



УДК 616. 321–089. 844

**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ФАРИНГОСТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕКТОРАЛЬНОГО ЛОСКУТА
EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF POSTOPERATIVE
PHARYNGOCUTANEOUS FISTULA WITH APPLICATION PECTORALIS
MAJOR MUSCLE FLAP**

Р. А. Ларин*, С. В. Судаков, *Е. Н. Писарев ** А. В. Шахов**

R. A. Larin *, S. V. Sudakov * E. N. Pisarev ** A. V. Shahov **

**ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н. А Семашко
(Главный врач – Р. М. Зайцев)*

*** Нижегородская государственная медицинская академия
(Зав. каф. болезней уха, горла и носа – докт. мед. наук А. В Шахов)*

В статье представлены непосредственные результаты лечения пациентов с фарингостомами. Для их устранения применялись различные методики, в том числе пекторальный лоскут. Показаны преимущества методики

Ключевые слова: рак гортани, глоточная фистула, лоскут.

Библиография: 12 источников.

In paper direct results of treatment of patients with pharyngocutaneous fistula are presented. For treatment various techniques are used, including pectoralis major muscle flap. Advantages of a technique are shown.

Keywords: laryngeal cancer, pharyngocutaneous fistula, flap.

Bibliography: 12 sources.

Проблема злокачественных новообразований головы и шеи, традиционно является актуальной в Нижегородской области. Рост уровня заболеваемости отражает общую тенденцию в онкологии к увеличению числа местно-распространенных и запущенных форм опухолей. [3] Анализ причин запущенности посвящено немало обзоров в литературе. Наиболее явными, с точки зрения доказанности этиологических факторов, выступают курение, алкоголь, профессиональные вредности.

Опухоли гортани занимают 9-е место в структуре общей онкологической заболеваемости и 1-е место в структуре опухолей головы и шеи. [1] Заболеваемость данной патологией в России составляет 12,6; во Франции – 15,6; в Португалии – 11,6; Италии – 10,1 на 100 тыс. населения. [7] Рак гортани ежегодно выявляется у 210 нижегородцев, причем треть из них умирает в течение первого года после постановки на учет.

Показатель запущенности на этапе первичного выявления составляет от 30 до 60%.. В настоящее время до 70% больных начинают лечение в III, а 10% – в IV стадии заболевания. Пятилетняя выживаемость при T3N0M0 составляет 58–71%, при T4–34 ± 10, 0%. [4] В целом, данные могут сильно варьировать в разных учреждениях, что обусловлено неоднородностью групп, недооценкой распространенности процесса в отсутствие МРТ, КТ диагностики, методик лучевой и химиотерапии и т. д. Особое место занимают опухоли гортаноглотки, которые характеризуются наиболее агрессивным, часто бессимптомным течением, ранним метастазированием; при этом анатомо-функциональное положение органа и отсутствие барьеров для распространения опухоли часто сводит на нет усилия по органосохраняющему лечению. Хирургическое лечение этих пациентов предусматривает проведение сложных реконструктивных операций (ларингфарингэктомия), зачастую проводимых как операция спасения (salvage surgery) после проведенного химиолучевого лечения. [12]

Основная проблема рака гортани, глотки и шейного отдела пищевода – это выраженное нарушение качества жизни при начальных стадиях и стойкая инвалидизация при местно-распространенных процессах. Страдает голосообразовательная, пищеварительная и разделитель-



ная функция указанных органов, что часто требует наложения трахеостомы, эзофагостомы. У части пациентов данной категории образуются стойкие глоточные и пищеводные свищи, которые обрекают больного на долгое зондовое питание. Актуальными в хирургическом лечении рака гортани и гортаноглотки остаются вопросы, направленные на улучшение результатов заживления раны после ларингэктомий и ликвидации стойких послеоперационных фарингостом[5]. Одной из наиболее важных задач в реабилитации этих больных является возможность раннего восстановления питания обычным путем.

Среди причин, приводящих к образованию фарингостом, можно выделить следующие:

- предшествующая операции химиолучевая терапия,
- компроментированный нутриционный и иммунный статус,
- анемия,
- погрешности в выполнении первичной пластики глотки,
- выбор методики шва глотки,
- большой объем резекции смежных с опухолью структур, приводящий к диастазу раны[11].

Частота образования фарингостом также варьирует у различных авторов и, в группе пациентов получавших перед операцией химиолучевое лечение, составляет от 10 до 50%. [10, 12] Нужно отметить, что часть фарингостом при должном уходе закрывается самостоятельно. Стойкие дефекты требуют сложного пластического закрытия, иногда в несколько этапов. Разработка методов профилактики осложнений также актуальна в современной ЛОР-онкологии и включает в себя совершенствование методов глоточного шва, медикаментозной и инструментальной санации раны, поиск оптимальных путей комбинации этапов лечения и др. [6]

Материалы и методы

Мы проанализировали данные о хирургическом лечении 120 пациентов за период 2006–2008 г. г. Всем пациентам выполнялись расширенные вмешательства по поводу рака гортани и гортаноглотки соответствовавших стадиям: Т3-4 N0-2 M0- ларингэктомии, ларингофарингэктомии, при необходимости сочетавшиеся с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи и операцией Крайла.

