Asakura K. с соавт. [11] по данным опроса 112 японских институтов относительно тактики лечения больных ранними стадиями рака языка и дна полости рта заключают о целесообразности применения лучевой и химиотерапии в сочетании с шейной диссекцией, начиная с распространенности опухоли T₂N₀. Вместе с тем, Weiss M.H. с соавт. [12] указывают на то, что при индексе N₀ одинаково эффективны шейная диссекция и лучевая терапия.

Mc Gavran с соавторами [13] на материале 96 больных после ларингэктомии и радикальной шейной диссекции не определили распространения метастазов на лимфатические узлы заднего треугольника шеи.

Однако Schuller с соавторами [14] пришли отчасти к другому заключению, базирующемуся на изучении препаратов после 50 радикальных шейных диссекций. В 28 случаях в лимфатических узлах гистологически верифицированы метастазы. В 50% из общего числа

верифицированных метастазов авторы наблюдали вовлечение в метастатический процесс и яремных, и спинальных (расположенных вдоль добавочного нерва) лимфатических узлов. Однако они определяли метастатическим спинальным лимфатическим узлом такой, который содержал метастазы и находился рядом с добавочным нервом. Необходимо заметить, что почти каждый лимфатический узел верхней яремной цепи может считаться расположенным рядом с добавочным нервом.

Клинические наблюдения подтверждают, что выполненные по показаниям случаи сохранения добавочного нерва не дают возрастания шейных рецидивов (Güney E. с соавт. [15] и др.).

Частота регионарных рецидивов после операции Крайла заметно отличается в сообщениях различных авторов от 2% до 70%, когда многочисленные узлы появляются на различных уровнях [16].

Wanebo H. с соавт. [17] получили 22% регионарных рецидивов после выполненных операций шейной лимфаденэктомии у больных с регионарными лимфатическими узлами, оцененными как N₁₋₃.

По мнению Martin с соавт. [18], с увеличением количества метастатических узлов в удаленном препарате возрастает число послеоперационных рецидивов. При единственном лимфатическом узле, содержащем опухоль, уровень выживания больных составляет 43%, а при обнаруженных в препарате множественных метастазах этот уровень снижается до 29%.

Conley J. [19] указывает на число излеченных больных с высокой степенью первичной опухоли и позитивными лимфатическими узлами около 30%. Лучевая и полихимиотерапия, по его мнению, являются паллиативными мероприятиями.

Вероятно, самым важным фактором в увеличении количества рецидивов является распространение метастатической опухоли за пределы капсулы лимфатического узла или в окружающие ткани.

В связи со значительной травматичностью радикальной шейной диссекции (Daniel T. [20] и др.), различной локализацией регионарно зависимых лимфатических узлов, связанной с расположением первичного рака, различной степенью поражения лимфатических узлов стали появляться предложения изменения объема операции Крайла в сторону ее уменьшения.

Так, Восса [21], в 1953 г. защищавший стандартную шейную диссекцию с необходимостью выполнения двусторонних операций при срединных локализациях рака, в последующих публикациях становится более лояльным к модификациям шейной диссекции и утверждает, что «радикальность должна быть направлена против опухоли, но не против шеи», предлагая сохранять грудино-ключично-сосцевидную мышцу. В статье, опубликованной в 1967г., он и Pignataro [22] утверждали следующее: «в последние пять лет мы не провели ни одной традиционной шейной диссекции, за исключением пяти случаев с фиксированными узлами. В около 100 диссекциях с сохранением ни одного рецидива не было замечено».

Carenfelt и Eliasson [23] сохраняли добавочный нерв и не обнаружили значительного возрастания числа регионарных рецидивов.

Восса [22] сообщает о серии из 500 шейных диссекций, в которых он сохранил внутреннюю яремную вену и часто - грудино-ключично-сосцевидную мышцу с иссечением содержимого в нижних отделах операционного поля с неизменными свободными от метастазов тканями.

В дальнейшем Восса сообщает о результатах 843 операций функциональной шейной диссекции, указывая на то, что эта операция помогает избежать ненужных уродств по сравнению с радикальной шейной диссекцией, и рекомендует ее в качестве метода выбора при непальпируемых регионарных лимфатических узлах.

Фейгин Г.А., Сулейманов Ж., Чехонина Е.М. [24] сообщают о

15,8% регионарных рецидивов после выполнения функциональной шейной диссекции, а Г.В.Фалилеев и Н.Н.Волчанская [25] – о 13,1%.

Кроме описанных выше радикальной (операция Крайла) и функциональной шейных диссекций выполняют различные местные диссекции (региональные узловые, селективные), известные также под названиями верхняя шейная эксцизия по первому варианту (операция Ванаха, супрагиоидная шейная диссекция) и верхняя шейная эксцизия по второму варианту (верхнее фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи, супраомогиоидная диссекция).

