

ПЛАСТИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ОРОФАРИНГЕАЛЬНОЙ ЗОНЫ

А.Ф. Лазарев¹, И.В. Вихлянов¹, Я.Н. Шойхет²

*Алтайский филиал ГУРОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул¹
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет
Росздрава», г. Барнаул²*

Представлен опыт пластики послеоперационных дефектов орофарингеальной зоны у 84 больных раком полости рта и ротового отдела глотки на этапе оперативных вмешательств на первичном очаге. У 46 (54,8 %) пластика была проведена слизисто-надкостничным лоскутом. В 26,2 % использована большая грудная мышца. В 1 случае использовалась трапецевидная мышца и в 1 – носогубный лоскут. В одинаковом количестве случаев (2,4 %) использовались лоскуты с включением кивательной мышцы и подкожной мышцы. Целесообразным оказалось использование для закрытия ограниченных дефектов ротоглотки артериализированного слизисто-надкостничного лоскута с твердого неба. Для пластики сочетанных дефектов орофарингеальной зоны в 4 случаях была использована комбинация лоскутов, включающая в себя артериализированный лоскут с твердого неба и лоскут с включением большой грудной мышцы.

Ключевые слова: опухоли головы и шеи, хирургическая пластика послеоперационных дефектов.

RECONSTRUCTIVE SURGERY OF POSTOPERATIVE DEFECTS IN PATIENTS WITH OROPHARYNGEAL CANCER

A.F. Lazarev¹, I.V. Vikhlyanov¹, Ya.N. Schoykhet²

*Altay Branch of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, RAMS¹
Altay Regional Oncology Clinic, Barnaul¹
Altay State Medical University, Barnaul²*

The experience of plasty of postoperative oropharyngeal defects in 84 patients with oral cavity and oropharyngeal cancers at the stage of surgery on a primary lesion has been presented. In 46 (54,8 %) patients plasty was performed by means of mucosa-periosteal graft. In 26,2 % of cases greater pectoral muscle was used. In one case trapezium muscle and in the other case nasolabial grafts were applied. In equal number of cases (2,4 %) grafts including sternocleidomastoideus and subcutaneous muscles were used. To close the limited oropharyngeal defects, the use of arterialized mucosal periosteal hard palate graft proved to be expedient. For the plasty of combined oropharyngeal defects a combination of grafts including arterialized hard palate graft and graft with greater pectoral muscle was used.

Key words: head and neck tumors, plasty of postoperative oropharyngeal defects.

На настоящем этапе выполнение как комбинированных, так и функционально-сохраняющих операций при опухолях полости рта и ротового отдела глотки невозможно без одномоментного выполнения пластики дефектов орофарингеальной зоны. Послеоперационные дефекты такого рода относятся к первой (немедленное закрытие обязательно по жизненным показаниям) и второй категории (восстановительные операции необходимы по функциональным показаниям) [1]. Несмотря на то, что в последнем случае одномоментная пластика не обусловлена жизненными показаниями, пациенты тем не менее обречены на отсутствие полноценной социальной и трудовой реабилитации [10, 12, 13].

Вопросы пластики послеоперационных дефектов орофарингеальной зоны разрабатываются достаточно давно. В историческом аспекте следует упомянуть, в частности, такие методы, как использование слизисто-надкостничных лоскутов в сочетании с йодоформным валиком [8]. Следующим этапом стало использование лоскутов с осевым кровообращением [6, 14]. Эти вопросы были детально освещены в исследовании А.А. Уварова [9], в котором автор подробно осветил роль тех или иных лоскутов в пластике различных по объему и локализации дефектов орофарингеальной зоны. В настоящее время этот вид пластики успешно применяется как при закрытии дефектов слизистой оболочки полости рта и ротог-

лотки, так и в виде комбинации лоскутов в реконструктивных операциях при распространенных опухолевых процессах, когда жизненно необходимо восстановление нескольких эпителиальных поверхностей (кожа, слизистая оболочка полости рта).

Вопросы использования свободных реваскуляризованных лоскутов (лучевой, желудочный, кишечный) и показания к их применению при различных дефектах орофарингеальной зоны широко освещены в литературе последних лет [2, 3, 7, 11]. Однако до настоящего времени методом выбора является использование различных лоскутов с осевым кровообращением, а также их комбинаций в различных сочетаниях [4, 5].

