

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Жумаев А.У., Дустов Ш.Х., Саидов Г.Н.

ONKOLOGIK KASALLIKLARGA CHALINGAN BEMORLARDA OG'IZ BO'SHLIG'INI MIKROXIRURGIK REKONSTRUKSIYA QILISH BO'YICHA BIRINCHI TAJRIBAMIZ

Jumaev A.U., Do'stov SH.X., Saidov G.N.

MICROSURGICAL RECONSTRUCTION OF THE ORAL CAVITY IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

Jumaev A.U., Dustov Sh. Kh, Saidov G.N.

Бухарский областной филиал Республиканского специализированного научно-практического центра онкологии и радиологии

Maqsad: radikal onkologik operatsiyalardan so'ng tilni mikroxirurgik qayta tiklashning funktsional natijalarini yaxshilash. **Materiallar va usullar:** Respublika ixtisoslashtirilgan onkologiya va radiologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Buxoro viloyati filiali bosh-bo'yin o'smalari va rekonstruktiv jarrohlik bo'limida 2017-2019 yillarda til saratoni bilan og'riq o'nta bemorga bilak ichki yuzasidan teri va fasial loskut yordamida mikrojarrohlik texnika bilan plastik jarrohlik davolash amaliyoti o'tkazildi. Barcha bemorlar jarrohlik muolajalarida: gemiglosektomiya, limfadenektomiya va bilak ichki yuzasi teri va fasial loskut yordamida mikrojarrohlik texnika bilan jarrohlik davo o'tkazildi. **Natijalar:** kuzatish muddati 2 oydan 22 oygacha. Loskutning umumiy omon qolish darajasi 80% ni tashkil etdi. Operatsiyadan keyingi davrda ikkita holatda loskut nekrozi aniqlandi. Bemorning bilak co'xacu uchun o'rtacha davolanish vaqti 4 haftani tashkil etdi. **Xulosa:** bizning dastlabki tajribamiz shuni ko'rsatadiki, tilni mikroxirurgik qayta tiklash bemorlar uchun yaxshi davolash turidir va operatsiyadan keyin bemorlarning nutq, chaynash va yutish funktsional xususiyatlarini yaxshilaydi.

Kalit so'zlar: tilning saratoni, glossektomiya, rekonstruksiya, og'iz bo'shlig'i o'smalari, teri-fasial loskut.

Objective: Improving the functional results of microsurgical reconstruction of the tongue after radical oncological operations. **Material and methods:** In the Department of Neck Head Tumors and Reconstructive Surgery, Bukhara Regional Branch of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Oncology and Radiology, in the period 2017-2019, surgical treatment was performed for ten patients with tongue cancer with plastic skin and fascial radial graft from the forearm using microsurgical technique. In nine patients with a diagnosis of cancer of the lateral surface of the tongue, T1-2N0-1M0 stages were detected and in one patient T3N1M0 stages were detected. All patients underwent surgical treatment in the amount of: hemiglossectomy, cervical lymphadenectomy and microsurgical plastic surgery of the tongue with reinnervated, skin-fascial radial graft from the forearm. Microsurgical plastic surgery was performed simultaneously for one patient with a diagnosis of T1N0M0, and in other cases, at the first stage, 2-4 courses of polychemotherapy were performed according to the scheme: Cisplatin 75 mg / m², fluorouracil 750 mg / m² or chemoradiotherapy and after partial regression of the tumor in the second stage, surgical treatment and restoration of the tongue. **Results:** The observation period ranged from 2 to 22 months. The overall survival of the flap was 80%. In two cases in the postoperative period, flap necrosis was detected. In one patient, after 6 days of surgery, arterial thrombosis of a microvascular anastomosis was found, with which the flap was removed, in the second after 10 days due to suppuration after the surgical wound, the flap was removed. The average healing time for the region of the donor forearm was 4 weeks. **Conclusion:** Our first experience shows that microsurgical reconstruction of the tongue is a good reconstructive option for patients and improves the functional qualities of patients after surgery in terms of speech, chewing and swallowing.

Key words: cancer of the tongue, glossectomy, reconstruction, oral cavity tumors, skin-fascial flap.

