

ВОЗМЕЩЕНИЕ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ СЛОЖНЫМИ КОЖНО-ЖИРОВЫМИ И КОЖНО-МЫШЕЧНЫМИ ЛОСКУТАМИ НА НОЖКЕ

Ш.З. Хабибулаев

Государственное учреждение «Онкологический научный центр» МЗ РТ, г. Душанбе

Одномоментные реконструктивно-восстановительные операции с применением кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов на ножке имеют высокую эффективность при хирургическом лечении местнораспространенного рака полости рта, губ и ротоглотки. Высокие функциональные и косметические результаты позволяют рекомендовать подобные оперативные вмешательства как один из стандартов лечения указанных злокачественных новообразований.

Ключевые слова: рак слизистой оболочки полости рта и губ, реконструктивно-пластические операции.

REPLACEMENT OF MAXILLOFACIAL DEFECTS BY PEDICLE MUSCULOCUTANEOUS
AND CELLULOCUTANEOUS FLAPS

Sh.Z. Habibulaev

Oncology Scientific Center, Dushanbe

Single-stage reconstructive-regenerative operations with application of pedicle musculocutaneous and cellulocutaneous flaps have been proved to be effective in treatment of locally advanced cancer of the oral cavity, lips and stomatopharynx. High functional and cosmetic results allow the doctors to recommend these operations as one of standards of antineoplastic therapy for above malignances.

Key words: cancer of oral cavity and lips, reconstructive-plastic surgery.

Местнораспространенный рак слизистой оболочки полости рта и губ характеризуется агрессивным течением, инфильтративным ростом и бурным метастазированием в регионарные лимфатические узлы. Основными методами лечения являются комбинированный и комплексный методы. Применение лучевых и/или химиотерапевтических методов лечения редко приводит к полному излечению пациентов. Поэтому осуществление хирургического вмешательства на различных этапах комбинированного воздействия является «золотым» стандартом в лечении местнораспространенного рака данной локализации. Сама операция заключается в резекции двух и более анатомических областей, включая нижнюю и/или верхнюю челюсти. В результате подобных вмешательств образуются обширные дефекты тканей и возникают тяжелые нарушения жизненно важных функций организма, таких как глотание, жевание, дыхание и речь. Простое сшивание краев дефекта приводит к образованию грубых рубцов и уменьшению объема полости рта, что только усугубляет вышеуказанные нарушения [2].

Таким образом, проблема улучшения качества жизни у рассматриваемого контингента онкологических больных является актуальной и заключается в планировании, разработке и выполнении реконструктивно-восстановительных операций, направленных на восстановление утраченных функций полости рта, нижней и верхней губ [3, 4].

Наиболее перспективным и практичным направлением восстановительной хирургии челюстно-лицевой области является разработка артериализированных кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов с осевым характером кровообращения. К кожно-фасциальным лоскутам, используемым нами при пластике губ и для наружной выстилки при комбинированной пластике, относятся носогубный (НГЛ), дельтопекторальный (ДПЛ) и шейный (ШЛ). Кожно-мышечные сложные лоскуты базируются на поперечнополосатых мышцах шеи, груди и спины. К ним относятся лоскуты на подкожной мышце шеи (ПлЛ), грудино-подъязычной мышце (ППЛ), грудино-ключично-сосцевидной мышце (ГКСЛ), широчайшей мышце спины

Таблица 1

Локализация и распространенность опухолей слизистых оболочек

Локализация опухоли	Стадия опухолевого процесса						Всего
	T ₃ N ₀ M ₀	T ₃ N ₁ M ₀	T ₃ N ₂ M ₀	T ₄ N ₀ M ₀	T ₄ N ₁ M ₀	T ₄ N ₂ M ₀	
Дно полости рта	-	-	1	3	1	1	6
Язык	1	2	1	1	1	-	6
Щека	2	3	1	4	3	1	14
Альвеолярный край нижней челюсти	1	-	-	3	2	-	6
Нижняя и верхняя губы	5	2	2	-	4	-	13
Ротоглотка	-	1	-	-	1	-	2
И т о г о	9	8	5	11	12	2	47

(ШМЛ) и большой грудной мышце (БГЛ). Эти трансплантаты характеризуются улучшенной васкуляризацией кожного фрагмента, мобильностью, массивностью и достаточной стойкостью к внешним факторам, таким как инфекция, ферментативная активность некоторых жидкостей организма (слюна, слеза), лучевая нагрузка. Отсутствие питающей кожно-жировой ножки дает возможность избежать формирования плановых оростом и осуществления многоэтапных операций, что, в конечном итоге, существенно уменьшает время нахождения больных в стационаре. Данные преимущества являются важными предпосылками для использования этих лоскутов при замещении обширных дефектов слизистой оболочки и мягких тканей полости рта и губ [1, 3, 5].

Мы имеем опыт лечения 47 больных раком слизистой оболочки полости рта и губ, в возрасте от 27 до 79 лет, которым произведены комбинированные или расширенно-комбинированные операции с пластикой дефектов кожно-жировыми и кожно-мышечными лоскутами на ножке. Мужчин было 28, женщин – 19. Диагноз плоскоклеточный ороговевающий или неороговевающий рак верифицирован у всех больных данными гистологического исследования.

