

ПЛАСТИЧНЕ ЗАКРИТТЯ РАНОВОГО ДЕФЕКТУ У ХВОРИХ НА РАК СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА І РОТОВОЇ ЧАСТИНИ ГЛОТКИ III — IV СТАДІЇ

О. О. Галай

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально—діагностичний центр

PLASTIC CLOSURE OF THE WOUND DEFECT IN PATIENTS, SUFFERING THE ORAL AND ORO—PHARYNGEAL CANCER STAGES III — IV

O. O. Halay

Lviv State Oncological Regional Therapeutic—Diagnostic Centre

Реферат

Проаналізовані результати лікування 124 хворих з приводу місцево поширеного раку (МНР) слизової оболонки (СО) ротової порожнини (РП) і ротової частини глотки (РЧГ), у яких після широкого видалення тканин утворився дефект, що неможливо було закрити шляхом простого зашивання. Їм здійснена первинна пластика з використанням шкірно—м'язового або шкірно—жирового клаптя. Найскладнішим для пластики є дефект, що утворюється при резекції дна РП з переднім фрагментом нижньої щелепи. Визначені основні принципи пластики дефектів. Вибір пластичного матеріалу залежить від конкретної клінічної ситуації, обсягу хірургічного втручання, розташування дефекту та його величини.

Ключові слова: рак слизової оболонки порожнини рота і ротової частини глотки; післяопераційні дефекти; пластика.

Abstract

Results of treatment of 124 patients, suffering locally—advanced oral and oropharyngeal cancer were analyzed. In these patients after wide excision of tissues the defect has occurred, which would be impossible to close using simple suturing. To these patients a primary plasty, using musculo—cutaneous or adiposo—cutaneous flap, was performed. The defect, occurring after resection of the oral cavity floor together with the mandibular anterior fragment, constitutes the most complex one for the plasty performance. The main principles of the defects plasty were determined. The plastic material choice depends on peculiar clinical situation, the surgical intervention volume, the defect localization and its size.

Keywords: the oral and oropharyngeal cancer; postoperative defects; plasty.

Сучасне розуміння реконструктивної хірургії як компоненту хірургічного лікування пухлин голови та шиї прийшло в 60—ті роки ХХ століття. Цей період характеризувався важливими дослідженнями в галузі анатомії, доведено можливість виділення артеріалізованих клаптів тканин, що можна переміщувати в радіусі судинної ніжки.

Згідно Національного канцер—реєстру України, захворюваність на рак СО РП в Україні становить 6,2, рак глотки (РГ) — 5,9 на 100 тис. населення [1]. Оскільки це захворювання в основному проявляється у пізніх стадіях, більшість хворих госпіталізують з приводу МНР [2].

Сьогодні практично немає розбіжностей думок щодо доцільності відновлення цілісності тканин після видалення злоякісних пухлин шкіри, м'яких тканин голови та шиї [3 — 5]. При цьому перевагу віддають одномоментній пластичній відразу після

видалення пухлини, що сприяє швидшому загоєнню рани [6 — 8].

Реконструктивно—пластичні операції з приводу МНР СОРП і РЧГ не завжди забезпечують бажаний результат як в косметичному, так і функціональному аспекті. Обговорюючи особливості перебігу післяопераційного періоду, насамперед, мають на увазі високу ймовірність виникнення місцевих ускладнень, що впливають на кінцевий результат.

Мета дослідження — порівняти частоту виникнення післяопераційних ускладнень та їх причини залежно від типу пластичного закриття ранового дефекту у хворих при МНР СОРП і РЧГ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 124 хворих з приводу МНР СОРП і РЧГ, у яких після широкого

видалення тканин утворився дефект, який неможливо було закрити шляхом простого зашивання. Їм здійснено первинну пластику з використанням шкірно—м'язового або шкірно—жирового клаптя (*табл. 1*).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Найскладнішим для заміщення е тотальний дефект передніх відділів нижньої щелепи, язика та дна РП. За таких ситуацій операція передбачає резекцію не тільки м'яких тканин, а й нижньої щелепи і/або її кута, здійснену у 18 (14,5%) хворих. При видаленні такого об'єму тканин без використання первинної пластики виникає виражена деформація нижніх відділів обличчя та шиї. У хворих після подібних втручань поряд з косметичними дефектами з'являються значні функціональні розлади. Ускладнюються ковтання, мова, западає язик, що утруднює дихання

Таблиця 1. Обсяг операції на м'яких тканинах РП і РЧГ та тип пластичного закриття дефекту

