

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.327.4-006.04-089.844

Саприна О.А., Кропотов М.А., Соболевский В.А., Унгуадзе Г.В.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННЫХ ЛОСКУТОВ
ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115478, г. Москва

В статье представлены результаты применения реvascularизированных кожно-фасциальных лоскутов для замещения частичных и циркулярных дефектов глотки, шейного отдела пищевода у больных с рецидивами рака гортани и гортаноглотки. В течение длительного времени для восстановления непрерывности глотки использовали различные варианты желудочно-сальникового лоскута, фрагментов тонкой, толстой кишки, однако ввиду травматичности в настоящее время наиболее оправданным является применение лучевого и переднебокового лоскута бедра.

Ключевые слова: реконструкция глотки и шейного отдела пищевода; лучевой лоскут бедра; переднебоковой лоскут бедра.

Для цитирования: Российский онкологический журнал. 2015; 20 (6): 19–22.

VASCULARIZED FLAPS FOR PHARYNX AND CERVICAL ESOPHAGUS RECONSTRUCTION

Saprina O.A., Kropotov M.A., Sobolevskiy V.A., Ungiadze G.V.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 115478, Moscow, Russian Federation

The article presents the results of application vascularized fascio-cutaneous flaps to replace partial and circular defects of the pharynx and cervical esophagus in patients with recurrent cancer of the larynx and hypopharynx. For a long time gastroepiploic flap, fragments of small and large intestine were used for restoring continuity of the pharynx, however, since high morbidity radiation and antero-lateral thigh flaps are more justified to be used.

Key words: reconstruction, pharynx, cervical esophagus; radiation and antero-lateral thigh flap.

Citation: Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2015; 20 (6): 19–22. (In Russ.)

Correspondence to: Oksana Saprina – MD, PhD; e-mail: isabekian@mail.ru.

Received 23.08.15

Рак гортани представляет собой одну из самых актуальных и социально значимых проблем в онкологии головы и шеи и занимает 1-е место по заболеваемости среди злокачественных опухолей ЛОР-органов. В 2012 г. в России рак гортани был диагностирован у 55 475 больных. Хотелось бы отметить, что, несмотря на лидирующую позицию по заболеваемости и на то, что указанные новообразования можно отнести к опухолям визуальной локализации, выявляемость на ранних стадиях сохраняется на низком уровне. До 65,8% больных поступают в специализированные учреждения с местно-распространенным процессом, что в свою очередь приводит к смертности у 25% больных уже на первом году с момента постановки диагноза [1].

Частота рецидивирования достигает 50% при III–IV стадии заболевания. Одной из самых неблагоприятных прогностических групп являются пациенты с перестомальным рецидивом с поражением глотки и шейного отдела пищевода. Как правило, эти пациенты исчерпали возможности лучевой терапии и, учитывая неудовлетворительный прогноз данной категории больных, им проводилось лишь паллиативное

и симптоматическое лечение. В течение последнего времени отмечено увеличение показателей выживаемости в данной группе больных, возможно, обусловленное изменением хирургической техники и внедрением IMRT (intensity-modulated radiation therapy – лучевая терапия с модулированной интенсивностью) в повседневную практику. В связи с улучшением показателей выживаемости хирургическое лечение с выполнением так называемых операций спасения с формированием фарингоэзофагостом увеличилось. Однако качество жизни при расширенно-комбинированных вмешательствах без одномоментной реконструкции крайне неудовлетворительное, в связи с чем на современном этапе обязательным условием является выполнение реконструкции.

Революция в пластической хирургии позволила выполнять различные варианты реконструкции. Выбор реконструкции зависит от размера дефекта глотки, пищевода (циркулярная и частичная резекция), поражения прилежащих структур и предпочтения хирурга. В литературе довольно активно обсуждался вопрос о восстановлении непрерывности глотки при помощи различных вариантов желудочно-сальникового лоскута, фрагментов тонкой, толстой кишки. Для дефектов с поражением глотки и шейного отдела пищевода наиболее популярным считалось использование тощей кишки и лучевого лоскута [2, 3]. Однако в настоящее время наиболее оправданным принято считать применение свободных кожно-фас-

Для корреспонденции: Саприна Оксана Александровна – канд. мед. наук, врач-онколог отделения опухолей черепно-лицевно-лицевой области, 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24; e-mail: isabekian@mail.ru.

