

УДК 616.31; 616.321; 616.211.004.68

Ш.З.Хабибулаев

ОСОБЕННОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ СКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ПОЛОСТИ РТА И РОТОГЛОТКИ

*Государственное учреждение «Онкологический научный центр»**Министерства здравоохранения Республики Таджикистан**(Представлено членом-корреспондентом АН Республики Таджикистан Т.Г.Гульмурадовым 13.01.2010 г.)*

В работе приведены особенности современной тактики хирургического лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки. Проведен анализ комбинированной пластики 20 больных с применением 41 сложного артериализированного кожно-фасциального и кожно-мышечного лоскута на ножке. Установлено, что при комбинированной реконструкции сквозных дефектов необходимо использование как минимум двух лоскутов, причем для формирования внутренней выстилки предпочтительны кожно-мышечные. Хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты в 90% случаев.

Ключевые слова: *рак слизистой оболочки полости рта и ротоглотки – восстановление сквозных дефектов – кожно-мышечные и кожно-фасциальные лоскуты на ножке.*

Полость рта и ротоглотки являются своего рода уникальными полостями человеческого организма с точки зрения многообразия всевозможных органов, структур и тканей на относительно небольшой площади, а также функциональных особенностей данного региона. Злокачественные опухоли в 89% представлены плоскоклеточным раком, который развивается в многослойном эпителии слизистой оболочки и характеризуется высокой степенью агрессивности. Большинство пациентов обращаются с запущенными стадиями, а их лечение остается одной из сложнейших проблем современной онкологии. Хирургический метод является основным в лечении злокачественных опухолей полости рта и ротоглотки, особенно при местнораспространенных новообразованиях, соответствующих градации T4 [1-3].

Хирургическое вмешательство, проводимое в плане комбинированного и комплексного лечения, заключается в широком иссечении первичной опухоли и клетчатки шеи. В результате образуются обширные сквозные дефекты тканей, которые являются причиной тяжелых функциональных и косметических нарушений. Учитывая относительный дефицит эпителиальных поверхностей анатомически узкой оперируемой области, образовавшиеся дефекты не могут быть ликвидированы простым сшиванием распрепарованных краев раны и требуют обязательного пластического замещения [4, 5].

Адрес для корреспонденции: Хабибулаев Шарафиддин Зухурович. 734055, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. И. Сомони, д. 59а. Государственное учреждение «Онкологический научный центр» МЗ РТ. E-mail: sharhab@mail.ru

Некоторые хирурги, не владеющие техникой реконструктивно-восстановительных операций в данной области, ведут послеоперационные дефекты, как раны с вторичным заживлением, проводя мазовые перевязки и антибиотикотерапию в течение длительного времени. Другие же, не зная основных принципов реконструктивной хирургии, производят пластические операции, которые часто заканчиваются некрозом трансплантатов, грубым рубцеванием послеоперационных ран.

Пациенты, перенесшие объемные, калечащие операции, становятся социально неполноценными людьми, поэтому на первый план выступает вопрос о немедленной функциональной и косметической реабилитации, заключающийся в планировании и выполнении реконструктивно-восстановительной операции одновременно с основной.

Несмотря на длительную и богатую на открытия историю пластической хирургии, расцвет реконструктивно-восстановительных операций при опухолях головы и шеи начинается с внедрением в практику кожно-фасциальных и кожно-мышечных артериализированных лоскутов на ножке с осевым характером кровообращения [6].

Наиболее распространенными кожно-фасциальными лоскутами считаются лобный, дельтопекторальный, носогубный и шейный. Использование кожно-фасциальных лоскутов для пластики дефектов слизистой оболочки малоэффективно из-за необходимости формирования различных соустьев (стом), низкой жизнеспособности лоскутов и слабой сопротивляемости обильной бактериальной флоре полости рта и ротоглотки.

Большинства этих недостатков лишены кожно-мышечные «островковые» лоскуты, базирующиеся на поперечно-полосатых мышцах шеи, спины и груди. К ним относятся лоскуты на подкожной мышце шеи, на грудино-ключично-сосцевидной, грудино-подъязычной и большой грудной мышцах, а также на широчайшей мышце спины. Они характеризуются улучшенной васкуляризацией кожного фрагмента, значительной мобильностью, массивностью и достаточной стойкостью к внешним факторам, таким как инфекция, ферментативная активность некоторых жидкостей организма (слюна, слизь), лучевая нагрузка. Наличие длинной мышечной ножки позволяет подводить кожный «островок» лоскута на достаточно удаленные от донорского участка области. Отсутствие необходимости в создании отдельной питающей кожно-жировой ножки дает возможность произвести сложную пластическую операцию в один этап, что существенно уменьшает время госпитализации.