Эти операции разрабатывались для больных с локализацией первичного рака в области нижней губы, концевого отдела языка и переднего отдела дна полости рта, когда первым этапом метастазирования указанных опухолей является лимфатический аппарат надподъязычной области (Ferlito A. с соавт. [26]).

В 1911 г. Р.Х.Ванах при раке нижней губы предложил методику удаления содержимого подподбородочного и обоих поднижнечелюстных треугольников вместе с поднижнечелюстными слюнными железами и окружающей их клетчаткой из оригинального оперативного доступа. Эта операция, отвечавшая в значительной мере требованиям оперативной онкологии, послужила основой для ее усовершенствования (Н.Н.Петров [27], Н.А.Тищенко [28], Ferlito A. с соавт. [26]).

Мнения авторов относительно эффективности верхней шейной эксцизии противоречивы. Так, если Shah J. P. с соавт. [29] считает ее показанной у больных с состоянием регионарных лимфатических узлов, оцениваемых как N₀, то van Veen с соавт. [30] получили 4,5% регионарных рецидивов и 74,2% живых больных в сроки наблюдения 3,5 года, применяя послеоперационную лучевую терапию у больных с увеличенными лимфатическими узлами (72,4%).

При дальнейшей разработке операции верхнего фасциально-

футлярного иссечения шейной клетчатки Г.В.Фалилеев [31] предлагал выполнять ее из двух Т-образных разрезов, несколько напоминающих разрез Крайла для одноименной операции, обнажать внутреннюю яремную вену над сухожилием лопаточно-подъязычной мышцы и выделять клетчатку кнаружи и кзади от вены и несколько выше, а также и из-под добавочного нерва. Дальнейшие этапы операции совпадают с операцией верхней шейной эксцизии.

А.И.Пачес [3] рекомендует выполнять эту операцию из разреза, идущего параллельно нижнему краю челюсти, ниже его на 1 см и продолжающегося в позадичелюстную ямку; рассекать фасции по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы; резецировать нижний полюс околоушной слюнной железы; рассечь фасции вдоль нижнего края челюсти; затем иссечь клетчатку из-под добавочного нерва и удалять клетчатку сонного треугольника на уровне верхнего края щитовидного хряща.

Carvalho A.L. с соавт. [32] наблюдали появление гомолатеральных регионарных рецидивов после выполнения подобных операций у 4,5% больных в тех случаях, когда до операции лимфатические узлы были оценены как N_0 .

Kowalski L.P. с соавт. [33] считает супрагидную шейную диссекцию возможно достаточной для отдельных больных раком нижней губы с позитивными лимфатическими узлами уровня I, а Spiro R.H. с соавт. [35] рекомендуют эту операцию у больных раком полости рта и ротоглотки с клинически негативными лимфатическими узлами.

Persky M.S. с соавт. [34] у больных раком полости рта с негативными регионарными лимфатическими узлами считают возможным при индексе первичной опухоли T_1 обеспечить больному тщательное наблюдение, T_{2-3} – необходимо выполнять элективную шейную диссекцию, а T_4 – радикальную шейную диссекцию.

Lefebvre J.L. с соавт. [35] не находят преимуществ электрошейной диссекции даже в начальном периоде опухолей полости рта ($T_{1,2}N_0$), получив пятилетнюю выживаемость лишь у 14% больных. Ро W.Y. с соавт. [36] сообщают, что у больных раком подвижной части языка $T_{1-2}N_0M_0$ после выполненной электрошейной диссекции регионарные рецидивы возникают в 9% случаев по сравнению с 47% регионарных метастазов, наблюдавшихся у аналогичных больных, которым шейная диссекция не была проведена. По мнению указанных авторов электрошейная диссекция с удалением лимфатических узлов I – III уровней согласуется со стадией I-II рака языка.

Pradhan S.A. [37] с соавторами отмечал, что супрагидная шейная диссекция очень неадекватна в лечении щечно-десневых раков T_{3-4} , а результаты супрагидной шейной диссекции с клинически негативными лимфатическими узлами сравнимы с результатами радикальной электрошейной диссекции при клинически негативных и позитивных регионарных лимфатических узлах.

Кроме основных видов типичных операций электрошейной диссекции, выполняемых по установленным показаниям, практикуются нетипичные операции, объем которых не соответствует распространенности первичной опухоли. Ограничение объема удаляемых тканей чаще всего обусловлено возрастом и общим состоянием больного.