Согласно статистическим данным Американского онкологического общества (American Cancer Society), рак языка (РЯ), встречается в 2 раза чаще у мужчин, что может быть связано с более высокой их приверженностью к предрасполагающим факторам, таким как курение и алкоголь [4], которые тесно связаны с развитием РЯ. Наиболее часто РЯ диагностируют у пациентов в возрасте от 60 до 64 лет. У данной группы пациентов риск развития рака увеличивается, по разным данным, в 6-15 раз. Немаловажным фактором риска возникновения РЯ является также контаминированность онкогенными типами вируса папилломы человека (ВПЧ) (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 52). Ряд исследований показали, что

ВПЧ-положительный статус служит прогностическим фактором, определяющим общую и безрецидивную выживаемость, а также может быть прогностическим маркером, который позволяет предполагать ответ опухоли на проводимое лечение.

Основными методами лечения больных местно-распространенным раком дна полости рта и языка является хирургическое вмешательство, химиолучевая и таргетная терапия, а ключевым этапом – проведение радикального хирургического вмешательства [1,3]. Такой вид операций предусматривает удаление опухоли в пределах нескольких анатомических областей. Это неизбежно сопряжено с утратой

необходимых функций организма: жевание, глотание и речь. Следует также отметить, что выполнение операций такого объема неизбежно сопряжено с образованием обширных дефектов полости рта и языка. Использование для дыхания трахеостомической трубки, для питания – назогастрального зонда, постоянное слюнотечение и необходимость ношения сложных повязок, существенно ограничивают социальную реабилитацию этих пациентов, а в ряде случаев делают ее невозможной [9]. Поэтому для повышения качества жизни больных раком языка на первый план выходит одномоментная реконструкция возникших дефектов. Выбор аутоотрансплантата для замещения обширных дефектов полости рта в первую очередь зависит от объема дефекта. На сегодняшний день для реконструкции языка существует множество способов различных вариантов пластики, замещения дефектов с применением свободных микрососудистых лоскутов.

Практически стандартным методом является реконструкция висцеральным, кожно-фасциальным, кожно-мышечным свободным лоскутом [2]. После субтотальной и тотальной глоссэктомии часто используют реиннервированный лучевой лоскут [8], который представляет собой тонкий, эластичный, пластичный материал с длинной сосудистой ножкой, что значительно облегчает работу хирургов, а также обладает достаточным объемом для замещения обширных дефектов. Кожно-мышечный торако-дорзальный лоскут, включающий широчайшую мышцу спины, с торако-дорзальными сосудами и нервом, используют для реконструкции языка после тотальной глоссэктомии [7]. Реиннервация двигательного торакодорзального нерва позволяет обеспечить мышечную сократимость аутоотрансплантата при восстановлении языка.

Материал и методы

В отделении опухолей головы шеи и реконструктивной хирургии Бухарского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в период 2017-2019 гг. выполнено хирургическое лечение 10 больных раком языка с пластикой кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья с использованием микрохирургической техники. Данные о пациентах приведены в таблице. У 9 больных с диагнозом рак боковой поверхности языка выявлен в T1-2N0-1M0 стадиях, у 1 – в T3N1M0 стадии. Всем больным произведено оперативное лечение в объеме гемиглоссэктомия, шейная лимфодиссекция и микрохирургическая пластика языка с реиннервированным, кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья (рис. 1а, б). 1 пациенту с диагнозом T1N0M0 микрохирургическая пластика произведена одномоментная, а в остальных случаях на первом этапе было проведено 2-4 курса полихимиотерапии по схеме: цисплатин 75 мг/м², фторурацил 750 мг/м² или химиолучевая терапия. После частичного регресса опухоли на втором этапе произведено хирургическое лечение и восстановление языка.

Таблица
Анализ клинических данных больных раком языка, перенесших микрохирургическую реконструкцию

Показатель	Число пациентов, абс. (%)
Возраст, лет:	
- ≤50	7 (70)
- ≥50	3 (30)
Пол:	
- муж.	7 (70)
- жен.	3 (30)
Локализация опухоли:	
- правая боковая поверхность	6 (60)
- левая боковая поверхность	4 (40)
T-классификация:	
- T1-2	9 (90)
- T3	1 (10)
Лечение:	
- только хирургическое	1 (10)
- химиотерапия/лучевая терапия+операция	9 (90)

Подъем и формирование ревааскуляризируемого кожно-фасциального лоскута с предплечья (дизайн сформированного лоскута).

