

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ

Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер

В структуре общей онкологической заболеваемости на злокачественные опухоли головы и шеи приходится 20% патологии. Обращает на себя внимание тот факт, что при целом ряде так называемых обзримых локализаций больные обращаются к онкологу с далеко зашедшим опухолевым процессом. Так, при первичном обращении в Краснодарский краевой клинический онкологический диспансер диагноз рака ротоглотки III–IV стадий распространенности выставлялся в 80% случаев, рака гортаноглотки – в 70%, рака полости рта и языка – более чем в 65% наблюдений.

Запоздавшая диагностика объясняется рядом факторов;

- сложные анатомо-топографические и функциональные взаимоотношения органов и систем;
- локализация определенных форм заболеваний на стыке интересов нескольких медицинских дисциплин (стоматология, оториноларингология, неврология, нейрохирургия, ортопедия), что приводит к потере времени на этапе обследования в учреждениях общей лечебной сети;
- нередко низкая квалификация и отсутствие онкологической настороженности врачей первичного звена;
- проблемы с организацией диспансерного контроля и скрининга заболеваний головы и шеи;
- неблагоприятная экономическая ситуация в системе здравоохранения;
- социально-финансовое неблагополучие части населения края.

Как правило, агрессивность течения ряда заболеваний требует проведения специального комбинированного и комплексного лечения, включающего в себя хирургическое вмешательство, лучевую и лекарственную терапию. Редким исключением является возможность радикального лечения местно-распространенного опухолевого процесса без участия хирурга.

Голова и шея с точки зрения анатомии и физиологии являются сложнейшими областями человеческого тела, отвечающими за дыхательную и пищеварительную функции жизнеобеспечения. Не менее важна социальная составляющая этой анатомической зоны, определяющаяся эстетикой формы головы и шеи, которая критично оценивается самим больным и окружающими. Этим определяется сложность задачи, стоящей перед хирургом, проводящим оперативное вмешательство по поводу опухолевого процесса [1].

Увеличение возможностей современной медицины, связанных с развитием анестезиологии, интенсивной терапии, других вспомогательных дисциплин, позволило заметно увеличить объемы хирургических вмешательств в онкологии, расширить границы резектабельности. В планировании радикальной операции лимитирующими факторами остаются распространенность злокачественного процесса на жизненно важные структуры, невозможность использования покровных тканей больного для закрытия операционной раны в зоне головного мозга или общей и внутренней сонных артерий. Такие ситуации в практической деятельности хирурга-онколога не так уж редки. Возможность появления уродующих дефектов (постоянные оростомы, фарингостомы, трахеостомы, необходимость пожизненного зондового питания) часто ведут к отказу от операции.

Единственный путь избежать названных трудностей – выполнение радикальных операций с пластическим компонентом. Пластическую часть операции, если позволяют обстоятельства, лучше делать одновременно с онкологическим пособием.

Выбор метода пластического закрытия послеоперационного дефекта всегда решается индивидуально до или даже в ходе операции. На него влияют анатомо-физиологические особенности организма каждого конкретного человека, распространенность опухолевого процесса, объем ранее проведенного лечения. Возможности пластики дефектов свободными лоскутами весьма ограничены из-за очень частой неадекватности кровоснабжения в воспринимающем тканевом ложе. Они усугубляются снижением репаративных способностей тканей предшествующей химиолучевой терапией, наличием рубцов в тканях при вторичной пластике. В настоящее время проблему обеспечения кровоснабжения в свободном лоскуте решает микрососудистая техника, если позволяет анатомия в зоне вмешательства [4]. Эти операции требуют соответствующего материального обеспечения и подготовки хирурга, они стоят в повестке дня в нашем учреждении.

