

УДК 616.31-006.6-031.13-089.844

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ РТА

Баужадзе М.В., Светицкий П.В., Енгибарян М.А., Волкова В.Л., Аединова И.В.

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития России, 344037, г. Ростов-на Дону, ул. 14-я линия, 63, e-mail: onco-sekretar@mail.ru

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработан и используется новый хирургический способ лечения больных с местно распространенным раком дна полости рта и языка. Он заключается в радикальном удалении опухолевого процесса с одномоментной реконструкцией удаленных тканей кожно-жировым лоскутом, взятым из подчелюстной области. По разработанному способу прооперировано 20 больных, которые составили основную группу исследования. Контрольную группу составили 30 больных, для лечения которых применялись традиционные хирургические подходы. Использование предложенного способа снижает частоту послеоперационных осложнений с 50,1 до 25,0%. Показатели 2-летней бессобытийной выживаемости в основной группе достоверно выше, чем в контрольной группе: 43,8 и 22,1% ($p < 0,05$) соответственно. Предлагаемая операция дает полную реабилитацию функции речи у 85% больных, глотания у 80% и питания у всех больных, тогда как в контрольной группе восстановление функции речи отмечено у 56,6%, глотания у 40,0% и питания у 63,0% больных.

Ключевые слова: местно распространенный рак языка и дна полости рта, реконструкция, реабилитация функций органов полости рта.

METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF CANCER LOCALLY ADVANCED TONGUE AND THE BOTTOM OF MOUTH

Bauzhadze M.V., Svetitskiy P.V., Engibaryan M.A., Volkova V.L., Ayedinova I.V.

Federal State Budgetary Institution «Rostov Cancer Research Institute» Ministry of Public Health, 344037, Rostov-on-Don, st. the 14th line 63, e-mails onco-sekretar@mail.ru

In office of tumors of the head and neck РНИОИ it is developed and the new surgical way of treatment of patients with a local and widespread cancer of a mouth floor and language is used. It consists in radical removal of tumoral process with one-stage reconstruction of remote fabrics kozhno – a fatty rag taken of submaxillary area. On the developed way 20 patients who made the main group of research are operated. The control group was made by 30 patients to which treatment traditional surgical approaches were applied. Use of the offered way reduces frequency of postoperative complications from 50,1% to 25,0%. Indicators of 2-year bessobytiyny survival rate in the main group it is authentic above than in control group: 43,8% and 22,1% ($p < 0,05$) respectively. Offered operation gives complete rehabilitation of function of speech at 85% of patients, swallowing at 80% and a food at all patients whereas in control group restoration of function of speech is noted at 56,6%, swallowing at 40,0% and a food at 63,0% of patients.

Keywords: local and widespread cancer of language and mouth floor, reconstruction, rehabilitation of functions of bodies of an oral cavity.

На протяжении последнего десятилетия рак полости рта и языка сохраняет лидирующие позиции в общей структуре заболеваемости злокачественными опухолями головы и шеи [6]. Несмотря на доступность опухолей данной локализации для визуального осмотра, более 2/3 больных поступают на лечение с III-IV стадиями заболевания [3]. Ведущим в лечении этих пациентов является комбинированный метод, ключевым этапом которого является проведение радикального хирургического вмешательства [2]. Операции при местно распространенном раке дна полости рта и языка предусматривают удаление опухоли в

пределах нескольких анатомических областей. Выполнение операций такого объема неизбежно сопряжено с образованием обширных дефектов полости рта и языка. Нарушение функции жевания, акта глотания, речи и дыхания лишает больного возможности не только трудиться, но и зачастую вообще находиться в обществе. Использование для дыхания трахеостомической трубки, для питания носо-пищеводного зонда, постоянное слюнотечение и необходимость ношения сложных повязок существенно ограничивают социальную реабилитацию этих пациентов, а в ряде случаев делают ее невозможной [4; 7]. Разработка реконструктивно-восстановительных операций после расширенных хирургических вмешательств при местно распространенном раке полости рта и языка является одной из наиболее сложных задач, особенно в социальном, функциональном, эстетическом плане [1; 5]. Таким образом, поиск новых способов лечения, обеспечивающих радикальное удаление опухоли и сохранность функций пораженных органов (жевания, глотания, дыхания и речи), являются актуальным требованием времени.

