

ПЛАСТИКА ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛАРИНГЭКТОМИИ

Ю.С. Васильев, С.В. Яйцев*, А.С. Аладин**, А.О. Гузь**

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, *Челябинская государственная медицинская академия,

**Челябинский окружной клинический онкологический диспансер,

г. Челябинск

Проведено сравнение эффективности различных способов закрытия дефектов передней стенки глотки у 60 больных после комбинированного лечения рака гортани. Установлено, что традиционные методики пластики сопровождаются большим количеством осложнений (26,7 %) и значительной продолжительностью во времени (средний срок завершения пластики – 5,8 месяцев). Предложен новый способ закрытия фарингостом, позволяющий значительно снизить количество осложнений (до 5 %) и длительность пластики (до 1,5 месяцев).

Ключевые слова: рак гортани, пластика глотки.

Актуальность исследования. Радикальное лечение больных с местнораспространенными формами рака гортани основывается на комбинированном подходе, включающем в себя сочетание лучевой терапии и оперативного вмешательства. При этом лучевая терапия, проводимая как правило в предоперационном периоде, помимо снижения активности опухолевых клеток, неизбежно приводит и к ухудшению регенераторных способностей здоровых тканей [1, 5].

Необходимость проведения оперативного пособия на облученных тканях заведомо повышает риск послеоперационных осложнений. Образование обширных тканевых дефектов глотки, кожи и окружающих мягких тканей, обнажение артериального сосудистого пучка шеи как следствие одномоментной шейной лимфаденэктомии – неизбежные спутники хирургического лечения рака гортани. Традиционные методики закрытия дефектов глотки в виде местнопластических операций и переноса Филатовского стебля обладают значительными недостатками, что делает актуальным поиск новых методик фарингопластики в онкологии.

Для решения задачи восстановления передней стенки глотки после расширенной ларингэктомии предлагается целый ряд методик. Небольшие дефекты могут быть закрыты локальными лоскутами. Пластика дефектов больших размеров требует применения более сложных операций: дельтопекторальный лоскут, и свободные реvascularизируемые лоскуты – лучевой, передней стенки желудка и фрагменты тонкой кишки [2, 3, 6]. Большим недостатком дельтопекторального лоскута является то обстоятельство, что этот лоскут является кожно-фасциальным и не включает в себя мышечного компонента. Кроме этого указанный

лоскут имеет ограниченную мобильность, требует одномоментной пластики донорского ложа кожным трансплантатом, а также оставляет заметный косметический дефект передней поверхности грудной клетки. С развитием микрохирургии большую популярность приобрели методы пластики глотки, основанные на перемещении реvascularизируемого фрагмента желудочно-кишечного тракта. На сегодняшний день наиболее часто используется пластика глотки свободным лоскутом тонкой кишки. Преимуществом этого метода является использование в качестве пластического материала кишечной трубки идентичной по своему анатомическому строению глотке. Однако существенными недостатками этого способа являются повышение травматичности операции и степени операционного риска, связанных с необходимостью выполнения лапаротомии и наложения кишечных анастомозов, а также необходимостью применения микрохирургической техники с потенциальной угрозой полной потери пересаженного лоскута. Использование лучевого лоскута несколько уменьшает травматичность операции, однако также содержит недостатки, связанные с применением микрохирургической техники [4].

Цель исследования: разработка способа закрытия дефектов передней стенки глотки у больных после ларингэктомии, позволяющего снизить количество осложнений и длительность пластики.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 60 больных раком гортани, которым в процессе комбинированного лечения выполнялись различные реконструктивные операции с целью закрытия фарингостом. Для сравнительной оценки эффективности различных методик больные были разделены на три группы. В группы сравнения были включены пациенты, которым

фарингостомы закрывали с использованием местных лоскутов ($n = 20$), либо путем поэтапного перемещения трубчатого стебля по Филатову ($n = 20$). В основную группу было включено 20 больных, которым пластика фарингостомы выполнялась за счет одноэтапного перемещения кожно-мышечного пекторального лоскута ($n = 20$).

Результаты и обсуждение. Высокая вероятность несостоятельности швов глотки после использования местнопластических операций (26,7 %) с образованием фарингеальных свищей или фарингостом как правило приводит к нагноению операционной раны, что может служить причиной арозивного кровотечения из артериального пучка шеи, который полностью обнажается после операции Крайля. Традиционная хирургическая тактика в таких ситуациях подразумевает пластическое закрытие дефекта трубчатым мигрирующим лоскутом (Филатовским стеблем) через 4–6 месяцев. Однако существенные недостатки этого метода (многоэтапность и длительность пластики, недостаточно высокая надежность, связанная со слабым кровоснабжением неоднократно перемещенного лоскута, недостаточный объем тканей, невозможность использования для одномоментной реконструкции) не позволяют применять его для решения большинства проблем, связанных с хирургическим лечением рака гортани.