После обработки операционного поля произведен разрез кожи и подкожно-жировой клетчатки длиной 3 см между сухожилиями локтевого сгибателя запястья и поверхностным сгибателем пальцев, отступая на 3 см выше дистальной кожной складки запястья. Тупым и острым путем выделен и взят на держалку локтевой сосудистый пучок. Идентифицирован локтевой нерв, выделен и взят на держалку. Далее отступая 10 см от разреза в проксимальном направлении сделан разрез в проекции локтевой борозды между локтевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев. Тупым и острым путем сосудистый пучок выделен, пройдено между локтевым сгибателем запястья и поверхностным сгибателем пальцев. В нижней трети предплечья окаймляющим разрезом выкроена фигурная кожная площадка размером 7 на 5 см. Длина сосудистой ножки составила 12 см (рис. 1а). Фасция отслоена от сухожилия локтевого сгибателя запястья, сухожилия мышцы – поверхностного сгибателя пальцев, сухожилия длинной ладонной мышцы, сухожилия лучевого сгибателя пальцев. В лоскут включена подкожная вена предплечья. Произведено лигирование сосудистого пучка в дистальном и проксимальном отделах. Лоскут отсечен. Локтевой нерв обернут подлежащими мышцами, сформирована раневая поверхность, которая закрыта расщепленным кожным аутоотрансплантатом с бедра. Края ран сопоставлены, послойно ушиты. Гемостаз по ходу. Асептическая повязка.

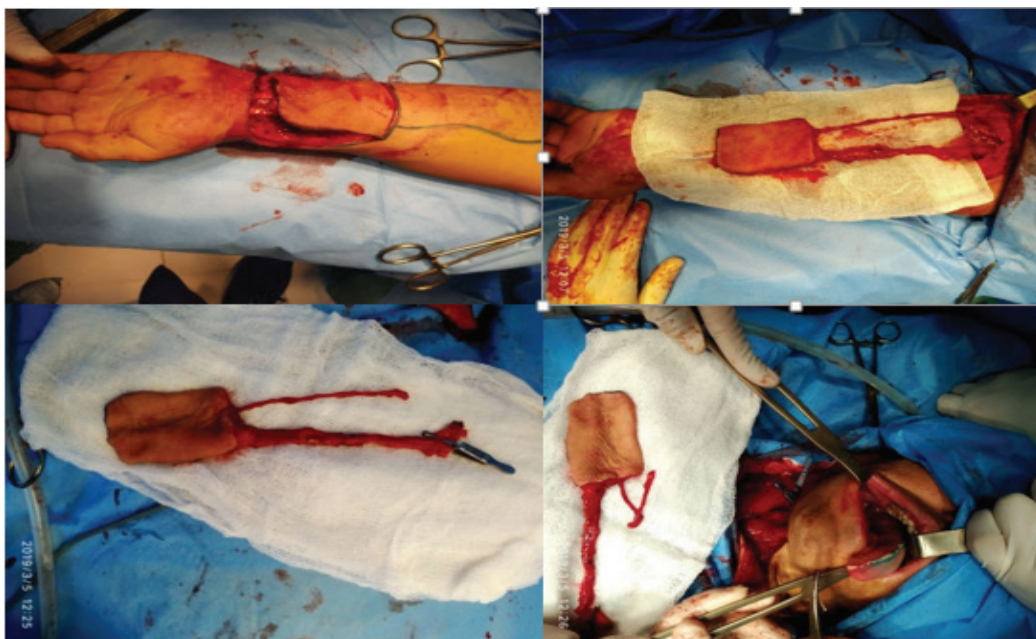


Рис. 1а. Этап выделения реиннервированного кожно-фасциального лучевого лоскута из предплечья.