Имеется несколько модификаций кожно-мышечных лоскутов (рис.):

а) полнослойный трансплантат, когда кожа выкраивается на всю длину мышцы и может использоваться для закрытия линейных дефектов по ходу подведения трансплантата;

б) островковый кожно-мышечный лоскут, базирующийся на выделенной сосудистой ножке;

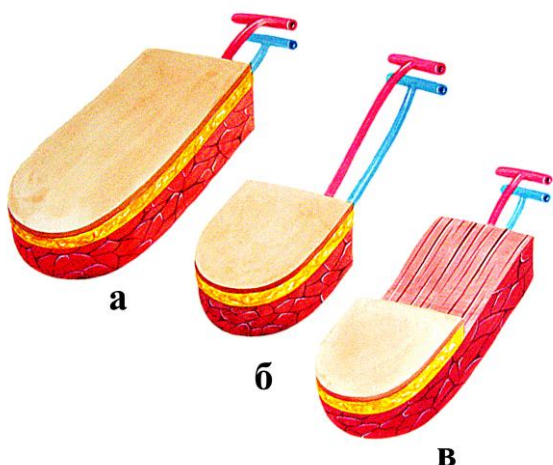


Рис. Модификации кожно-мышечных лоскутов.

в) островковый кожный лоскут, базирующийся на мышечной ножке, которая проводится в подкожном туннеле.

Под нашим наблюдением находились 20 больных местнораспространенным раком слизистой оболочки полости рта, губ и ротоглотки, в возрасте от 29 до 76 лет, которым в период с 2002 по 2008 г.г. произведены одномоментные комбинированные реконструктивно-восстановительные операции с применением кожно-жировых и кожно-мышечных лоскутов на ножке. Мужчин было 13, женщин – 7.

Согласно Международной классификации стадирования злокачественных опухолей по системе TNM, степень распространенности опухолевого процесса распределялась следующим образом: T4N0M0 – 8 пациентов, T4N1M0 – 11 больных и всего у одного пациента диагностирована стадия T4N2M0 (табл.1). Таким образом, регионарные метастазы диагностированы у 12 больных, что составляет 60%.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от стадии и локализации

Локализация \ Стадия	T4N0M0	T4N1M0	T4N2M0	Всего
Слизистая оболочка полости рта	6	7	1	14
Нижняя и верхняя губы	2	2	-	4
Ротоглотка	-	2	-	2
Итого	8	11	1	20

Чаще всего оперированы сквозные дефекты полости рта (14 пациентов), реже – губы (4 пациента) и только 2 больных распространенным раком ротоглотки.

Всем больным на первом этапе комбинированного или комплексного лечения проведено лучевое или химиолучевое лечение, после которых отмечена различная по интенсивности регрессия опухоли. У 7 пациентов эффекта от консервативного лечения не отмечено. На втором этапе производилось широкое иссечение опухоли с одномоментной пластикой дефекта.

При планировании восстановления сквозных дефектов полости рта, губ и глотки необходимо думать о создании внутренней и наружной выстилок при помощи двух и более лоскутов. Для реконструкции слизистой оболочки применялись кожно-мышечные лоскуты, а для устранения изъяна кожных покровов – кожно-жировые или кожно-мышечные, в зависимости от величины дефекта.

Для реконструкции изъянов у 20 больных в общей сложности использован 41 лоскут, так как у всех больных при комбинированной пластике применялись по 2 лоскута, и только у одного пациента – 3 лоскута. Сведения о комбинации лоскутов в зависимости от локализации первичной опухоли представлены в табл. 2.

При анализе осложнений полный некроз кожно-мышечных лоскутов на большой грудной и подкожной мышцах шеи (внутренняя выстилка) выявлен у двух больных распространенным раком слизистой оболочки дна полости рта и нижней губы, которые отказались от повторной реконструкции дефекта и настояли на выписке. Частичный некроз дельтопекторального и шейного кожно-фасциальных лоскутов имел место у двух пациентов. В качестве внутренней выстилки у них применен лоскут на большой грудной мышце, который прижился полностью. Герметичность полости рта сохранена, питание больных восстановлено. Полная эпителизация у этих пациентов имела место на

22-е сутки после операции и не потребовала дополнительных хирургических вмешательств. Временные свищи и частичное расхождение швов отмечались у четырех больных. Их лечение незначительно удлинило время нахождения пациентов в стационаре и не ухудшило прогноз.