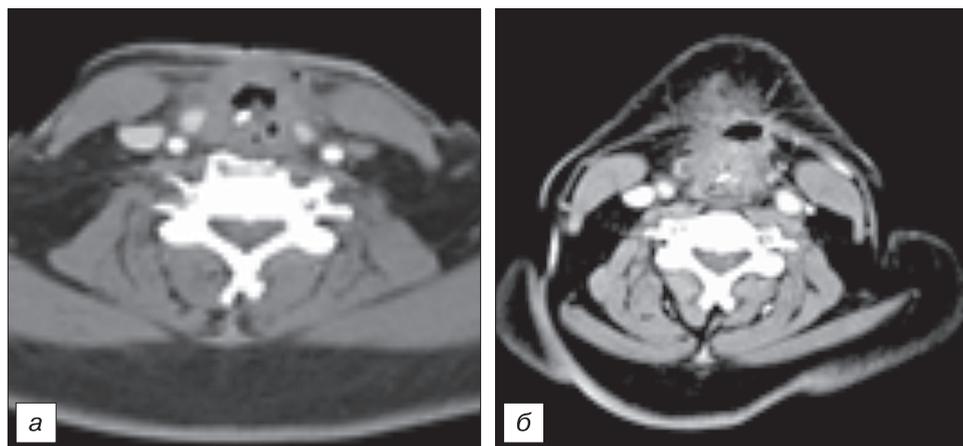


Рис. 1. Аксиальные компьютерные томограммы на уровне средней (а) и нижней (б) трети шеи.

Состояние после ларингэктомии, в области сформированного неофаринкса, в мягких тканях шеи по передней поверхности области операции определяется инфильтрат, окружающий скрепки, с неровными контурами, умеренно накапливающий контрастный препарат. В инфильтрате определяется воздух за счет сформированного свищевого хода.

циальных лоскутов (лучевой, переднебоковой бедренной). Связано это с меньшей травматичностью, лучшей реабилитацией и удовлетворительными функциональными результатами [4, 5].

Так, в исследовании P. Yu и соавт. [5], опубликованном в 2010 г., был произведен анализ клинических и функциональных результатов при реконструкции глотки тощей кишкой и кожно-фасциальными (лучевым и переднебоковым бедренным) лоскутами. Учитывались такие параметры, как продолжительность госпитализации, пребывания в отделении интенсивной терапии, наличие свищей, некрозов, формирование стриктур, акта глотания и функции трахеопищеводной речи. Полученные результаты демонстрируют отличные клинические и функциональные результаты с минимальным повреждением донорского участка и быстрой реабилитацией при использовании переднебокового лоскута бедра. Также в исследовании J. Lewin и соавт. [6] отмечена лучшая реабилитация (речь, глотание) у пациентов с использованием кожно-фасциальных лоскутов, чем при использовании тощей кишки. По мнению K. Kelly и соавт. [7], использование лучевого лоскута позволяет пациенту достичь речи, сопоставимой с речью пациентов, которым был установлен трахеопищеводный шунт после стандартной ларингэктомии. В случае поражения прилежащих структур, таких как кожа, подкожная клетчатка, а также наличия предшествующей лучевой терапии необходимо, кроме восстановления непрерывности глотки и пищевода, выполнение резекции пораженных структур с пластическим замещением дефекта. Наиболее востребованным в этом случае является кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы [8, 9].

В НИИ клинической онкологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина были выполнены три реконструкции глотки и шейного отдела пищевода с использованием реvascularизированных лоскутов: в двух случаях мы использовали лучевой лоскут и в одном случае – переднебоковой лоскут бедра. У 2 больных были диагностированы перистомальные рецидивы рака гортани с поражением глотки и шейного отдела пищевода, в связи с чем были выполнены частичные



Рис. 2. Рентгенография глотки и пищевода.

Определяется дефект наполнения шейного отдела пищевода за счет опухолевого узла.