Обсяг операції	Вид клаптя							Разом
	A	B	C	D	E	F	G	
Видалення тканин дна РП	–	3	6	5	–	–	–	14
Резекція 1/2 язика і тканин дна РП	–	2	13	8	4	–	8	35
Субтотальна резекція язика і тканин дна РП	4	–	–	–	2	–	2	8
Резекція тканин щоки і ретромоллярної ділянки	1	–	1	2	–	3	2	9
Резекція РЧГ, ретромоллярної ділянки, язика, щоки, тканин дна РП	5	2	8	1	–	–	17	33
Крайова резекція щелепи, 1/2 язика, тканин дна РП	–	–	2	5	–	–	–	7
Сегментарна резекція щелепи, язика, тканин дна РП/РЧГ	7	1	1	–	–	–	9	18
Загалом, абс.	17	8	29	23	6	3	38	124
%, абс.	13,7	6,5	23,4	18,5	4,8	2,4	30,7	100

Примітка. Шкірно-м'язові клапті: А – з включенням великого грудного м'яза; В – груднинно-ключично-соскоподібного м'яза; С – підшкірного м'яза; шкірно-жирові клапті: D – шийний, Е – носо-губний, F – щічний, G – поєднання кількох клаптів. Те ж у табл. 2.

Таблиця 2. Ускладнення при застосуванні різних типів клаптів

Вид клаптя	Кількість хворих	Частота ускладнення		Кількість хворих за типу ускладнення			
		абс.	% ($\bar{x} \pm m$)	крайовий некроз	частковий некроз	субтотальний некроз	тотальний некроз
A	17	6	35,2 ± 11,6	3	1	1	1
B	8	6	75,0 ± 15,3	–	4	1	1
C	29	12	41,4 ± 9,1	3	7	2	–
D	23	9	39,1 ± 10,2	3	2	2	2
E	6	3	50,0 ± 20,4	2	1	–	–
F	3	2	66,7 ± 27,2	1	–	1	–
G	38	22	57,9 ± 8,0	5	13	3	1
Разом ...	124	60	48,4 ± 4,5	17	28	10	5

(особливо у положенні лежачи), що зумовлює необхідність накладання трахеостоми. Реконструктивно—пластичне закриття дефекту в основному здійснювали з використанням як шкірно—м'язового клаптя з великим грудним м'язом — у 7 (5,6%) хворих, так і шляхом поєданого застосування різних клаптів — у 9 (7,3%).

У 17 (13,7%) хворих видалені тканини дна РП відновлювали з використанням артеріалізованого шкірно—м'язового клаптя з включенням великого грудного м'яза. При цьому пластичний матеріал не тільки закривав дефект м'яких тканин і кістки, а й, внаслідок автономного живлення тканин клаптя, відбувалося загоєння операційної рани навіть у хворих після променевої терапії.

Реконструкція дефекту орофарингеальної зони, крім відновлення видаленого субстрату тканин, потребує максимального відтворення анатомії органів РП з відновленням функції ковтання, проходження

харчового “комка” і повітря, збереження рухомості кукси язика, контурів нижньої лінії обличчя і нижнього краю щелепи, її рухомості і замикання ротової щілини.

Крім того, великою проблемою, що виникає після реконструктивних операцій, є частковий або повний некроз пластичного матеріалу з подальшим виникненням гнійно—септичних ускладнень. Відзначено різну частоту і тяжкість ускладнень реконструктивних операцій з приводу МПР СОРП і РЧГ залежно від типу пластики (табл. 2).

Крайовий некроз або неспроможність швів — ішемічне пошкодження дистальної частини країв рани або переміщеного клаптя, пов'язане з недостатністю периферійного кровопостачання. Недостатність живлення може бути зумовлена натягом тканин клаптя через невідповідність його розмірів розмірам дефекту, стисканням периферійних відділів живильної судинної сітки, післяопераційним на-

бряком підшкірного прошарку або особливостями кровотоку в цій анатомічній ділянці. Все це може спричинити порушення герметичності рани, формування нориць, виникнення дефекту внаслідок крайового некрозу.

Частковий некроз — пошкодження країв рани або тканин клаптя за межами його периферійних відділів як за площею, так і за глибиною. Причинами його виникнення можуть бути особливості анатомічної ділянки, порушення кровотоку в живильних судинах, що в основному пов'язане з їх перегинанням, натягом або стисканням і, як наслідок, уповільненням або припиненням кровопостачання. Такий некроз може спричинити помірно виражену системну інтоксикацію. Можливе утворення наскрізних дефектів, що потребує їх повторного закриття. До цієї групи належить і некроз шкірної частини шкірно—м'язових клаптів. Відмирання шкіри зумовлює деепітелізацію зони заміщеної ділянки,

що, в свою чергу, підвищує ризик проникнення інфекції в глибину тканин і утворення наскрізного дефекту.