Материал и методы

В исследование включены 84 больных с опухолями орофарингеальной зоны, которым были проведены оперативные вмешательства на первичном очаге с реконструкцией возникающих дефектов в этой зоне. Из них у 54 больных были опухоли полости рта, а у 30 – опухоли ротового отдела глотки. Распределение больных в зависимости от распространенности первичной опухоли представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от первичной опухоли

TNM	Основная группа	
	абс. число	%
T ₂ N ₀ M ₀	14	16,7
T ₂ N ₁ M ₀	9	10,7
T ₂ N ₂ M ₀	1	1,2
T ₂ N ₃ M ₀	1	1,2
T ₃ N ₀ M ₀	26	30,9
T ₃ N ₁ M ₀	16	19,0
T ₃ N ₂ M ₀	9	10,7
T ₄ N ₀ M ₀	2	2,4
T ₄ N ₁ M ₀	4	4,7
T ₄ N ₂ M ₀	2	2,4
Всего	84	100,0

Результаты и обсуждение

Во время оперативного вмешательства на первичном очаге производилась оценка дефекта орофарингеальной зоны и планирование оптимального метода его пластики. Возникающие дефекты были типичными для данных операций. Они относились к группам передних, боковых, задних и задне-боковых

дефектов орофарингеальной зоны в соответствии с общепринятыми характеристиками.

В начале нашего исследования мы широко применяли с целью пластики дефектов орофарингеальной зоны, ограниченных по протяженности, метод пластики, разработанный в 1989 г. Г.И. Стадиным в отделении опухолей головы и шеи НИИ онкологии г. Томска [8], с использованием слизисто-надкостничных лоскутов с фиксацией линии шва йодоформным валиком. Этим объясняется достаточно большой процент использованной в работе пластики местными тканями (табл. 2).

Таблица 2

Виды пластики послеоперационных дефектов у больных основной группы

Вид пластики	Количество больных	
	абс. число	%
Пластика слизисто-надкостничным лоскутом	46	54,8
Большая грудная мышца	22	26,2
Трапецевидная мышца	1	1,2
Кивательная мышца	2	2,4
Подкожная мышца	2	2,4
Артериализированный лоскут с твердого неба	7	8,3
Носогубный лоскут	1	1,2
Комбинация большой грудной мышцы и артериализированного лоскута с твердого неба	4	4,8
Всего	84	100

Этот метод применялся нами у больных после гемиглоссэктомий и небольших по объему дефектов, возникающих после резекций дна полости рта в блоке с частью языка и горизонтально-плоскостной резекцией нижней челюсти. Однако результаты использования этого метода для пластики сочетанных дефектов орофарингеальной зоны (классификация А.А. Уварова, 1997) [9] являются явно неудовлетворительными по функциональным и косметическим результатам. В связи с этим в последующем нами стали активно использоваться различные лоскуты с осевым кровообращением либо сформированные на подкожной мышце шеи. Отметим, что наиболее широко в нашем исследовании мы применяли кожно-мышечно-фасциальный лоскут, сформированный на большой грудной мышце. При сочетанных дефектах мышечная часть лоскута позволяет хорошо возместить дефект мягких тканей, образующийся после выполнения как комбинированных, так и функциональ-

но-сохранных операций, и восполнить дефицит слизистой оболочки полости рта и ротового отдела глотки. Для пластики ограниченных дефектов боковой локализации в 2 случаях использовались лоскуты на подкожной мышце. Для пластики большого дефекта задней локализации в одном случае нами использовался кожно-мышечный лоскут с включением трапецевидной мышцы. Однако травматичность выделения лоскута вынудила нас в последующем отказаться от использования данного вида пластики. В 2 случаях с целью пластики дефекта языка нами использовались кожно-фасциальные лоскуты с включением кивательной мышцы. Носогубный лоскут использовался нами в одном случае для пластики щеки. Таким образом, в данных случаях нами использовались типичные методы пластики для закрытия стандартных дефектов орофарингеальной зоны.

Однако при пластике ограниченных дефектов, возникающих у больных опухолями ротоглотки, при локализации опухоли в области боковой стенки глотки и мягкого неба применение обычных видов пластики нельзя признать удовлетворительным. Это связано с повышенной травматичностью при выделении лоскутов, а также направлением силы тяжести, что при фиксации типового лоскута (в частности, с включением большой грудной мышцы) в верхней части послеоперационной раны вызывает его отрыв от верхнего края послеоперационного дефекта и в последующем приводит к заживлению раны вторичным натяжением. В связи с этим нами был разработан другой вид пластики данной категории дефектов, а именно – артериализованным лоскутом с твердого неба, который широко применяется в стоматологической практике. Лоскут при этом формируется на нисходящей небной артерии, для увеличения его подвижности ножка лоскута мобилизуется изогнутым москитом примерно на треть, после чего лоскут легко ротируется, укладывается на дефект ротоглотки и фиксируется к его краям. Предварительная перевязка наружной сонной артерии при этом не является препятствием для выполнения данного вида пластики, так как нисходящая небная артерия широко анастомозирует с ветвями передней и задней решетчатой артерий, происходящих из системы внутренней сонной артерии. Гравитационное направление кровотока и сила тяги ножки лоскута, направленная вверх, обеспечивают хорошее приживание лоскута данно-

го типа. Немаловажным является и родственность слизистой оболочки твердого неба и ротоглотки в области возникающего дефекта, что обеспечивает хорошее заживление послеоперационной раны. Отметим также, что при данном виде пластики не нарушаются микробные ассоциации, сложившиеся в полости рта, и не привносится новый инфекционный агент, что возможно при пластике кожными лоскутами либо микрохирургической пластике с использованием желудочного либо толстокишечного лоскутов.