Использование кровоснабжаемых лоскутов имеет долгую историю. Некоторые из них (индийский, филатовский стебель и др.) до сих пор остались в арсенале хирургов, но применяются редко из-за многостадийности и, соответственно, длительности лечения. С конца 70-х годов двадцатого века начался новый этап в реконструктивной онкологии. К этому времени были определены донорские зоны человеческого организма с надежным кровоснабжением. Формируемые лоскуты с различным тканевым составом способны к перемещению на длину сосудистой ножки. Очень важно, и это доказала практика, что использование аутопластического материала не ухудшает результатов лечения онкологического процесса.

Поверхностные послеоперационные дефекты, возникающие на лице и шее, зачастую удается укрыть за

счет простого ушивания раны или перемещения встречных тканевых лоскутов в зоне разреза. Как правило, по своему составу это кожно-жировые лоскуты. Для закрытия дефектов, имеющих сквозной характер, со вскрытием полостей рта, носа, глотки необходимо применение сложных лоскутов с включением кожи, фасциальной, мышечной или костной ткани. Предложен ряд технологий с использованием в качестве пластического материала лоскутов на подкожной, кивательной, большой грудной, широчайшей мышцах спины. Эти операции можно выполнять без применения специального оборудования, обеспечивая достаточно надежное питание трансплантата, который, к тому же, устойчив к разрушительному действию слюны и других биологически активных агентов. Подобного рода восстановительно-пластические операции позволяют расширить границы радикальной операбельности при одновременном эстетическом сохранении структур лица и шеи, увеличивают вероятность выполнения органосохраняющих операций [2, 3].

С июля 2006 г. в отделении опухолей головы и шеи Краснодарского краевого клинического онкологического диспансера выполнены 3 реконструктивно-восстановительных оперативных вмешательства с использованием сложных лоскутов.

Больной Б-в В. Ф., 1937 г. р., история болезни № 06.7639. Обратился в консультативную поликлинику краевого онкологического диспансера в январе 2006 г. с жалобами на наличие опухоли в полости рта. Считает себя больным с августа 2005 г., ранее специального лечения не получал. После обследования был выставлен диагноз: рак боковой поверхности тела языка T2N0M0, II st., II кл. гр. В апреле 2006 г. проведен курс дистанционной гамма-терапии с СОД – 46 Гр. Динамика резорбции при контрольном осмотре оценена как отрицательная. Врачебным консилиумом определено хирургическое лечение как второй этап лечебной программы. С 27.2006 г. по 17.07.2006 г. пациент находился в отделении опухолей головы и шеи краевого онкологического диспансера. При осмотре: в средней и задней третях правой половины тела языка, по боковой поверхности имеется опухоль инфильтративно-язвенного типа роста, размерами 4,5 x 3,0 см, с инфильтрацией подлежащих тканей до 3,0 см, распространение на слизистую оболочку дна полости рта, не достигающее до фиксированной части слизистой области альвеолярного отростка на 0,7 см. Пальпация тканей дна полости рта резко болезненна. Под правой кивательной мышцей, на границе верхней и средней третей, определяется плотный округлый гладкий безболезненный лимфоузел размером до 0,7 см, не спаянный с прилежащими тканями.

05.07.2006 г. произведена операция: электрорезекция тела языка комбинированная с резекцией тканей диафрагмы рта и одномоментной реконструкцией перемещенным кожно-мышечным лоскутом на правой кивательной мышце. Доступ осуществлялся через полость рта и из поднижнечелюстного анатомического треугольника.

ПГИ № 49937-42 от 11.07.2006 (фрагмент тела языка и тканей диафрагмы рта) – эпидермоидный рак с орогованием, лучевой патоморфоз II ст.

№ 49943-46 от 11.07.2006 (правая подчелюстная и подъязычная слюнные железы) – хронический сиалоаденит.

№ 49947-48 от 11.07.2006 г. (клетчатка с лимфоузлами правого подчелюстного треугольника шеи) – метастазы в лимфоузлах.

№ 49949 от 11.07.2006 г. (клетчатка с лимфоузлами средней югулярной зоны правой половины шеи) – в лимфоузлах метастазов нет.