резекции глотки и пищевода с реконструкцией реvascularизированными лучевыми лоскутами, и у 1 больного по поводу рецидива рака гортаноглотки выполнена циркулярная резекция глотки и шейного отдела пищевода с использованием переднебокового лоскута бедра. Все больные ранее получили радикальную дозу лучевой терапии на фоне неoadъювантной, конкурентной химиотерапии и хирургические вмешательства различного объема.

Описание клинического случая

Больной Ш., 62 года, обратился в поликлинику НИИ клинической онкологии ФГБУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН 05.02.14 с диагнозом рака гортани, состояние после комбинированного, хирургического лечения в 2013 г. Перистомальный рецидив, состояние после лучевой терапии в 2013 г.

Из анамнеза известно, что пациенту по поводу рака гортани T2N0M0 по месту жительства было проведено комбинированное лечение с лучевой терапией на первом этапе с последующим хирургическим лечением в объеме переднебоковой резекции гортани. При контрольном осмотре диагностирован продолженный рост, в связи с чем была выполнена ларингэктомия. В декабре 2013 г. диагностирован перистомальный рецидив и проведена локально лучевая терапия СОД 24 Гр. Пациент обратился на консультацию в РОНЦ. При поступлении пациент предъявлял жалобы на образование на передней поверхности шеи и поступление пищи из последнего.

При осмотре над трахеостомическим отверстием пальпируется опухолевый инфильтрат размером 7,0×6,5 см, достигающий до подъязычной кости, без четких контуров, ограниченно смещаемый, умеренно болезненный, кожа над инфильтратом гиперемирована, не смещается, имеется изъязвление кожи на ограниченном участке, через которое поступает отделяемое. Лимфатические узлы на шее с двух сторон не пальпируются.

При эзофагоскопии устье пищевода на уровне 15 см от резцов, эластичное, свободно проходимо. На уровне 16–17 см от резцов по левой полуокружности определяется подслизистый неподвижный

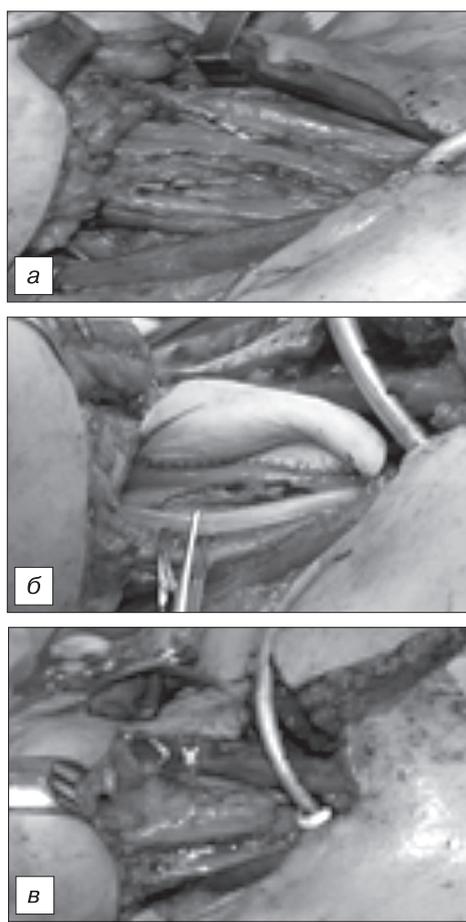


Рис. 3. Этапы операции.

а – вид послеоперационной раны после удаления опухоли. Сохранена задняя стенка глотки и пищевода шириной около 1,0 см, протяженность дефекта составила 9,0 см; *б* – подшивание лучевого лоскута к задней стенке пищевода; *в* – окончательный вид вновь сформированной глотки.

узел, выступающий в просвет пищевода. На верхушке узла определяется кратерообразное изъязвление. Дистальнее на протяжении около 1,0 см определяется вдавление левой полуокружности.

По данным компьютерной томографии (рис. 1, *а*, *б*) в проекции удаленной гортани определяется мягкотканное образование без четких контуров 5,0×4,0×4,0 см, в толще образования определяется газодержащие полости. Стенки пищевода утолщены, на одном из участков передняя стенка шейного отдела пищевода не визуализируется, что не исключает врастание опухолевого узла в пищевод.