Цель исследования: улучшение непосредственных и ближайших результатов хирургического лечения больных местно распространенным раком слизистой оболочки языка и дна полости рта.

Поставленная цель достигалась решением следующих задач.

1. Разработать новый способ хирургического лечения больных местно распространенным раком дна полости рта и языка, обеспечивающий радикальное удаление опухоли с одномоментным восстановлением образовавшегося дефекта.
2. Изучить непосредственные и ближайшие результаты лечения.
3. Оценить функциональные результаты лечения больных, перенесших операцию с реконструкцией по предложенной методике.

В отделении опухолей головы и шеи РНИОИ разработан и используется новый хирургический способ лечения больных с местно распространенным раком дна полости рта и языка. На предложенный способ операции получен патент на изобретение № 2391923 от 20.06.2010 «Способ хирургического лечения рака языка и дна полости рта».

Материалы и методы исследования

Эффективность и целесообразность использования разработанного способа хирургического лечения изучено нами у 20 больных с местно распространенным раком языка и дна полости рта. Контрольную группу составили 30 больных, для лечения которых применялись традиционные хирургические способы. Все эти больные находились на лечении в отделении опухолей головы и шеи Ростовского научно-исследовательского онкологического института с 2009 по 2011 г. включительно.

Возраст больных в обеих группах исследования варьировал от 30 до 69 лет. Пик заболевания отмечался в возрастной группе от 50 до 59 лет. В основной группе мужчин было 90%, женщин 10%, в контрольной группе мужчин было 86,7%, женщин 13,3%.

По локализации опухоли в обеих группах злокачественные новообразования поражали слизистую оболочку дна полости рта с распространением на язык. У 45% больных основной и 33,3% больных контрольной группы имелись метастазы в лимфатические узлы шеи.

При гистологическом исследовании у 55% больных основной группы опухоль была представлена высокодифференцированным плоскоклеточным раком, у 45% больных умеренно дифференцированным плоскоклеточным раком. В контрольной группе высокодифференцированный плоскоклеточный рак отмечен у 70,0% больных, умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак у 30,0% больных.

По типу роста опухоли в обеих группах преобладал эндофитный тип – в основной группе у 45% больных, в контрольной группе у 40% больных.

Таким образом, статистически достоверных различий в обеих группах исследования не выявлено.

Разработанный нами способ заключался в следующем. Операция начиналась с выполнения трахеостомии по традиционной методике. С целью гемостаза у больных выполнялась перевязка наружной сонной артерии на стороне поражения опухолью органов полости рта. После выполнения шейной лимфодиссекции на стороне поражения и удаления опухоли в полости рта, в подчелюстной области рассекали кожу и подкожную жировую клетчатку, формируя кожно-жировой лоскут языкообразной формы, по площади соответствующий образовавшемуся дефекту. У основания кожного лоскута осуществляли его дезэпидермизацию шириной 15-20 мм. Диафрагму дна полости рта рассекали вертикально до основания сформированного кожного лоскута. Через образовавшийся туннель проводили кожный лоскут и выстилали им дно полости рта. Подшивали свободный край лоскута к культе языка, остаткам слизистой альвеол нижней челюсти и дна полости рта, кожную рану в подчелюстной области ушивали наглухо.

Результаты исследования

Нами был проведен анализ осложнений в послеоперационном периоде. В контрольной группе у 26,7% больных образовалась оростомы: 16,7% из них вследствие полного или частичного некроза донорского лоскута, у 10% – гнойного процесса в ране. Образование свища отмечено у 10% больных. У 6,7% больных послеоперационный период осложнился кровотечением из послеоперационной раны. Некроз культы языка отмечен у 6,7% больных.

В основной группе оростомы отмечена у 15% больных вследствие частичного некроза лоскута у 5,0% и гнойного процесса в ране у 10% больных. Свищ образовался у 5,0% больных, и у 5,0% больных отмечен некроз культи языка.

Таким образом, общий уровень послеоперационных осложнений у больных основной группы снизился в 2 раза.

Послеоперационная летальность в обеих группах исследования – отсутствовала.

Нами были проанализированы сроки восстановления функций органов полости рта после проведенных операций у больных основной и контрольной групп.

Наиболее трудно поддающейся восстановлению является функция глотания. Показателем ее восстановления принято считать сроки удаления носо-пищеводного зонда и перевод больного на питание естественным путем, а также уровень ее компенсации, то есть глотание с поперхиванием и без поперхивания.