Послеоперационный период протекал без осложнений, характеризовался незначительной слабостью репаративных процессов, явившихся следствием проведенной лучевой терапии.

Послеоперационный диагноз: рак тела языка задней, средней третей боковой поверхности справа pT3N1M0G1, III st., после комбинированного лечения (VII – 2006 г.), III кл. гр.

Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии с соответствующими рекомендациями.

Больной Р-н Е. В., 1965 г. р., история болезни № 06.11210. Обратился в консультативную поликлинику краевого онкологического диспансера в мае 2006 г. с жалобами на наличие опухоли тела языка, боли во рту при приеме пищи. Считает себя больным с сентября 2005 г., когда впервые заметил появление опухоли. До обращения в онкологический диспансер специальной помощи не получал. После обследования выставлен диагноз: рак дна полости рта T4NxM0, IV st., II кл. гр. В июне 2006 г. проведен курс дистанционной лучевой терапии с паллиативной целью (СОД 45 Гр). Резорбция опухоли составила менее 50%. Врачебным консилиумом рекомендовано проведение хирургического вмешательства на втором этапе лечебной программы.

С 11.09.2006 г. по 09.10.2006 г. больной находился на стационарном лечении в отделении опухолей головы и шеи краевого онкологического диспансера. При осмотре выявлена опухоль боковой поверхности средней и задней третей тела языка инфильтративно-язвенного типа роста размерами до 3,5 x 2,5 см. Она распространялась на протяжении 1,5 см на слизистую оболочку дна полости рта, доходила до фиксированной части в области альвеолярного отростка без инфильтрации последней. Шейные лимфоколлекторы интактны.

22.09.2006 г. произведена операция: электрорезекция дна полости рта, комбинированная с субтотальной резекцией тела языка, с одномоментной пластикой структур полости рта перемещенным кожно-мышечным лоскутом на питающей ножке с использованием правой большой грудной мышцы. Доступ осуществлялся через полость рта и из поднижнечелюстного анатомического треугольника. На этапах операции проводилась срединная мандибулотомия с последующим остеосинтезом.

ПГИ № 70349-58 от 28.09.2006 г. – эпидермоидный рак с орогованием.

Послеоперационный период протекал стабильно, характеризовался вялостью репаративных процессов, ожидаемых с учетом проведенной ранее дозы дистанционной гамма-терапии. Заживление ран первичным натяжением.

Послеоперационный диагноз: рак дна полости рта pT4NxM0G1, IV st., после комбинированного лечения, III кл. гр.

При контрольном осмотре пациента через полтора месяца после выписки выявлен лигатурный костно-кожный свищ. Костная репарация полная.

Таким образом, представленные хирургические технологии позволили сохранить в описанных наблюдениях непрерывность и целостность дуги тела нижней челюсти с восстановлением каркасности последней без формирования оростомы. В функциональном плане также достигнут хороший результат, сохранилась возможность приема естественным путем твердой и жидкой пищи.

Больной Н-н В. П., 1937 г. р., история болезни № 07.3640. Обратился в краевую консультативную поликлинику онкологического диспансера в ноябре 2006 г. с жалобами на наличие опухоли в полости рта, боль во рту при приеме пищи, устойчивую боль в правом ухе, которые не снимались анальгетиками, эпизоды кровотечения из опухоли. Ощущает затруднение при открытии рта.

Считает себя больным с сентября 2006 г., когда заметил опухоль в полости рта. Специального лечения не получал. После поликлинического обследования выставлен диагноз: рак нижней челюсти T2NxM0 II st., II кл. гр.

В декабре 2006 г. проведен курс дистанционной лучевой терапии (СОД 40 Гр). Резорбция опухоли незначительная.