При рентгенологическом исследовании глотки с контрастом (рис. 2) выявлено нарушение проходимости бариевой взвеси за счет опухолевого узла.

Пациенту 19.03.14 было выполнено фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи с двух сторон с резекцией глотки, шейного отдела пищевода, кожи, тиреоидэктомией с пластикой дефекта глотки и пищевода кожно-фасциальным лучевым лоскутом и пластикой дефекта кожи и мягких тканей шеи кожно-мышечным лоскутом с включением большой грудной мышцы. На рис. 3 представлены этапы операции, вид операционной раны после удаления опухоли. Сохранена задняя стенка глотки и шейного отдела пищевода шириной 1,0 см, протяженность дефекта составила

около 9,0 см. Далее был выкроен кожно-фасциальный лучевой лоскут прямоугольной формы (9,0×6,0 см) соответственно форме и размеру дефекта с таким расчетом, чтобы после формирования глотки диаметр последней составил 2–3 см. В связи с тем что сосудистые анастомозы планировалось выполнить с верхней щитовидной артерией и веной, лоскут располагался по оси, дистальнее, ножкой вниз. На рис. 3, *б* представлен этап подшивания лучевого лоскута к задней стенке пищевода, и на рис. 3, *в* окончательный вид вновь сформированной глотки и пищевода. За счет выполнения 2-рядных швов достигнута герметичность. Далее наложены сосудистые анастомозы между сосудами лоскута и верхними щитовидными артерией и веной, кровоток восстановлен. Дефект мягких тканей и кожи шеи восстановлен за счет кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы. Послеоперационный период спокойный, рана зажила первичным натяжением. Носопищеводный зонд удален на 16-е сутки. На рис. 4 представлена эндоскопическая картина лучевого лоскута, швы состоятельны, лоскут жизнеспособен.

При рентгенографии пищевода (рис. 5) бариевая взвесь проходима, акт глотания не нарушен.

Пациент реабилитирован, выписан в удовлетворительном состоянии.

2 пациента, которым выполнялась реконструкция лучевыми лоскутами по поводу перестомальных рецидивов рака гортани живы без признаков болезни. Срок наблюдения составил 19 и 10 мес соответственно. 1 пациент умер спустя 6 мес после операции ввиду диагностированного перистомального рецидива рака гортаноглотки.

Достижения в микрососудистой реконструкции позволяют замещать обширные дефекты, что в свою очередь влияет на показатели выживаемости и улучшение функциональных результатов.

В настоящее время отдается предпочтение свободным ревааскуляризированным лоскутам в связи с низкой частотой осложнений, хорошими эстетическими и функциональными результатами. Необходимо тщательный отбор пациентов для микрохирургической реконструкции с учетом прогноза заболевания, факторов пациента и сопутствующей патологии.



Рис. 4. Эндоскопическая картина лучевого лоскута на 15-е сутки. Лоскут жизнеспособен, швы состоятельны.



Рис. 5. Рентгенография глотки и пищевода. Вид вновь сформированной глотки и пищевода, дефекта наполнения нет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Давыдов М. И., Аксель Е. М., ред. *Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2012 г.* М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН; 2014.
2. Anthony J.P., Singer M.I., Mathes S.J. Pharyngoesophageal reconstruction using the tubed free radial forearm flap. *Clin. Plast. Surg.* 1994; 21: 137–47.
3. Zhang B., Tang P.Z., Xu Z.G. et al. Reconstruction of hypopharyngeal circumferential defects: pharyngogastric anastomosis or free jejunal interposition. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi.* 2004; 39: 419–24.
4. Yu P., Robb G.L. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap: a clinical and functional outcomes study. *Plast. Reconstr. Surg.* 2005; 116(7): 1845–55.
5. Yu P., Hanasono M.M., Skoracki R.J. et al. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap after total laryngopharyngectomy. *Cancer.* 2010; 116(7): 1718–24.
6. Lewin J.S., Barringer D.A., May A.H. et al. Functional outcomes after circumferential pharyngoesophageal reconstruction. *Laryngoscope.* 2005; 115(7): 1266–71.
7. Kelly K.E., Anthony J.P., Singer M. Pharyngoesophageal reconstruction using the radial forearm fasciocutaneous free flap: preliminary results. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1994; 111(1): 16–24.
8. Disa J.J., Cordeiro P.G. Reconstruction of the hypopharynx and cervical esophagus. *Clin. Plast. Surg.* 2001; 28: 349–56.
9. Scharpf J., Esclamado R.M. Reconstruction with radial forearm flaps after ablative surgery for hypopharyngeal cancer. *Head Neck.* 2003; 25: 261–7.

