

УДК 616.313-089

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИИ РАКА ЯЗЫКА, НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, РЕАБИЛИТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

TONGUE CANCER SURGERY EVOLUTION, NEW TECHNOLOGIES, REHABILITATION AND QUALITY OF LIFE

Письменный И.В.¹**Архипов В.Д.²****Письменный В.И.¹****Pismennyy IV¹****Arhipov VD²****Pismennyy VI¹**¹ГБУЗ «Самарский областной клинический онкологический диспансер»²ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ¹Samara Regional Clinical Oncology Center²Samara State Medical University

В научной статье проведен анализ методов и результатов хирургического лечения рака языка за 30 лет. За анализируемый период применялись различные технологии хирургического лечения рака языка — как без реконструктивно-восстановительного этапа, так и с применением реконструктивной восстановительной операции.

Цель — улучшение онкологических и функциональных результатов при хирургическом лечении плоскоклеточного рака языка. В течение нескольких десятилетий поменялась идеология лечения рака языка — от простой резекции пораженного органа до расширенно комбинированной операции с одномоментной реконструкцией.

Материалы и методы. Разработана беспрецедентная по своим положительным качествам и набором преимуществ надежная операция, с использованием кожного лоскута передней поверхности шеи с включением мышц, расположенных ниже подъязычной кости, при различных объемах резекции или полного удаления языка.

Результаты. Получены положительные результаты хирургического лечения рака языка с высокой онкологической надежностью, функциональными и эстетическими результатами.

Ключевые слова: рак языка, хирургическое лечение, реконструкция дефектов, лоскут передней поверхности шеи, реабилитация, качество жизни, трахеостомия.

In this article we conducted an analysis of methods and results of surgical treatment of tongue cancer for the time period of 30 years. Different technologies of surgical treatment of tongue cancer, both with and without the reconstructive operation, were used during the analyzed period.

Aim — to improve the oncological and functional results of surgical treatment of the tongue squamous cell carcinoma. Within the few decades, the ideology of tongue cancer treatment has changed from simple resection to enhanced combined operation with one-stage reconstruction.

Materials and methods. The unprecedented in its positive qualities and set of benefits operation was developed, with use of skin flap from the anterior surface of the neck, including the infrahyoid muscles, at different extents of resection or complete removal of the tongue.

Conclusion. The positive functional and aesthetic results of surgical treatment of tongue cancer with high oncological reliability were obtained.

Keywords: tongue cancer, surgical treatment, defect reconstruction, anterior neck skin flap, rehabilitation, quality of life, tracheostomy.

ВВЕДЕНИЕ

Злокачественные новообразования слизистой оболочки полости рта занимают по частоте 6 место в мировой статистике опухолей. Рак полости рта относится к наружным локализациям, но при этом более 60 процентов диагностируется в поздних стадиях заболевания. Злокачественные опухоли органов и тканей головы и шеи составляют не более 20% в общей структуре онкологической заболеваемости [1]. При низком проценте заболеваемости опухолями данной локализации смертность остается крайне высокой. Ранняя диагностика злокачественных опухолей полости рта и языка сложна ввиду бессимптомной клиники на на-

чальных стадиях заболевания, несмотря на визуальную локализацию.

Основные локализации рака в области головы и шеи, несмотря на то, что они относятся к наружным опухолям, в своем большинстве поступают на лечение в запущенных стадиях и относятся к местнораспространенным процессам и соответствуют 3-4 стадиям. Диагностика, лечение и реабилитация больных раком орофарингеальной области остается актуальной на сегодняшний день и не имеет четкого алгоритма ведения пациента на всех этапах лечебно-диагностического процесса. Предлагаемые стандарты догоспитальной диагностики, их объем, и качество носят неудовлетворительный характер и не влияют стратегически на выбор

методов лечения при диагностике распространенных опухолей орофарингеальной области.

В настоящее время в клинической онкологии полости рта и языка существуют различные подходы в лечении [2]. Ведущими методами лечения злокачественных опухолей полости рта и языка традиционно являются: лучевой, хирургический и его комбинации с лучевым и лекарственными способами. В течение последнего десятилетия отмечена тенденция к применению хирургического метода с одномоментной реконструкцией полости рта и языка на первичном этапе спланированного лечения [3]. Метод комбинированного лечения остается ведущим, и вопрос о применении лучевых и лекарственных методик решается после получения окончательной гистологической картины опухолевого процесса.

Зачастую судьба пациента, прогноз и исход заболевания зависят от возможностей и качества выполненного оперативного вмешательства. В результате хирургических вмешательств получают обширные дефекты мягких тканей и костей лицевого и челюстного скелетов, отсюда видна не менее важная проблема реабилитации пациентов [4].