Приведенные данные литературы свидетельствуют о значительном количестве методик оперативного лечения регионарных метастазов злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. В то же время травматизм операций, высокая частота рецидивов рака, низкие цифры пяти- и десятилетней выживаемости после данных вмешательств свидетельствуют о необходимости дальнейшего научного поиска и разработки современных, анатомо-физиологически обоснованных методик.

Литература

1. Вагнер Р.И. Анатомическая и клиническая оценка операции Крайля : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.07 / Вагнер Р.И. - Л., 1961.- 24 с.
2. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи / Пачес А. И. – М.: Медицина, 1983.- 417 с.
3. Пачес А.И. Злокачественные опухоли полости рта, глотки и гортани / Пачес А.И., Ольшанский В.О., Любаев В.Л. - М.: Медицина, 1988.- 226 с.
4. Vandenhoogen F.J.A., Manni J.J. Value of the supraomohyoid neck dissection with frozen section analysis as a staging procedure in the clinically negative neck in squamous cell carcinoma of the oral cavity //European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (Historical Archive).- 1992.- Vol.249, №3.-P.144-148.
5. Carew J.F., Spiro R.H. Extended neck dissection. //Am. J. Surg.- 1997.-Vol. 174, N 5.- P. 485-489.
6. Pasquir D., Degardin M., Lansiaux A. Traitement des carcinomes épidermoïdes localement évolués des voies aéro-digestives supérieures: place de la radio-chimiothérapie. //Oncologie.- 2005.-Vol.7,№4.-P. 281-285.
7. Crile G. Excision of cancer of the head and neck //JAMA.- 1906.- Vol.47, N 5.- P. 1780.
8. Раков А.И. Радикальные операции на шее при метастазах рака / Раков А.И., Вагнер Р.И. – Л.,1969.- 191 с.
9. John V. Dladly, Robert D. Harwick Analysis of Radical Neck Dissection in the Treatment of Cervical Metastases. //American journal of Surgery.- 1964.- Vol. 108, № 4.- P. 465-469.
10. Bender M.D., Montgomery A.C., Shaw H.J. Radical neck dissection for squamous cell carcinoma of the head and neck: early and long-term results of treatment. //Ann. R. Coll. Surg .Engl.- 1985.-Vol. 67, N 1.-P.47-50.
11. Asakura K., Kataura A., Hareyama M. Results of a survey of the treatment policy for early stage tongue and oral floor cancer //Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho.- 1998.-Vol. 101, N 1.- P. 44-52.

12. Weiss M.H., Harrison L.B., Isaacs R.S. Use of decision analysis in planning a management strategy for the stage N0 neck. //Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.- 1994.- Vol. 120, N 7.- P. 699-702.
13. McGavran M.N., Bauer W.C., Ogura J.H. The incidence of cervical lymph node metastases from epidermoid carcinoma of the larynx and their relationship to certain characteristics of the primary tumor //Cancer.- 1961.- N 14.- P. 55.
14. Schuller D.E., Platz E.C., Krause C. J. Spinal accessory lymph nodes : a prospective study of metastatic involvement. //Laryngoscope.-1978.- Vol.88, N 10.- P. 439.
15. Gyuney E., Yiğitbaysi O.G., Canyoz K. Functional neck dissection: cure and functional results. //J. Laryngol. Otol.- 1998.-Vol. 112, N 12.- P. 1176-1178.
16. Eckel H.E., Volling P., Pototschnig C. Transoral laser resection with staged discontinuous neck dissection for oralcavity and oropharynx squamous cell carcinoma. //Laryngoscope.- 1995.- Vol.105, N 1.- P. 53-60.
17. Wanebo H., Chougule P., Ready N. Surgical Resection Is Necessary To Maximize Tumor Control in Function-Preserving, Aggressive Chemoradiation Protocols for Advanced Squamous Cancer of the Head and Neck (Stage III and IV) //Annals of Surgical Oncology.-2001.- Vol.8, №8.-P. 644-650.
18. Martin H.E., Del Valle B., Ehrlich H. Neck dissection. //Cancer.- 1951.- N4.-P.441.
19. Conley J. The ‘Lump in neck’ and radical dissection. Management of the Patient with Cancer. /Ed.:Nealon T.F Jr.- Third Edition.- Philadelphia: “WB Saunders Company”, 1986.- 421 p.
20. Daniel T., Krnatowski T., Kosmalka V. Lymphatic system-topographic and functional considerations contributing to complications in neck surgery. //Otolaryngol. Pol. -1995.- Vol. 49, suppl 20.- P. 455-457.
21. Bocca E. Functional problems connected with bilateral radical neck dissection. //J. Laryngol. Otol.-1953. – Vol.67, N 8.- P.567.
22. Bocca E., Pignataro O. A conservation technique in radical neck dissection.