Таблица 2

Комбинации трансплантатов в зависимости от локализации опухоли

Локализация Комбинация лоскутов	Полость рта	Ротоглотка	Нижняя губа	Всего
БГМ + ДПЛ	4	-	2	6
БГМ + ШЛ	3	-	-	3
БГМ + ГКСЛ	1	1	-	2
Пл.Л + ДПЛ	-	-	2	2
ГКСЛ + ДПЛ	3	-	-	3
ГПЛ + ДПЛ	2	1	-	3
БГМ + ДПЛ + ШЛ	1	-	-	1
И т о г о	14	2	4	20

Примечание: БГМ – большегрудной лоскут, ДПЛ – дельтопекторальный лоскут, ШЛ – шейный лоскут, ГКСЛ – грудино-ключично-сосцевидный лоскут, Пл.Л – платизменный лоскут, ГПЛ – грудино-подъязычный лоскут.

Таким образом, осложнения составили 19.5%, имели в основном неопасный для жизни больных характер и в большинстве случаев не требовали дополнительных хирургических вмешательств или коррекции.

Функциональные и косметические результаты у 18 (90%) пациентов оценены, как хорошие и удовлетворительные. Только у двух из них в результате полного некроза внутренней выстилки образовались обширные оростомы и питание больные осуществляли через зонд. От дополнительной хирургической коррекции пациенты категорически отказались. Дальнейшая их судьба неизвестна.

В заключение следует отметить, что реконструктивно-восстановительные операции с использованием кожно-жировых и кожно-мышечных лоскутов на ножке являются неотъемлемой частью хирургического лечения местнораспространенных форм злокачественных опухолей полости рта и ротоглотки. Более жизнеспособными, мобильными и устойчивыми к внутренним и внешним факторам по праву считаются кожно-мышечные лоскуты на массивных поперечно-полосатых мышцах шеи, спины и груди.

Вопрос пластики дефектов полости рта лоскутами на ножке остается актуальным в настоящее время и не требует использования дорогостоящей микрохирургической аппаратуры и современных технологий, особенно это касается развивающихся стран.

Поступило 13.01.2010 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Любаев В.Л. – Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2006, т. 17, № S2, с. 34.
2. Кропотов М.А., Соболевский В.А. и др. – Материалы V съезда онкологов и радиологов СНГ. – Ташкент, 2008, с. 159-160.
3. Базаров Н.И. Клиника, диагностика и пути оптимизации лечения опухолей челюстно-лицевой области и шеи: Автореф. дисс... д.м.н. – Душанбе, 1997, 38 с.

4. Танеева А., Кропотов М. и др. – Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН, 2009, т. 20, № 2, прилож. 1, с. 108-109.
5. Song M. et al. – Ai Zheng., 2009, v. 28, № 6, pp. 663-667.
6. Salvatori P., Motto E. et al. – Acta Otorhinolaryngol. Ital., 2007, Oct., v. 27(5), pp. 227-232.

Ш.З.ХАБИБУЛАЕВ

ХУСУСИЯТҲОИ РЕКОНСТРУКТСИЯИ ДАР НУҚСОНҲОИ РАХНАГИИ КОВОКИ ДАҲОН ВА ГУЛУДАҲОН

Муассисаи Давлати "Маркази Илми Саратон" Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон

Дар мақола хусусиятҳои тактикаи ҷарроҳии саратони паҳншудаи пардаи луобии ковокии даҳон ва гулудаҳон пешбари шудааст. Гузошта шудааст таҳлили пластикаи комбиникӣ дар 20 бемор бо 41 малофаи мураккаби пусту-фатсиалӣ ва пусту-мушакӣ дар пойчаҳо. Хангоми реконструктсияи комбиникӣ дар нуқсонҳои рахнагӣ бояд ду малофа истифода бурда шавад, барои бартараф кардани сатҳи дохили бояд малофаи мураккаби пусту-мушакӣ лозим меояд. Нишондодҳои хуб ва қаноатбахш дар 90% беморон мушоҳида карда шудааст.

Калимаҳои калидӣ: саратони пардаи луобии ковокии даҳон ва гулудаҳон – барқароркардани нуқсони рахнагӣ – малофаи мураккаби пусту-мушакӣ ва пусту-фатсиалӣ дар пойчаҳо.

Sh.Z.Khabibulaev

PARTICULARITIES OF RECONSTRUCTION OF THE ORAL CAVITY AND OROPHARYNX PENETRATED DEFECTS

State Institute "Oncological Scientific Center", Ministry of Health of the Republic of Tajikistan

There are modern tactic particularities of surgical treatment of advanced cancer of the oral cavity and oropharynx mucosa in this task. Combined plastic with 41 complex fasciocutaneous and musculocutaneous vascularized peduncle flaps implementation of 20 patients was analyzed by us. It was found that in combined reconstruction of penetrated defects should be used at least two flaps such way that for the inner covering formation should be used preference musculocutaneous flaps. Good and satisfactory results were achieved in 90% cases.

Key words: cancer of the oral cavity and oropharynx mucosa – penetrated defects reconstruction – fasciocutaneous and musculocutaneous peduncle flaps.