Восстановление формы и объема утраченных тканей и органов, а следовательно, и возможность вернуть утраченные или нарушенные функции организма, такие как дыхание, прием пищи, речи, и продление жизни с минимизацией различной степени инвалидизирующих факторов вполне отвечает современному подходу лечения онкологических больных. Поскольку мы не можем гарантировать больному определенного срока жизни после операции, задача хирурга заключается в скорейшем восстановлении утраченной формы и функции, чтобы человек полноценно прожил оставшееся время [5].

Первичная пластика — восстановление основных структур дефекта кожно-мышечными лоскутами — является одним из решающих этапов, позволяющим максимально восстановить основные функции организма (дыхание, жевание, глотание, речь) и устранить косметические дефекты [6]. Реабилитация пациентов с опухолями полости рта и языка имеет не только морально-этическое, но и социально-экономическое значение [7]. В своем большинстве больные начинают лечение опухолей полости рта и языка с лучевого и лекарственного лечения, которое создает крайне неблагоприятные условия для заживления послеоперационной раны и жизнеспособности реконструктивного материала. Несостоятельность слизистой и ткани, используемой в пластике органа, влечет за собой ряд крайне грозных осложнений, порой сводя на нет результат проведенной операции и создавая угрозу жизни больного. Осложнения в послеоперационном периоде не дают возможности сохранить цикличность специальных запланированных методик, а отсюда — незаконченность лечения и его неудовлетворительные результаты [8].

При использовании на этом фоне для замещения дефектов хорошо артериализированных трансплантатов, которые берутся вне зоны облучения, можно рассчитывать на хороший исход проведенного оперативного вмешательства и результаты выполненной реконструкции органа после удаления опухоли. Выпол-

ненные мероприятия сокращают нахождение больного в больнице и в максимально короткие сроки позволяют ему вернуться в общество и к труду [9].

Первичная пластика выполняется при наличии послеоперационных дефектов тканей полости рта и языка после удаления первичной и рецидивной или остаточной опухолей. Немедленное восстановление формы, объема и функции утраченного органа на сегодня представляется идеальным вариантом в клинической онкологии и реконструктивной хирургии [10].

Особый интерес представляет попытка систематизировать восстановительные операции, проанализировать их характер и качество в зависимости от размера, формы и локализации дефекта, от ранее проводимого лучевого лечения, от дозы лучевой нагрузки на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования, от сроков после лечения и операции. Важно оценить пол и возраст пациента, общее состояние больного, степень выраженности патологии со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Нельзя не учитывать степень надежности выбранного метода реконструкции и место локализации донорского материала с оценкой косметически благоприятных участков тела.

Практически стандартными методиками, используемыми в реконструкции полости рта, ротоглотки и языка, стали лоскуты на подкожной мышце, кивательной мышце с возможной дезэпидермизацией и без ее использования, дельтопекторальный, височно-теменной, лоскут со щеки, лобный и их комбинации. Все перечисленные варианты взятия пластического материала не лишены недостатков, но имеют и ряд преимуществ, которые являются основными при выборе варианта реконструкции языка, полости рта. Все перечисленные трансплантаты крайне тяжелы в своей мышечной массе. При использовании их на языке с сохранением контура нижней челюсти нарушается объем полости рта, контуры сохраненного языка и его основные функции. Массивность и сложность подведения трансплантата к зоне образовавшегося дефекта состоит в ограничении существующего пространства между челюстью и оставшейся частью языка по горизонтали и сагиттально — от кончика органа до небной дужки и основания надгортанника. Сложность исполнения манипуляции введения неадекватного по объему трансплантата обусловлена также и существованием зубного ряда со стороны поражения опухолью. Возможность его сохранить по онкологическим правилам есть, но слизистая оболочка на альвеолярной части нижней челюсти практически на всем протяжении весьма сложна для фиксации швами ткани трансплантата.

На сегодня существуют, пожалуй, два пути решения сложной клинической проблемы — сохранения зубного ряда и альвеолярной части нижней челюсти при половинной резекции языка. Первый путь — это удаление жевательной группы зубов и фиксация трансплантата к слизистой вестибулярного отдела. Второй путь — реконструкция дефекта языка самой оставшейся частью культи. В первом случае кожные трансплантаты на грудной клетке боковых отделах шеи и тыльной поверхности плечевого пояса грубые и не могут соответствовать тре-

бованиям для восстановления такого органа, как язык. Второй способ, в котором используется для реконструкции языка после его половинной резекции сама культя оставшегося органа, на наш взгляд не просто не отвечает современным возможностям хирургии полости рта, но и является порочным в свете возможностей реабилитации речевой и приема пищи. Результат выживания и отсутствие хороших функциональных и косметических результатов — на сегодня это уже не результат.