//Ann. Otol. Rhinol. Laringol. – 1967.- Vol.76, N 5.- P. 975.

23. Carenfelt C., Eliasson K. Cervical metastases following radical neck dissection that preserved the spinal accessory nerve //Head Neck Surg.- 1980.- N 2.- P.181.

24. Фейгин Г.А. Аутоампонада раневого ложа грудино-ключично-сосцевидной мышцей и варианты сохранения венозного оттока к облегчению послеоперационного состояния больных в связи с выполнением шейной лимфаденэктомии / Фейгин Г.А., Сулайманов Ж., Чехонина Е.М. //Здравоохранение Киргизии.-1984.-№1.- С. 39-43.

25. Фалилеев Г.В. Фасциально-футлярное удаление шейной клетчатки при метастазах рака языка / Фалилеев Г.В., Волчанская Н.П. //Стоматология.- 1969.- №4.-С.52-55.

26. Ferlito A., Mannara G.M., Rinaldo A. Is extended selective supraomohyoid neck dissection indicated for treatment of oral cancer with clinically negative neck? //Acta Otolaryngol.- 2000.- Vol.120, N 7.- P.792-795.

27. Петров Н.Н. Радикальная операция на шее при метастазах и первичных злокачественных опухолях / Петров Н.Н. //Вестник хирургии и пограничных областей.- Т.18, кн.52, 1929.- С. 64-69.

28. Тищенко Н.А. Радикальная операция удаления регионарных лимфоузлов при раке нижней губы : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.01.07 / Тищенко Н.А.- Л.,1958.- 16 с.

29. Shah J.P., Andersen P.E. The impact of pattern of nodal metastasis on modification of neck dissection. //Ann. Surg. Oncol.-1994.- Vol. 1, N 6.- P. 521-532.

30.Veen A., Roodenburg J., Nauta J. The Elective Supra-Omohyoid Neck Dissection in the Treatment of Patients with Oral and Oropharyngeal Squamous Cell Carcinoma. 14th International Conference on Oral and Maxillofacial Surgery (Washington DC, USA 24-29 April 1999) //International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.-1999.- Suppl. № 1, Vol.28.- P. 118.

31. Фалилеев Г.В. Опухоли шеи / Фалилеев Г.В. - М.,1978.- 224 с.
32. Carvalho A.L., Kowalski L.P., Borges J.A. Ipsilateral neck cancer recurrences after elective supraomohyoid neck dissection. //Arch. Otolaryngol. Head Neck.- Surg.- 2000.- Vol. 126, N 3.- P. 410-412.
33. Kowalski L.P., Magrin J., Waksman G. Supraomohyoid neck dissection in the treatment of head and neck tumors. Survival results in 212 cases. //Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 1993.- Vol. 119, N 9.- P. 958-963.
34. Persky M.S., Lagmay V.M. Treatment of the clinically negative neck in oral squamous cell carcinoma. //Laryngoscope.- 1999.- Vol. 109, N 7 (Pt. 1).- P. 1160-1164.
35. Lefebvre J.L., Coche-Dequeant B., Buisset E. Management of early oral cavity cancer. Experience of Centre Oscar Lambret. //Eur. J. Cancer B Oral. Oncol. –1994.-Vol. 30B, N 3.- P. 216-220.
36. Po W.Y., Wei W.I., Yue M.W. Comprehensive analysis of results of surgical treatment of oral tongue carcinoma in Hong Kong. //Chin. Med. J.-1997.- Vol.110, N 11.- P. 859-864.
37. Pradhan S.A., D’Cruz A.K., Gulla R.I. What is optimum neck dissection for T3/4 buccal-gingival cancers? //Eur. Arch. Otorhinolaryngol. -1995.-Vol. 252, N 3.- P. 143-145.

Стаття надійшла
8.12.2008 р.

Резюме

Літературні дані свідчать про велику кількість методик оперативних втручань для лікування регіонарних метастазів злоякісних пухлин щелепно-лицьової ділянки. У той же час травматизм операцій, високі рецидиви раку, низькі цифри п'яти- і десятирічної виживаності після цих втручань свідчать про необхідність подальшого наукового пошуку і розробки сучасних анатомічно і фізіологічно обґрунтованих методик.

Ключові слова: регіонарні метастази, злоякісні пухлини, щелепно-лицьова ділянка.

Summary

The review of scientific literature revealed considerable number of surgical procedures for the treatment of regional metastases of malignant growth in maxillofacial area. At the same time the traumatism of these operations, high-frequency of cancer relapses, low indexes of five – ten years' survivability after these interventions testify to the necessity of further scientific research and development of new anatomico-physiologically grounded methods.

Key words: regional metastases, malignant growth, maxillofacial area