В течение 14 суток после операции 90% больных основной группы переведены на питание естественным путем. По истечении 3-х недель у всех пациентов удален носо-пищеводный зонд. В контрольной группе к 14 суткам после операции носо-пищеводный зонд был удален у 23,3% больных, к концу 3 недели у 63,3% больных.

К концу 3-й недели после операции 80% больных основной группы питались естественным путем без поперхивания, в контрольной группе к концу 3 недели естественным путем без поперхивания питалось 40% больных.

Нами также рассмотрена консистенция принимаемой пищи пациентами и сроки перехода больных на полноценное питание.

После 3-х недель с момента операции 75% больных основной группы употребляли все виды пищи. В контрольной группе по окончании 3-х недель ни один пациент не мог употреблять все виды пищи, 36,6% больных употребляли только жидкую пищу, а 30% – мягкую и жидкую.

Как отмечалось ранее, всем пациентам накладывалась превентивная трахеостома. Мы проследили сроки деканюляции больных.

В основной группе спустя 3 суток после операции 45% больных были деканюлированы, а концу 6-х суток все больные были деканюлированы.

В контрольной группе спустя 3 суток деканюлированы были 6,6% больных, к концу 6-х суток – 46,6% человек, остальные больные оставались канюленосителями до 2-х недель, что значительно снижало качество и сроки реабилитации речевой функции.

Речь в основной группе была достаточно внятной у 85% больных, в контрольной группе у 53,3% больных.

Таким образом, в основной группе больных восстановление функций органов полости рта происходило в более ранние сроки, чем у больных в контрольной группе.

Показатели 2-летней бессобытийной и общей выживаемости у больных, перенесших хирургическое вмешательство по предлагаемому способу, достоверно отличаются от таковых в контрольной группе: 43,8%-ная бессобытийная выживаемость в основной группе больных, 22,1%-ная – в контрольной группе. Общая выживаемость больных в основной группе 56,3%, в контрольной группе – 33,1%.

Выводы

1. Разработанный способ хирургического лечения местно распространенного рака дна полости рта и языка с одномоментным закрытием дефекта кожно-жировым лоскутом из подчелюстной области позволяет радикально удалить опухоль и восстановить послеоперационный дефект.
2. Использование предложенного «Способа хирургического лечения рака языка и дна полости рта» снижает частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными способами с 50,1 до 25,0%.
3. Показатели 2-летней бессобытийной выживаемости у больных, перенесших хирургическое вмешательство по предлагаемому способу, достоверно выше, чем в контрольной группе: 43,8 и 22,1% ($p < 0,05$) соответственно.
4. Предлагаемая операция дает полную реабилитацию функции речи у 85,0% больных, глотания у 80,0% и питания у всех прооперированных пациентов по предлагаемому способу, тогда как в контрольной группе соответственно восстановление функции речи отмечено у 56,6% больных, глотания у 40% и питания у 63,3%.

Список литературы

1. Азизян Р.И. Использование реконструктивных пластических операций в лечении опухолей головы и шеи // Современная онкология. – 2007. – Т. 4. – № 3. – С. 37-39.
2. Матякин Е.Г. Реконструктивные операции при опухолях головы и шеи. – М. : Вердана, 2009. – С. 224.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М. : Медицина, 2000. – С. 480.
4. Решетов И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия опухолей головы и шеи // Практическая онкология. – 2003. – Т. 4. – № 1. – С. 10-14.

5. Танеева А.Ш. Комбинированные реконструктивные операции при распространенных опухолях орофарингеальной области // Опухоли головы и шеи. – 2002. – Т. 4. – № 3. – С. 120-123.
6. Чиссов В.И., Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году. – М., 2012. – С. 260.
7. Pompei S. 500 reconstructive flaps in oncological surgery of the head and neck: critical review of 10 years' experience // *Minerva Chir.* – 2004. – Vol. 59. – N 4. – P. 379-386.

Рецензенты

Каймакчи О.Ю., д.м.н., ассистент кафедры онкологии Ростовского государственного медицинского университета, г. Ростов-на-Дону.

Николаева Н.В., д.м.н., ассистент кафедры онкологии Ростовского государственного медицинского университета, врач отделения гематологии ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития России, г. Ростов-на-Дону.