Наиболее часто опухоль локализовалась на слизистой оболочке щеки и губ – 14 (29,8 %) и 13 (27,7 %) случаев. Одинаково часто (по 6 случаев, что составило 12,8 %) плоскоклеточный рак наблюдался на языке, слизистой оболочке дна полости рта и альвеолярного отростка нижней челюсти. В исследование включены 2 (4,3 %) пациента плоскоклеточным раком ротоглотки, потому что опухоль инфильтровала ткани дна полости рта и языка и по-

требовалась аналогичная пластика дефектов. Степень распространенности злокачественных опухолей органов полости рта определялась по Международной классификации TNM (5 издание), согласно которой все исследуемые случаи соответствовали T₃ и T₄, т.е. относились к запущенным стадиям заболевания. Половина оперированных опухолей соответствовала градации T₄, а 57,4 % больных впервые обратились за помощью с регионарными метастазами различной степени поражения лимфатических узлов шеи (табл. 1).

При реконструкции полости рта необходимо учитывать такой важный фактор, как поражение опухолью двух или более эпителиальных поверхностей. От этого зависит характер пластики дефектов и осуществляется выбор трансплантатов, необходимых для ее выполнения. При несквозных дефектах полости рта, губ и ротоглотки (27 пластик) мы производили типичную реконструкцию, т.е. использовали, как правило, только один из вышеуказанных лоскутов. Для закрытия же сквозных обширных дефектов (20 пластик) выполнялась комбинированная пластика, при планировании которой выбирались, как минимум, два артериализированных лоскута: один для создания внутренней выстилки дефекта, а другой – для наружной. Наиболее часто реконструкция дефектов слизистой оболочки полости рта производилась кожно-мышечным лоскутом на большой грудной мышце (13 случаев), реже – лоскутом на грудино-ключично-сосцевидной мышце (9 случаев). Четверым больным пластика выполнена кожно-мышечным лоскутом, базирующимся на грудино-подъязычной мышце, и 1 пациенту – лоскутом на подкожной мышце шеи (табл. 2).

Таблица 2

Разновидность использованных пластических лоскутов в зависимости от локализации опухоли в полости рта

Вид пластики	Локализация опухолевого процесса					Всего
	Дно полости рта	Язык	Щека	Альвеолярный край нижней челюсти	Ротоглотка	
БГМ	3	3	6	1	-	13
ГКСЛ	1	2	4	2	-	9
ПлЛ	-	-	-	1	-	1
ППЛ	1	-	1	1	1	4
Итого	5	5	11	5	1	27

Таблица 3

Сочетание различных лоскутов для пластики сквозных дефектов полости рта

Вариант сочетания пластических лоскутов	Локализация опухоли			
	Полость рта	Нижняя и верхняя губы	Ротоглотка	Всего
БГМ + ДПЛ	1	1	1	3
БГМ + ШЛ	3	-	-	3
НГЛ	-	10	-	10
ГКСЛ + ДПЛ	1	-	-	1
ПлЛ + ДПЛ	-	2	-	2
ППЛ + ДПЛ	1	-	-	1
Итого	6	13	1	20

Примечание: в первом столбце таблицы вначале указан лоскут для внутренней выстилки, а затем для наружной.

Все лоскуты являются «островковыми», когда фрагмент кожи имеет вид островка, расположенного на дистальном конце мышцы, а его кровоснабжение осуществляется из самой мышцы через перфорантные сосуды. Мышечная ножка лоскута подводится к дефекту полости рта под кожей, а края кожного островка подшиваются к краям дефекта слизистой оболочки, достигая тем самым полной герметичности ротовой полости. Характерной особенностью этого вида пластики является соответствие количества лоскутов на ножке и больных.

При комбинированной пластике сквозных дефектов полости рта, губ и ротоглотки потребовалось значительно большее количество трансплантатов, учитывая необходимость формирования двух эпителиальных поверхностей, в итоге у 20 больных использовалось в общей сложности 30 лоскутов на ножке (табл. 3). Наиболее часто применялся носогубный лоскут для пластики нижней губы. При полном дефекте нижней или верхней губ у 6 больных выполнена хейлопластика по Брунсу, когда один лоскут,

взятый на щеке, имеет сразу две эпителиальные поверхности – кожную и слизистую. Такой вид пластики очень удобен и прост. Единственным условием для ее применения является сохранение участка слизистой оболочки по краю внутреннего дефекта шириной не менее 0,5 см от края десны. Это необходимо для облегчения подшивания слизистой оболочки лоскута и сохранения достаточного кровоснабжения края десны.