С 20.02.2007 г. по 04.04.2007 г. больной находился на лечении в отделении опухолей головы и шеи краевого онкологического диспансера. При осмотре: тризм жевательной мускулатуры I ст., на альвеолярном отростке тела нижней челюсти на протяжении от первого премолара до ретроалвеолярной области включительно имеется опухоль. Она изъязвлена, распространяется кнаружи на слизистую альвеолярного отростка, преддверия полости рта вплоть до переходной складки. Слизистая оболочка щеки интактна. Кнутри опухоль инфильтрирует слизистую оболочку альвеолярного отростка тела нижней челюсти, лингвальную поверхность, не доходя до слизистой дна полости рта 3–4 мм. Распространения на структуры ротоглотки визуально не установлено. В правой подчелюстной области определяется плотное безболезненное эластичное опухолевидное образование без четких границ, не спаянное с прилежащими тканями, по форме близкое к сферическому, размером до 3,0 см.

При РКТ-сканировании органов оростомы области зоны от 22.02.2007 г.: задние 3,7 см правой половины альвеолярного отростка и ретроалвеолярной части тела нижней челюсти разрушены мягкотканно-известковой массой размером 3,7 x 4,0 x 3,5 см. Деструкция распространяется на глубину 1,7 см от верхнего края альвеолярного отростка. Патологическая масса примыкает к переднему краю вертикальной ветви челюсти, однако признаков ее разрушения не отмечено. Опухолевая масса не отделяется от передних краев крыловидной и жевательной мышц, а также контактирует с передней небной дужкой. Явных признаков распространения на дно полости рта не визуализировано. Лимфаденопатии в исследованной области не отмечено.

В предоперационном периоде у больного развилось осложнение – толстокишечное кровотечение. При обследовании явного источника геморагии не уста-

новлено, она была расценена как проявление паранеопластического синдрома.

После предоперационной подготовки 16.03.2007 г. произведена операция: расширенная правосторонняя гемирезекция нижней челюсти с правосторонней верхней фасциально-футлярной шейной лимфатической диссекцией, резекцией ротоглотки, дна полости рта, слизистой правой щеки. Произведена одномоментная пластика операционного дефекта перемещенным кожно-мышечным лоскутом на большой грудной мышце.

ПГИ № 27400-05 от 22.03.2007 г. – умеренно дифференцированная хондросаркома.

Послеоперационный диагноз: хондросаркома тела нижней челюсти pT2bN0M0G2, IIB st. после комбинированного лечения. II кл. гр.

Послеоперационный период гладкий, заживление ран первичным натяжением.

Все трое больных в настоящее время находятся под диспансерным контролем, признаков рецидивирования опухолевого процесса нет.

Приведенные клинические наблюдения демонстрируют сложные радикальные хирургические вмешательства с адекватной реабилитационной составляющей. Подобного рода операции требуют скрупулезной диагностики, тщательной предоперационной подготовки, точного расчета при хирургических манипуляциях. Они трудоемки, послеоперационный период чреват специфическими осложнениями, однако накопление клинического опыта неизбежно приведет к тому, что подобные оперативные вмешательства не будут эксклюзивом в нашей практике.

Поступила 18.06.07

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов А. Е. Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия. СПб, 1998. 743 с.
2. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области / Под ред. А. И. Неробеева, П. А. Плотникова. М., 1997. 288 с.
3. Кропотов М. А., Соболевский В. А., Доброхотова В. 3. Особенности реконструктивной хирургии при опухолевой патологии оростомы области // Материалы X Российского онкологического конгресса. М., 2006. С. 114–115.
4. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии. М., 2001. 200 с.

A. S. DIKAREV

STUDY CASES OF RECONSTRUCTIVE SURGERY APPLIED TO HEAD AND NECK TUMORS

The complexity of head and neck anatomy and significance of physiological function cause serious technical difficulties during radical surgery applied to cancer at first stage. Frequently they result in a morbid deformities along with physiological dysfunctions. These are the main reason for the surgery refusal. This work summarizes our success in a pivotal autologous reconstructive surgery applied to head and neck tumors.