Для решения перечисленных задач ведется поиск наиболее приемлемых и адекватно соответствующих методик в реконструкции языка с максимальным сохранением окружающих структур зубочелюстной системы и воссоздание форм и объема сложной анатомической структуры, такой как полость рта. Мы считаем, что все поставленные задачи в реконструкции языка можно решить с помощью островкового кожного лоскута на мышцах ниже подъязычной кости.

■ ЦЕЛЬ

Внедрить реконструктивно-восстановительный этап с использованием кожного аутотрансплантата на мышцах ниже подъязычной кости при половинной резекции языка и полной резекции органа.

■ ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительную характеристику наиболее часто применяемых трансплантатов в реконструкции языка и оптимизировать способ восстановления полости рта и языка. Улучшить результаты лечения рака языка с применением реконструктивного материала, кожного островкового кожного лоскута шеи на мышцах ниже подъязычной кости.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Способ реконструкции языка при хирургическом лечении злокачественных опухолей применен у 117 больных, возраст пациентов — от 26 до 84 лет. Лечение прошли 91 мужчина и 26 женщин. Объем оперативного вмешательства заключался в удалении опухоли в виде половинной резекции языка у 117 больных, включая мышцы дна полости рта.

По стадиям заболевания больные распределились следующим образом: T1-3N0-1M0 — 65 человек, T4N1-2M0 — 24 больных, рецидив опухоли после радикального лучевого лечения был у 28 пациентов.

Операции на лимфатическом коллекторе шеи, радикальная шейная диссекция выполнена у 25 пациентов, радикально модифицированная шейная диссекция выполнена у 61 больного, селективная шейная диссекция и операция на контралатеральной стороне шеи — у 31 человека. Трахеостомия не выполнялась у 27 больных. Всего расширенно-комбинированных операций с экстирпацией языка было проведено 133. Это наиболее сложная группа пациентов, где наряду с более травмирующим объемом оперативного вмешательства требуются и наиболее сложные реабилитационные ме-

роприятия, направленные на восстановление утраченных функций организма.

Отсроченных операций при хирургическом лечении рака языка не было, всегда в объем планируемой радикальной операции на первичном очаге обязательной составляющей была спланирована реконструктивная ее часть. Проведен анализ и оценка эффективности применения кожного трансплантата на мышцах ниже подъязычной кости для реконструкции языка после его резекции со злокачественной опухолью. Проведено исследование возможностей использования островкового кожно-мышечного лоскута на группе мышц, расположенных ниже подъязычной кости, для замещения дефектов языка после расширенных и расширенно-комбинированных операций по поводу злокачественных опухолей. Определен и оптимизирован наиболее приемлемый пластический материал для одномоментного восстановления утраченной части или полного отсутствия языка. Длина и жизнеспособность перечисленной группы мышц позволяет использовать пластический кожный материал для реконструкции языка с возможностью восстановить его форму и объем, не ограничивая его в движении. Полнота движения языка играет ведущую роль в восстановлении акта приема пищи и речевой функции.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Существующие методики реконструкции дефектов тканей орофарингеальной области с применением пекторального, дельтопекторального, кивательного, трапециевидного трансплантатов не отвечают современным требованиям к пластическому материалу для восстановления языка при хирургическом лечении рака.

Разработан принципиально новый пластический материал на шее с высокой выживаемостью и хорошими пластическими качествами, соответствующий объему необходимому дефициту тканей в полости рта при хирургическом лечении рака языка. Выбор разработанного метода реконструкции и сама технология использования кожного лоскута на передних мышцах шеи проста в использовании. Легко и за малый промежуток времени моделируется, что существенно не влияет на время удлинения выполнения операции, не требуется оптической техники и специального оборудования.

Использование кожно-мышечных лоскутов на мышцах шеи, расположенных ниже подъязычной кости, при замещении сложных дефектов языка позволяет получить хороший функциональный результат с отсутствием деформаций шеи и лица, раннее восстановление приема пищи, речевой и дыхательных функций.

■ ВЫВОДЫ

Проведенный ретроспективный анализ лечения рака языка показал необходимость разработки надежной с онкологических требований и качественной с точки зрения хирургических задач операции с применением наиболее оптимального, качественного вида реконструкции. Хирургическое лечение рака языка с использованием реконструктивного материала на мышцах

шеи, расположенных ниже подъязычной кости, создает благоприятные условия для медицинской, трудовой, социальной реабилитации сложной группы больных с опухолями орофарингеальной зоны, позволяет провести противоопухолевое лечение и вернуть больного в обще-

ство с высоким качеством жизни. Первичная пластика при лечении опухолей языка с использованием кожно-мышечных лоскутов позволяет получить хорошие функциональные и косметические результаты и значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре. ■

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2015.

Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2013 godu (zabolevaemost' i smertnost'). Ed. HELL. Caprin AD, Starinskaya VV, Petrova GV. M.: MNIIOI im. PA Herzena, 2015. (in Russ.).

2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи: 5-е изд., доп. и перераб. М.: Практическая медицина, 2013.

Paches AI. Opukholy golovy i shei: 5-e izd., dop. i pererab. M.: Prakticheskaya meditsina, 2013. (in Russ.).

3. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. Под ред. Е.Г. Матякина. М.: Вердана, 2009.

Rekonstruktivnye operatsii pri opukholyakh golovy i shei. Pod red. Matyakina EG. M.: Verdana, 2009. (in Russ.).

4. Хитров Ф.М. Атлас пластической хирургии. М.: Медицина, 1984.

Khitrov FM. Atlas plasticheskoi khirurgii. M.: Meditsina, 1984. (in Russ.).

5. Чойнзоннов Е.Л., Балацкая Л.Н., Кицманюк З.Д., Мухамедов М.Р., Дубский С.В. Реабилитация больных опухолями головы и шеи. Томск: НТЛ, 2003.

Choinzonov EL, Balatskaya LN, Kitsmanyuk ZD, Mukhamedov MR, Dubskii SV. Reabilitatsiya bol'nykh opukholyami golovy i shei. Tomsk: NTL, 2003. (in Russ.).

6. Матякин Е.Г., Неробеев А.И. Анализ пластики дефектов лица и шеи после удаления злокачественных опухолей. *Экспериментальная и клиническая стоматология*. М.: Труды ЦНИИС. 1978 (8):76-77.

Matyakini EG, Nerobeev AI. Analysis of the face and neck plasty after removal of malignant tumors. *Eksperimental'naya i klinicheskaya stomatologiya*. M.: Trudy TsNIIS. 1978 (8): 76-77. (in Russ.).

7. Матякин Е.Г., Неробеев А.И. Пластика при дефектах в области рта и ротоглотки кожно-мышечным лоскутом на подкожной мышцей. *Стоматология*. 1986 (3)45-48.

Matyakini EG, Nerobeev AI. Plastics for defects in the mouth and oropharynx with a skin-muscle flap on the subcutaneous muscle. *Stomatologiya*. 1986 (3):45-48. (in Russ.).

8. J Clin Exp Dent. 2014 Oct 1;6(4):e452-5. doi: 10.4317/jced.51606. eCollection 2014.

9. Stott-Miller M, Chen C, Chuang SC, Lee YC, Boccia S, Brenner H, Cadoni G, Dal Maso L, La Vecchia C, Lazarus P, Levi F, Matsuo K, Morgenstern H, Müller H, Muscat J, Olshan AF, Purdue MP, Serraino D, Vaughan TL, Zhang ZF, Boffetta P, Hashibe M, Schwartz SM. History of diabetes and risk of head and neck cancer: a pooled analysis from the international head and neck cancer epidemiology consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21(2):294-304. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-11-0590

10. World J Surg Oncol. 2014; 12: 259. Published online 2014 Aug 15. doi: 10.1186/1477-7819-12-259

Участие авторов:

Сбор материала и лечение пациентов: Письменный И.В.

Общий дизайн и концепция работы: Письменный В.И.

Редактирование работы: Архипов В.Д.

Конфликт интересов отсутствует.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Письменный И.В. — челюстно-лицевой хирург отделения опухолей головы и шеи № 1, ГБУЗ СОКОД.

E-mail: aid063son@gmail.com

Архипов В.Д. — заведующий кафедрой стоматологии ИПО СамГМУ, д.м.н., профессор.

E-mail: aid_son@mail.ru

Письменный В.И. — заведующий отделением опухоли головы и шеи № 1, ГБУЗ СОКОД, к.м.н.

E-mail: panda_mam@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Pismennyy IV — maxillofacial surgeon of the Department of head and neck tumors №1, Samara Regional Clinical Oncology Center.

E-mail: aid063son@gmail.com

Arkhipov VD — PhD, professor, head of the Department of Dentistry of the Institute of Professional Education, Samara State Medical University.

E-mail: aid_son@mail.ru

Pismennyy VI — PhD, head of the Department of head and neck tumors №1, Samara Regional Clinical Oncology Center.

E-mail: panda_mam@mail.ru

Контактная информация

Письменный Иван Викторович

Адрес: кв. 106, ул. Солнечная, 15, г. Самара, Россия, 443029.

E-mail: aid063son@gmail.com

Тел.: + 7 (927) 7069999

Contact information

Pismennyy Ivan Viktorovich

Address: ap. 106, 15 Solnechnaya st., Samara, Russia, 443029.

E-mail: aid063son@gmail.com

Tel.: + 7 (927) 7069999