

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА В СОВРЕМЕННОМ ПОДХОДЕ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Д.Е.Кульбакин, Е.Л.Чойнзонов, В.О.Цхай, М.Р.Мухамедов, И.К.Федорова, Д.Ю.Азовская, Д.А.Шишкин

Научно-исследовательский институт онкологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Томск, Россия

Актуальность. Лечение больных раком языка и дна полости рта часто требует комбинированного подхода, где хирургическому этапу лечения отводится доминирующая роль. Выполнение радикального хирургического лечения часто приводит к образованию обширных дефектов, без адекватного устранения которых у пациента резко снижается как качество жизни, так и возможность проведения адъювантного лечения. Ввиду чего реконструктивный компонент хирургического лечения у онкологических больных является важным звеном комбинированного лечения.

Материал и методы. В рамках данной работы проведен анализ 105 операций с реконструктивно-пластическим компонентом у больных плоскоклеточным раком языка и дна полости рта в возрасте от 19 года до 71 лет. Большинство больных были мужского пола — 62 (60%). По местной распространенности опухолевого процесса больные разделились следующим образом: T2 — 33 (31,5%), T3 — 54 (51,5%) и T4 — 18 (17%). Первичных больных — 77 (73,3%). С рецидивами после ЛТ (60–75 Гр) или комбинированного лечения — 28 (26,7%) больных.

В качестве хирургического лечения глоссэктомия выполнена 35 (33,4%) больным, из них резекция нижней челюсти выполнена 6 (17,1%) больным. Глоссэктомия была выполнена по поводу рецидива опухолевого процесса после ранее проведенной лучевой терапии в 12 (34,3%) случаях. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: кожно-мышечный пекторальный — 11 (31,4%), кожно-мышечный с переднебоковой поверхности бедра (ALT) — 10 (28,6%) и с медиальной поверхности бедра (РАР) — 9 (25,7%), а также малоберцовый кожно-костный лоскуты — 5 (14,3%).

Резекции языка (1/2–2/3 от объема) выполнена 70 (66,6%) больным, из них резекция нижней челюсти выполнена 10 (14,3%) больным. Резекция языка была выполнена по поводу рецидива опухолевого процесса после ранее проведенной лучевой терапии в 12 (17,2%) случаях. В качестве реконструктивного материала использовались лоскуты: субментальный — 30 (42,6%), кожно-мышечный пекторальный — 3 (4,3%), кожно-фасциальный лучевой — 11 (15,8%), кожно-фасциальный медиальный суральный — 7 (10%), ALT лоскут — 5 (7,2%), и РАР лоскут — 5 (7,2%), а также малоберцовый кожно-костный лоскуты — 9 (12,9%).

Срок наблюдения от 3 до 24 месяцев. Оценивалась степень атрофии используемого лоскута, функциональные и онкологические результаты.

Результаты. Выполнение реконструктивной операции не удлиняло время начала адъювантного курса лучевой/химиолучевой терапии (в сроки от 14 до 29 дней) у больных с первичным опухолевым процессом и не вызывало осложнений со стороны лоскута. Использование аутологичного реконструктивного материала благоприятно сказывалось на процессах заживления послеоперационной раны и последующей реабилитации больных. Атрофия используемых лоскутов в сроки до 2 лет была более выражена при использовании перемещенных лоскутов (пекторального и субментального), чем при использовании свободных ревазуляризированных лоскутов (ALT, РАР, лучевой и медиальный суральный лоскуты) — от 15 до 30% и не более 15% соответственно. Стойкое и значимое нарушение формы реконструируемого языка и ухудшение функциональных результатов в сроки до 2 лет были отмечены при использовании перемещенных лоскутов, особенно при рецидивных опухолевых процессах.

Локорегионарные рецидивы после глоссэктомии отмечены у 12 (34,3%) больных, из них у 2 (6,7%) наблюдались отдаленные метастазы. Локорегионарные рецидивы после резекции языка отмечены у 12 (17,2%) больных, из них у 3 (4,3%) больных отмечались отдаленные рецидивы.

Осложнения после глоссэктомии были отмечены в 8 (22,9%) случаях: некроз мышц дна полости рта — 3 (8,6%), кровотечение — 2 (5,7%), тромбоз лоскута — 2 (5,7%), оростомы — 1 (2,9%). Осложнения после резекции языка были отмечены в 17 (24,9%) случаях: некроз мышц дна

полости рта и остатков языка — 2 (2,6%), кровотечение — 3 (4,3%), тромбоз лоскута — 2 (2,6%), краевой некроз лоскута — 5 (7,2%), полный некроз лоскута — 2 (2,6%), оростомы — 1 (1,4%).

Выводы. Выполнение глоссектомии чаще сопровождается развитием последующих локорегионарных рецидивов, без увеличения послеоперационных осложнений по сравнению с резекцией языка. При реконструкции языка предпочтительно использование свободных ревааскуляризированных лоскутов с целью достижения стабильных и лучших функциональных результатов.