65 (55%) пациентам хирургическое вмешательство проводилось после химиолучевого лечения и на момент операции у них имелись признаки ранних или поздних лучевых повреждений. Анализ онкологических результатов и методик лечения выходит за рамки данной статьи и будет опубликован отдельно.

В группе облученных пациентов частота образования фарингостом составила 25 случаев, из них стойких, требующих пластического закрытия – 16. В группе первичных (55 пациентов) наблюдалось 5 стойких фарингостом. (табл.)

Таблица

Характер заживления раны

Пациенты	всего	Первичное заживление	Спонтанное Закрытие	Хирургическое закрытие
После химиолучевого лечения	65	40 (61%)	9 (15%)	16 (24%)
Первичные	55	40 (72%)	10 (18%)	5 (10%)

Как видно из таблицы, в группе пациентов, получавших химиолучевое лечение перед операцией, первичное заживление наблюдалось реже, нежели у необлученных пациентов. Подробный анализ осложнений в зависимости от протокола и режима химиолучевого лечения выходит за рамки данной статьи и будет опубликован отдельно.

Из 21 стойких фарингостом в 8 случаях выполнена пластика различного вида местно-перемещенными кожными лоскутами, в 4-х случаях простым ушиванием краев раны. В 9 случаях выполнена пластика кожно-мышечным лоскутом с включением большой грудной мышцы.



Наиболее частыми осложнениями при использовании местных кожных лоскутов является расхождение швов и рецидив фистул, что обусловлено нежизнеспособностью облученных тканей, плохим их питанием в отсутствие осевого сосудистого рисунка, натяжением тканей при применении местно-перемещенного кожного лоскута, выраженным перегибом ножки, затруднением венозного оттока от лоскута. Небольшие щелевидные фарингостомы ликвидировались повторным забором кожного лоскута с подбородочной или задне-шейной области. Фарингостомы размером более 2 см в поперечнике требуют более надежного лоскута на сосудистой ножке. Применение висцеральных лоскутов для восстановления больших дефектов глотки и шейного отдела пищевода сопряжено с большими техническим и организационными трудностями и, на сегодняшний день, возможно лишь в крупных многопрофильных центрах с соответствующим оснащением операционных, наличием в штате квалифицированных специалистов, обученных и в совершенстве владеющих методиками сосудистого анастомоза и получения висцерального лоскута. [10].

В отсутствие возможностей для применения висцеральных лоскутов выбором становится применение кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы. Методика его получения значительно проще, чем при висцеральном лоскуте, не требует наложения микроанастомозов, имеет меньший риск несостоятельности питающего сосуда и меньшую травматичность, что особенно важно для тяжелых онкологических пациентов, имеющих сопутствующие соматические заболевания и ослабленных после химиолучевого лечения.

Нужно отметить, что данный лоскут не подходит для восстановления циркулярных дефектов глотки, где более эффективно применение висцерального лоскута. Пекторальный лоскут помимо закрытия фарингостом, может применяться и при первичной пластике глотки, в случае необходимости закрытия дефекта при резекции части гортаноглотки.

Кожно-мышечный лоскут из большой грудной мышцы, зарекомендовал себя как надежный, не самый сложный в получении лоскут. Сегодня пекторальный лоскут-«рабочая лошадка» при реконструктивно-пластических операциях (онкологической направленности) на шее.

Техника операции сводится к мобилизации участка большой грудной мышцы с кожей и подкожной жировой клетчаткой и отделения от фасции, покрывающей межреберные мышцы и малую грудную мышцу. Ключевым моментом операции является выделение сосудистого питающего пучка – *a. thoracoacromialis* и ее вариабельных крупных ветвей. Далее данный лоскут с осевым кровоснабжением ротируется на шею, где и фиксируется в зависимости от цели операции. При этом лоскут проводится под кожным тоннелем, для облегчения его проведения пересекается ключичная порция мышцы, при необходимости резецируется участок ключицы. Соблюдение этих моментов особенно важно с целью предотвращения излишнего пережатия сосудистого пучка. Если на стороне фиксации лоскута ранее была выполнена операция Крайла, то, вследствие рубцовой деформации создать достаточно широкий тоннель не удастся и приходится делать дополнительный разрез. Узкий тоннель может способствовать пережатию пучка и нарушению венозного оттока от лоскута.

В последнее время для закрытия фарингостом мы начали применять пластику пекторальным лоскутом. По данной методике прооперировано 9 пациентов. У всех имелись стойкие фарингостомы размером от 2 до 5 см в поперечнике. У 4-х пациентов ранее предпринимались попытки устранения фарингостомы местными кожными лоскутами.

Результаты. У 5 пациентов наблюдалось полное приживление лоскута, у 3-х наблюдался некроз кожного слоя. Однако оставшийся мышечный слой способствовал герметичному закрытию фарингостомы. У 1 пациента наблюдался полный некроз с последующей резорбцией, что было обусловлено плохим состоянием местных тканей: химиолучевое лечение и расширенная ларингэктомия с операцией Крайла в анамнезе.