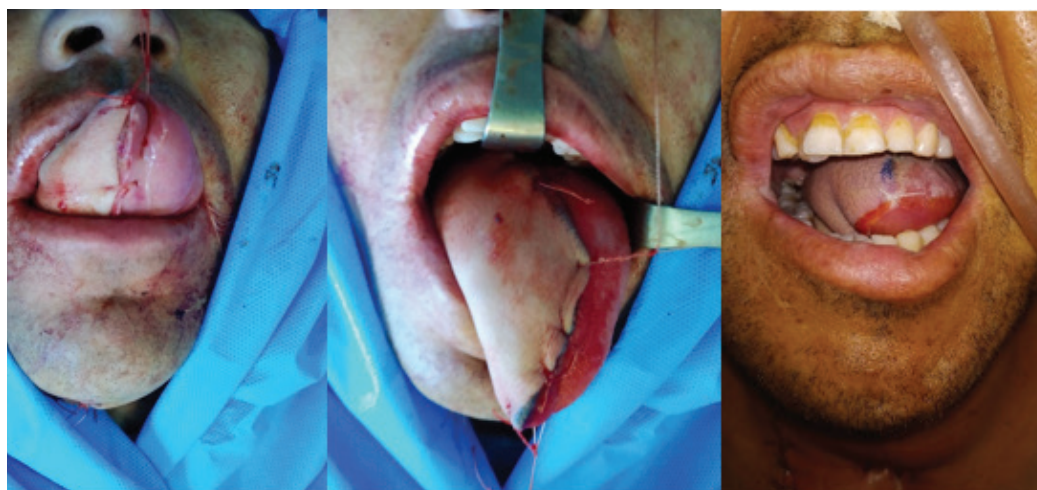


Рис. 1б. Вид после операции гемиглосэктомию с одномоментной пластикой с использованием реиннервированного кожно-фасциального лучевого лоскута из предплечья.

Перемещение лоскута в реципиентную область и микрохирургический этап операции. Кожно-фасциальный аутоотрансплантат медиальной поверхности правого предплечья уложен в область дефекта. Сосудистая ножка проведена через тоннель в область реципиентных сосудов. Лоскут фиксирован к краям дефекта языка узловыми швами vicryl 4-0. С помощью микрохирургической техники и оптического увеличения выполнили анастомозирование. Микроанастомоз выполнен по типу «конец в конец» между верхней щитовидной и лучевой артериями, между лицевой и лучевой веной и между наружным кожным нервом предплечья и поверхностным шейным нервом.

Результаты

Период наблюдения составил от 2 до 22 месяцев. Общая выживаемость лоскута составила 80%. В 2 случаях в послеоперационном периоде обнаружено некроз лоскута, у одного больного после 6-х суток операции обнаружен артериальный тромбоз микрососудистого анастомоза, в связи с чем лоскут

удалена, у второго после 10-е суток из-за нагноения после операционной раны лоскут удалена. Сроки восстановления функций органов полости рта, после проведенной операции: к концу 4-й недели, назогастральный зонд был удален, больные были переведены на питание естественным путем, жидкой пищей. Среднее время заживления для области донорского участка предплечья составило 4 недели.

Обсуждение

В настоящее время общепризнано, что свободная пересадка ткани с микрососудистым анастомозом является предпочтительным методом реконструкции после хирургии рака головы и шеи [11]. Для реконструкции рака языка кожно-фасциальный лучевой лоскут нами использована из-за нескольких преимуществ этого лоскута. Например, лоскут имеет поверхностное расположение, он анатомически постоянен, имеет длинную сосудистую ножку, толстый диаметр и его легко можно выделять [6].

Использование лучевого лоскута предплечья

Преимущества	Недостатки
Возможность одновременной работы двух хирургических бригад	Практические никогда не забирается в костно-кожном варианте из-за большого риска перелома в лучевой кости
Тонкий лоскут, возможно пластическое формирование	Донорская зона предплечья требует для закрытия раны свободной пластики
Относительная простота забора лоскута	Кожа отличается по цвету от кожи лица
Возможно восстановление чувствительных кожи лоскута за счет анастомозирования наружного нерва кожи предплечья с чувствительными нервами реципиентной области	После забора лоскута возникает потеря чувствительности над зоной «анатомической табакерки»
Относительно большой диаметр питающих сосудов	-

Этот метод широко применяется для пациентов, требующих одномоментного устранения дефектов после операции на органах полости рта. Поскольку полость рта отвечает за множество различных функций, таких как жевание пищи, глотание, образование слюны, речь и дыхание, функциональный дефицит приводит к очевидным изменениям качества жизни пациентов [12]. Ожидание клинического исхода реконструкции после операции по поводу рака полости рта рассматривается как важный фактор [5,10].