Всем больным операции производились под общим эндотрахеальным наркозом с интубацией через нос. При невозможности выполнения последней интубация осуществлялась через нижнюю трахеостому, наложенную в начале хирургического воздействия. Первый этап вмешательства заключался в абластичной резекции двух и более анатомических областей полости рта, пораженных опухолью. При необходимости выполнялась краевая резекция нижней челюсти или ее резекция на протяжении, в зависимости от степени поражения кости и локализации самой опухоли. Как показывает опыт, излишне

Таблица 4

Количество осложнений в зависимости от вида лоскута

Вид пластики	Характер осложнений				
	Полный некроз	Частичный некроз	Расхождение швов	Образование свищей	Всего
БГМ	3	1	4	5	13
ГКСЛ	2	3	-	2	7
ПлЛ	1	1	-	-	2
ППЛ	-	1	-	1	2
Итого	6	6	4	8	24

щающееся отношение хирурга к окружающим тканям при комбинированных операциях по поводу местнораспространенного плоскоклеточного рака органов полости рта приводит к резкому увеличению количества рецидивов, лечение которых является еще более сложной проблемой.

Второй этап операции представлял собой одномоментное пластическое закрытие дефекта лоскутами на ножке. Этот этап планировался заранее, поэтому выбор необходимых трансплантатов во время вмешательства не представлял особой проблемы. Максимальная продолжительность хирургического воздействия на первичном очаге с одномоментной пластикой дефекта и иссечением клетчатки шеи составила 4,2 ч.

В послеоперационном периоде проводилось стандартное лечение, обязательно включающее антибиотикотерапию и противоопухолевую терапию. Восстановление оперированных больных проходило очень быстро, носо-пищеводный зонд, установленный для кормления, удалялся в среднем на 12–16 сут, и при отсутствии серьезных осложнений больные выписывались домой.

Следует отметить, что у всех больных отмечены хорошие функциональные и косметические результаты. Полностью восстановлены такие функции, как глотание, дыхание и речь. Жевание твердой пищи у пациентов с резецированной нижней челюстью представляло проблему в первые месяцы наблюдения, когда происходит активное рубцевание послеоперационной раны в области кости. После образования мощного рубца и отсутствия признаков опухолевого роста в области операции таким больным можно осуществлять протезирование костных структур черепа.

Для оценки функционального эффекта и эффективности реконструктивно-восстановительной операции был проведен анализ частоты осложнений в зависимости от вида лоскута, используемого для закрытия дефектов слизистой оболочки (табл. 4). В целом, послеоперационные осложнения возникли у 24 больных (51 %), их высокая частота обусловлена сложностью и длительностью хирургического воздействия, особенностями оперированной области. Несоблюдение пациентами личной гигиены и загрязненность полости рта высокопатогенной микрофлорой распадающихся новообразований, устойчивой к действию большинства антибиотиков, намного осложняли течение послеоперационного периода.

Полный некроз лоскута развился у 6 больных: у 3 – при пластике кожно-мышечным лоскутом на большой грудной мышце, 2 – при реконструкции дефекта лоскутом на кивательной мышце, у 1 – полный некроз кожного фрагмента лоскута на подкожной мышце шеи. У двух пациентов отмечено развитие полной оростомы. От повторных операций больные категорически отказались, поэтому им проводились консервативные мероприятия в виде мазевых перевязок и промываний в течение длительного времени, в результате чего свищи зажили вторичным натяжением. Дальнейшая судьба больных с оростомами неизвестна. У 6 пациентов с распространенным раком слизистой оболочки щеки и дна полости рта имел место частичный некроз концевой отдела трансплантата, что привело к образованию гнойно-некротических свищей. Консервативные мероприятия в виде промывания антисептическими растворами, создания адекватного оттока, мазевые повязки привели к полному закрытию свищей к моменту

выписки и лишь незначительно удлинители сроки пребывания больных в стационаре. Частичное расхождение швов и образование свищей отмечены в 12 случаях (25,5 %). Консервативные мероприятия проводились в основном амбулаторно. Такие осложнения, как кровотечение, тризм жевательных мышц, остеомиелит культи нижней челюсти, не наблюдались.

В заключение отметим высокую эффективность одномоментных реконструктивно-восстановительных операций с применением кожно-фасциальных и кожно-мышечных лоскутов на ножке при лечении местнораспространенного рака органов полости рта, губ и ротоглотки. Высокие функциональные и косметические результаты позволили значительно улучшить качество жизни этого контингента больных, что дает нам право рекомендовать

данный вид лечения как один из стандартов противоопухолевой терапии злокачественных опухолей полости рта, губ и ротоглотки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карпов И.А. Особенности патогенеза, клинических проявлений и лечения осложнений после реконструктивно-восстановительных операций: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2009. 47 с.
2. Неробеев А.И. Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами. М.: Медицина, 1988. 272 с.
3. Решетов И.В., Поляков А.П. Протезирование структур лицевого скелета: за и против // Вместе против рака. 2007. № 1–2. С. 23–27.
4. Танеева А.Ш., Матякин Е.Г. Сложные реконструктивные операции при раке полости рта и ротоглотки. // Материалы VII Российской онкологической конференции. М., 2003. С. 147–148.
5. Vartanian J.G., Carvalho A.L., Carvalho S.M. et al. Pectoralis major and other myofascial/myocutaneous flaps in head and neck cancer reconstruction: Experience with 437 cases at a single institution // Head Neck. 2004. Vol. 26, № 12. P. 1018–1023.

Поступила 4.09.09