Тотальний та субтотальний некроз — омертвіння значної частини або всіх переміщених тканин, частіше виникає внаслідок повного тромбозу живильних судин клаптя або їх пересічення. Причиною виникнення такого некрозу може бути і недосконала хірургічна техніка. Тотальний некроз шкірно—жирових клаптів зумовлює виражену системну інтоксикацію, утворення наскрізних дефектів у зоні реконструкції.

Ускладнення приживлення клаптя відзначали у середньому на 8 — 12—ту добу після операції.

В 11 (64,7%) хворих, у яких дефект закривали шкірно—м'язовим клаптем з великим грудним м'язом на судинній ніжці, клапті зберегли високу стійкість, загоїлися первинним натягом. Перевагою такого клаптя є можливість використовувати його для пластики глибоких дефектів з великою площею за один етап. В той же час, його застосування дещо обмежене у жінок.

У 3 (17,6%) хворих виникло розходження швів на незначній ділянці, в 1 (5,9%) — частковий некроз, що не вплинуло на кінцевий результат за-

гоєння рани. Тотальний і субтотальний некроз внаслідок порушення кровотоку в живильній ніжці трансплантата виник у 2 (11,8%) пацієнтів.

У 8 хворих при використанні шкірно—м'язового клаптя з грудниною—ключично—соскоподібним м'язом післяопераційні ускладнення спостерігали найчастіше — у 6 (75%) з них.

Для пластики дефектів, що утворилися після широкого висічення шкіри при проростанні в неї пухлини, використовували шийний, носо—губний і щічний шкірно—жирові клапті.

У 15 пацієнтів шийний клапоть використаний для пластики дефектів шкіри поверхні шиї, у 8 — для закриття значних дефектів щелепно—лицевої ділянки. Повне приживлення шийного клаптя відзначене у 14 (60,1%) хворих. Субтотальний і тотальний некроз клаптя виник у 4 (17,4%) хворих. У 2 з них при закритті тканин сонного трикутника виявлене порушення кровотоку переважно у дистальних відділах клаптя, що спричинило некроз шкіри площею від 2 до 4 см². При цьому зберігся фасціальний шар, що дозволило закрити сформований дефект шляхом вільної "острівцевої" пластики за Тіршем.

Первинне приживлення при єднаному застосуванні різних клаптів відзначене у 16 (42,1%) хворих, в 11 з них — при заміщенні дефектів орофарингеальної зони, у 5 — бічного трикутника шиї.

Всі хворі, у яких для закриття дефектів РП застосовували різні типи клаптів шкіри, скаржилися на дискомфорт внаслідок контакту шкіри з СО рота і слиною.

Виділені основні принципи пластичного закриття ранових дефектів:

— перед виконанням оперативного втручання слід оцінити поширення і глибину запланованого дефекту і можливі функціональні порушення;

— прагнення відновити форму і функцію ураженого органа;

— видалені структури бажано замішувати однотипними за структурою тканинами.

Отже, сьогодні в арсеналі хірургів для лікування пухлин голови та шиї є великий вибір пластичного матеріалу, оптимальне застосування якого залежить від конкретної клінічної ситуації, обсягу хірургічного втручання, розташування дефекту та його величини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Федоренко ЗП, Гулак ЛО, Михайлович ЮЙ, та ін. Рак в Україні 2014 — 2015. Бюл. Нац. канцер—реєстру України. 2016;(15): 20—3.
2. Седаков ИЕ. Итоги деятельности онкологической службы Украины в 2013 году: состояние, перспективы развития, проблемы. Здоров'я України. 2013;(5—6):5.
3. Процик ВС, Галай ОО, Кравець ОВ, та ін. Використання основного шкірно—м'язового лоскута в реконструкції великих дефектів у хворих на злоякісні пухлини голови та шиї [Метод. рекомендації]. Київ; 2013.20 с.
4. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, et al. Cancer: Principles and Practice of Oncology 9th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.729—80.
5. Chan RC, Wei FC, Tsao CK, et al. Free flap reconstruction after surgical release of oral submucous fibrosis: long—term maintenance and its clinical implications. Plast Reconstr Aesthet Surg. 2014;67(3):344—9.
6. Матякин ЕГ. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Москва: Вердана; 2009.24 с.
7. Mithal U, Chaturvedi P, Pai P. Maseter flap for reconstruction of the mucosal defects following excision of the buccal mucosa cancer. EJSO. 2010;36:890.
8. Moubayed SP, Rahal A, Ayad T. The submental island flap for soft—tissue head and neck reconstruction: step—by—step video description and long—term results. Plast Reconstr Surg. 2014;133(3):684—6.