При пластике сочетанных дефектов полости рта и ротоглотки, возникающих при расширенно-комбинированных операциях по поводу местно-распространенных процессов орофарингеальной зоны, нами использовалась комбинация лоскутов в составе островкового кожно-фасциального лоскута на большой грудной мышце и артериализованного лоскута с твердого неба. При этом лоскут с включением большой грудной мышцы возмещает дефект языка с корнем и дном полости рта, а артериализованный лоскут с твердого неба – дефект тканей ротоглотки.

Необходимо отметить, что особенностью применения нами лоскута с включением большой грудной мышцы явилось проведение его в область шеи под ключицей. При этом ключица выделялась поднадкостнично на должном протяжении и лоскут проводился под ней. Это исключает перегиб сосудистой ножки лоскута, увеличивает возможности и сферу применения лоскута в виде пластического материала в силу удлинения его и устраняет косметический дефект в виде дополнительного объема мягких тканей в области ключицы и боковой поверхности шеи.

Таким образом, для пластики послеоперационных дефектов у больных основной группы использовался широкий арсенал методов пластики: пластика местными тканями при ограниченных дефектах орофарингеальной зоны, использовались типовые лоскуты с осевым кровоснабжением, такие как с включением большой грудной мышцы, трапецевидной и т.д. С целью пластики ограниченных дефектов ротоглотки после оценки особенностей кровоснабжения данной области нами был применен артериализованный слизисто-надкостничный лоскут с твердого неба, который после соответствующей мобилизации хорошо восполнял послеоперационный дефект мяг-

ких тканей данной области. Для пластики сочетанных дефектов орофарингеальной зоны, возникавших после комбинированных операций, мы использовали комбинацию кожно-мышечно-фасциального лоскута с включением большой грудной мышцы, который хорошо восполнял дефект мягких тканей языка и полости рта и артериализированного слизисто-надкостничного лоскута с твердого неба с целью пластики дефекта боковой стенки глотки. Для исключения перегиба сосудистой ножки лоскута с включением большой грудной мышцы, расширения сферы применения лоскута в виде пластического материала и устранения косметического дефекта в виде дополнительного объема мягких тканей в области ключицы и боковой поверхности шеи в большинстве случаев лоскут проводился в область шеи под ключицей после ее поднадкостничного выделения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизян Р.И. Комбинированные реконструктивные операции при опухолях головы и шеи: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
2. Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии. Челябинск, 2002. 261с.
3. Глезеров Э.А., Бурлаков А.С. Микрохирургическое закрытие обширных дефектов у больных с запущенными опухолями головы и шеи // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. М., 1996. Ч. 1. С. 265–266.
4. Матякин Е.Г., Алферов В.С., Уваров А.А. и др. Реконструктивные операции и органосохраняющие методы лечения у больных опухолями гортани и полости рта // Вестник РАМН. 1995. № 4. С. 30–33.
5. Матякин Е.Г., Уваров А.А., Федотенко С.П. и др. Современные подходы к органосохраняющему лечению больных раком органов полости рта III–IV стадии // Сб. научных трудов: Новое в онкологии. 1995. № 1. С. 55–59.
6. Неробеев А.И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М., 1997. 287с.
7. Решетов И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия опухолей головы и шеи // Практическая онкология. 2003. Т. 4, № 1. С. 9–14.
8. Стадин Г.И., Кицманюк З.Д. Пластика послеоперационных дефектов у больных с опухолями челюстно-лицевой области // Вопр. онкологии. 1989. Т. 35, № 7. С. 853–856.
9. Уваров А.А. Органосохраняющие методы лечения местно-распространенного рака орофарингеальной области: Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1997.
10. Borggreven P.A., Verdonck-de Leeuw I., Langendijk J.A. et al. Speech outcome after surgical treatment for oral and oropharyngeal cancer: A longitudinal assessment of patients reconstructed by a microvascular flap // Head Neck. 2005. № 10.
11. Frick A., Baumeister R.G., Mees K. Possible variations of free autogenous jejunum transplantation for differential reconstruction of the oropharynx // Chirurg. 2000. Vol. 71, № 12. P. 1493–1499.
12. Lazarus C.L., Logemann J.A., Pauloski B.R. et al. Swallowing and tongue function following treatment for oral and oropharyngeal cancer // J. Speech. Lang. Hear. Res. 2000. Vol. 43, № 4. P. 1011–1023.
13. Oursin C., Trabucco P., Bongartz G., Steinbrich W. Pathological deglutition pattern after tumor surgery of the oro- and hypopharynx // HNO. 1999. Vol. 47, № 3. P. 167–171.
14. Stein D.W., Schuller D.E. Advantages of pectoralis musculocutaneous flap pharyngeal reconstruction // Laryngoscope. 1989. Vol. 99, № 7. P. 691–696.

Поступила 5.07.06