Клинический пример

Пациент Н. 48 лет. Диагноз Рак гортани Т3N1M0 метастазы в лимфоузлы шеи слева. Диагноз установлен в 2007 г. На первом этапе комбинированного лечения было проведено химиолучевое лечение в СОД 70гр. В связи с неполным регрессом опухоли в январе 2008 г. выполнена ларингэктомия и фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи. После операции сформировалась фарингостома 2,5; 3 см (рис. 1).

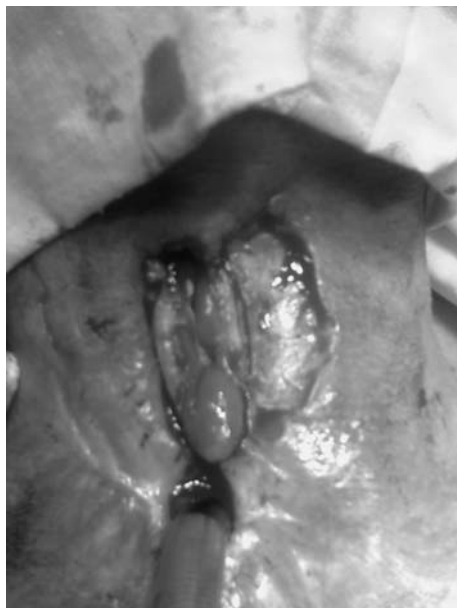


Рис. 1. Фарингостома.

Несмотря на активные терапевтические мероприятия, фарингостома не уменьшалась в размере и в апреле 2008 г. выполнена операция : пластика дефекта кожно-мышечным лоскутом с включением большой грудной мышцы. Лоскут выведен на шею через подкожный туннель. Для обеспечения свободной ротации лоскута, порция мышцы над ключицей пересечена, мышца подшита внутри глотки (рис 2, 3).



Рис. 2. Вид лоскута.



Рис. 3. Этап выделения лоскута.



Рис. 4. Через 6 месяцев. Виден хорошо прижившийся лоскут без признаков рецидива опухоли.

Выводы:

Методика с применением лоскута из большой грудной мышцы достаточно успешно применяется нами для закрытия глоточных свищей.

Результаты позволяют рассчитывать на дальнейшее применение данного лоскута в практике с целью улучшения качества жизни и скорейшей физической и социальной реабилитации у пациентов, перенесших расширенные оперативные вмешательства по поводу опухолей гортани и гортаноглотки.

Также необходима дальнейшая работа по совершенствованию методики с целью улучшения результатов заживления раны.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абызов Р. А. ЛОРонкология /Р. А Абызов. – СПб. 2004. – 255 с.
2. Виноградов В. В Результативность комбинированного лечения больных раком гортани и гортаноглотки в зависимости от раневого процесса / В. В Виноградов, А. Л Ключихин //Рос. оторинолар. – 2008 – Приложение №2 – С. 372–377
3. Ганцев Ш. Х. Онкология. / Ш. Х. Ганцев – М.: МИА, 2004 – 487 с.
4. Гамбург, Ю. Л. Рак гортаноглотки и шейного отдела пищевода / Ю. Л. Гамбург – М.: Медицина, 1974.
5. Ефимочкина К. Ф. Возможные осложнения и способы их профилактики при хирургическом лечении рака гортани/ К. Ф. Ефимочкина, М. И. Богатырева// Рос. оторинолар. – 2008 – Приложение №2 – С. 380–384
6. Любаев В. Л. К вопросу об ушивании глотки после ларингэктомии / В. Л Любаев, В. П Бойков, Н. А Абдуллин Опухоли головы и шеи: Сб. науч. тр. Томск – 1985., – Вып. 6. – С. 173–175.
7. Огольцова, Е. С Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей /Е. С. Огольцова. М.: Медицина. 1984 – С. 136–146.
8. Пачес, А. И. Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. М.: Медицина. 2000 – С. 324–332.
9. Письменный В. И. Зависимость осложнений, результатов реабилитации и качества жизни больных от объёма и формы неоглотки после ларингэктомии/ В. И Письменный // Вест. СамГУ – Естественнонаучная серия. – 2006 – №4 – с. 227–230
10. Arian S. Pectoralis major muscle and musculocutaneous flaps/ S. Arian// Grabb's encyclopedia of flaps/Ed. B. Strauch. L. O. Vasconez, E. J. Hall-Findlay-Second edition. – Lippicott-Raven; Philadelphia – New York, 1998 – V. 1. – P. 470–477.
11. Konstantinos D.. Incidence and predisposing factors of pharyngocutaneous fistula formation after total laryngectomy. Is there a relationship with tumor recurrence?/D.Konstantinos. F. Markou //Eur Arch Otorhinolaryngol, 2004 – №264 – p. 61–67
12. Shah J. P. Cancer of the head and neck/ J. P Shah. London, 2001 – 484 p.