Таким образом, наш первый опыт показывает, что микрохирургическая реконструкция языка является хорошим реконструктивным вариантом для пациентов и улучшает функциональные результаты, качество жизни больных после операции в плане речи, жевания и глотания. Создает благоприятные условия, для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями полости рта.

Литература

1. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи; Под ред. Е.Г. Матякина. – М.: Вердана, 2009.
2. Решетов И.В., Чиссов В.И., Кравцов С.А., Ратушный М.В. Способ реконструкции языка при обширных дефектах полости рта: Патент № 2391925 РФ МПК А61В17/00. № 2009108780/14; заяв. 10.03.2009, опубл. 20.06.2010.
3. Семин Д.Ю., Медведев В.С., Мардынский Ю.С. и др. Комплексное лечение опухолей орофарингеальной зоны. Радиация и риск // Бюл. Нац. радиационно-эпидемиол. реферата. – 2010. – Т. 4, №1. – С. 72.
4. Cancer Facts & Figures 2016. Atlanta: American Cancer Society; 2016. Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2016.html>. Accessed Sept. 13, 2017.
5. Chandu A., Smith A.C., Rogers S.N. Health-related quality of life in oral cancer: a review // J. Oral Maxillofacial Surg. – 2006. – Vol. 64. – P. 495-502.
6. de Bree R., Rinaldo A., Genden E.M. et al. Modern reconstruction techniques for oral and pharyngeal defects after tumor resection // Europ. Arch. Otorhinolaryngol. – 2008. – Vol. 265. – P. 1-9.
7. Haughey B.H. Tongue Reconstruction: Concepts and Practice // Laryngoscope. – 1993. – Vol. 103, №10. – P. 1132-1141.
8. Kuriakose M.A., Loree Th.R., Spies A. et al. Sensate Radial Forearm Free Flaps in Tongue Reconstruction // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2001. – Vol. 127, №12. – P. 1463-1466.
9. Pompei S., Arelli F. 500 reconstructive flaps in oncological surgery of the head and neck: critical review of 10 years

experience // Minerva Chir. – 2004. – Vol. 59, №4. – P. 379-386.

10. Rogers S.N., Scott J., Chakrabati A., Lowe D. The patients' account of outcome following primary surgery for oral and oropharyngeal cancer using a "quality of life" questionnaire // Europ. J. Cancer Care. – 2008. – Vol. 17. – P. 182-188.

11. Song Y.G., Chen G.Z., Song Y.L. The free thigh flap: a new flap concept based on the septocutaneous artery // Brit. J. Plast. Surg. – 1984. – Vol. 37. – P. 149-159.

12. Yoshimoto S., Kawabata K., Mitani H. Analysis of 59 cases with free flap thrombosis after reconstructive surgery for head and neck cancer // Auris. Nasus. Larynx. – 2010. – Vol. 37. – P. 205-211.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Жумаев А., Дустов Ш.Х, Саидов Г.Н.

Цель: улучшение функциональных результатов микрохирургической реконструкции языка после радикальных онкологических операций. **Материал и методы:** в отделении опухолей головы шеи и реконструктивной хирургии Бухарского областного филиала Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии в период 2017-2019 гг. хирургическое лечение получили 10 больных раком языка с пластической кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья с использованием микрохирургической техники. Всем больным выполнено оперативное лечение в объеме гемиглосэктомия, шейная лимфодиссекция и микрохирургическая пластика языка с реиннервированным, кожно-фасциальным лучевым лоскутом из предплечья. **Результаты:** период наблюдения составил от 2-х до 22-х месяцев. Общая выживаемость лоскута – 80%. В 2 случаях в послеоперационном периоде обнаружен некроз лоскута. Среднее время заживления, для области донорского участка предплечья составило 4 недели. **Вывод:** наш первый опыт показывает, что микрохирургическая реконструкция языка является хорошим реконструктивным вариантом для пациентов и улучшает функциональные качества больных после операции в плане речи, жевания и глотания.

Ключевые слова: рак языка, глоссэктомия, реконструкция, опухоли полости рта, кожно-фасциальный лоскут.