Указанные недостатки не позволяют считать результаты традиционно используемой нами тактики хирургического лечения рака гортани удовлетворительными и требуют поиска возможных путей ее усовершенствования.

Для решения этой задачи нами предложена методика, основанная на использовании лоскута на питающей ножке на основе большой грудной мышцы (пекторальный лоскут). Операция выполнялась двумя бригадами хирургов одномоментно. Лоскут формировали со стороны, противоположной рабочей руке больного. Размеры кожной части лоскута определяли в зависимости от величины дефекта передней стенки глотки. Принципиально важными считали следующие моменты формирования лоскута: сохранение ключичной порции большой грудной мышцы, предупреждающей нарушение функции верхней конечности и проведение выделенного лоскута под ключичной порцией большой грудной мышцы для удлинения питающей ножки и профилактики сдавления сосудов. Второй бригадой хирургов проводилась отслойка кожных лоскутов по краям раны и формирование подкожного туннеля, соединяющего раны на шее и грудной клетке между собой. Подготовленный лоскут большой грудной мышцы выводился через сформированный туннель в рану на шее. Кожный фрагмент лоскута подшивался к краям дефекта передней стенки глотки тремя рядами швов (биосин 4–0 и пролен 4–0). Мышечный фрагмент лоскута использовался для закрытия раны путем подшивания его к краям раневого дефекта на шее.

Закрытие дефекта кожи осуществлялось путем пересадки полнослойного кожного трансплантата с передней поверхности брюшной стенки. Рана на животе зашивалась внутрикожным проленовым швом.

Как показали результаты проведенного исследования, в отдаленном периоде после пластики глотки кожно-мышечным пекторальным лоскутом происходила полная адаптация лоскута к особенностям функции глотки. Еще одним важным позитивным моментом описанной методики является возможность пластического укрытия мышечной частью лоскута артериального сосудистого пучка шеи, который всегда обнажается при выполнении операции Крайля. В подавляющем большинстве случаев отмечен хороший функциональный результат операции. Раннее выздоровление больных и возможность полноценного энтерального питания обеспечивали хорошие результаты лечения в целом. Не было необходимости в назначении длительных курсов антибактериальной терапии. Важно отметить, что практически у всех больных отмечено улучшение эмоционального фона. Несмотря на то, что лечение пациентов данной категории проводилось на фоне вторичного иммунодефицитного состояния, несостоятельность швов глотки с развитием околораневой флегмоны с последующим эрозивным кровотечением и исходом в фарингостому возникло всего у одного больного. Данное осложнение произошло по причине того, что кожный лоскут был вшит в дефект глотки однорядным швом (биосин 4–0). Несмотря на указанное осложнение, фарингостома была ликвидирована путем прямого ушивания ее краев через 4 месяца после операции. У остальных больных осложнений не было, раны зажили первичным натяжением. Завершенность пластики составила 95 %.

Таким образом, результаты данной работы позволили нам усовершенствовать хирургическую тактику лечения больных с распространенными формами рака гортани. Отличия нашей хирургической тактики от традиционно применяемой заключаются в том, что с целью профилактики несостоятельности швов глотки после любой ларингэктомии предлагается производить дополнительное укрытие линии швов лоскутом большой грудной мышцы на питающей ножке. В случае расширенной операции производить обязательную первичную одномоментную пластику передней стенки глотки этим же лоскутом.

Литература

1. Реконструкция фрагментов лицевого скелета и мягких тканей лица при злокачественных новообразованиях / В.И. Чиссов, И.В. Решетов, С.А. Кравцов и др. – М.: ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена Росздрава, 2005. – 14 с.
2. Трофимов, Е.И. Пластическое закрытие дефектов мягких тканей головы и шеи. Микрохи-

рургия и экспандерная дерматензия / Е.И. Трофимов, Д.М. Бжассо // *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2008. – № 1. – С. 32–39.

3. Эюбов, Ю.Ш. Свободные реваскуляризируемые мышечные аутотрансплантаты в восстановительной микрохирургии / Ю.Ш. Эюбов // *Анналы пластической реконструктивной и эстетической хирургии*. – 2004. – № 2. – С. 27–37.

4. Application of anterolateral thigh free flap to reconstruct head and neck soft tissue defects. /

W.W. Liu, X.K. Liu, Z.M. Guo et al. // *Chin J Cancer*, 2009. – Vol. 28(10). – P. 1088–1092.

5. Hurvitz, K.A. Current options in head and neck reconstruction / K.A. Hurvitz, M. Kobayashi, G.R. Evans // *Plast Reconstr Surg*. – 2006. – Vol. 118(5). – P. 122–133.

6. Ramakrishnan, V.R. Improved skin paddle survival in pectoralis major myocutaneous flap reconstruction of head and neck defects / V.R. Ramakrishnan, W. Yao, J.P. Campana // *Arch Facial Plast Surg*, 2009. – Vol. 11(5). – P. 306–310.

Поступила в редакцию 11 июня 2010 г.