REFERENCES

1. Davydov M.I., Aksel' E.M., eds. *Malignant Neoplasms in Russia and CIS-countries in 2012.* [Zlokachestvennyye novoobrazovaniya v Rossii i stranakh SNG v 2005 g.]. Moscow: RONTs im. N.N. Blokhina; 2014. (in Russian)
2. Anthony J.P., Singer M.I., Mathes S.J. Pharyngoesophageal reconstruction using the tubed free radial forearm flap. *Clin. Plast. Surg.* 1994; 21: 137–47.
3. Zhang B., Tang P.Z., Xu Z.G. et al. Reconstruction of hypopharyngeal circumferential defects: pharyngogastric anastomosis or free jejunal interposition. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi.* 2004; 39: 419–24.
4. Yu P., Robb G.L. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap: a clinical and functional outcomes study. *Plast. Reconstr. Surg.* 2005; 116(7): 1845–55.
5. Yu P., Hanasono M.M., Skoracki R.J. et al. Pharyngoesophageal reconstruction with the anterolateral thigh flap after total laryngopharyngectomy. *Cancer.* 2010; 116(7): 1718–24.
6. Lewin J.S., Barringer D.A., May A.H. et al. Functional outcomes after circumferential pharyngoesophageal reconstruction. *Laryngoscope.* 2005; 115(7): 1266–71.
7. Kelly K.E., Anthony J.P., Singer M. Pharyngoesophageal reconstruction using the radial forearm fasciocutaneous free flap: preliminary results. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1994; 111(1): 16–24.
8. Disa J.J., Cordeiro P.G. Reconstruction of the hypopharynx and cervical esophagus. *Clin. Plast. Surg.* 2001; 28: 349–56.
9. Scharpf J., Esclamado R.M. Reconstruction with radial forearm flaps after ablative surgery for hypopharyngeal cancer. *Head Neck.* 2003; 25: 261–7.

Поступила 23.08.15

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2015

УДК 616.33/34-006.04-021.3-031.14

Филоненко Д.А., Абухайдар О.Б., Воронцова К.А., Цымжитова Н.Ц., Мещеряков А.А.

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ ПРИ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, 115478, г. Москва

Стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (СОЖКТ) могут сочетаться с другими злокачественными новообразованиями. При выявлении нетипичной локализации метастазов СОЖКТ необходимо проводить дифференциальную диагностику со злокачественными опухолями другой локализации. Наиболее частой локализацией первично-множественных злокачественных опухолей является мочеполовая система и другие опухоли ЖКТ. В статье приведен клинический случай синхронных опухолей СОЖКТ и рака почки.

Ключевые слова: гастроинтестинальные стромальные опухоли; стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта; рак почки; первично-множественные злокачественные новообразования; иматиниб; сунитиниб.

Для цитирования: Российский онкологический журнал. 2015; 20 (6): 22–27.

GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS AND ADDITIONAL NEOPLASMS

Filonenko D.A., Abukhaidar O.B., Vorontsova K.A., Tsymgitova N.T., Meshcheryakov A.A.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, 115478, Moscow, Russian Federation

Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are reported to occur in association with other secondary neoplasms. It is necessary to exclude other malignancies in case of non-typical GIST metastases pattern. Most common additional malignancies are urogenital and colorectal cancer. Article presents a clinical case report of two synchronous malignant tumors: GIST and kidney cancer.

Key words: gastrointestinal stromal tumors; kidney cancer; additional malignancies; imatinib; sunitinib.

Citation: Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2015; 20 (6): 22–27. (In Russ.)

Correspondence to: Dar'ya Filonenko – MD, PhD; e-mail: shubina_d@mail.ru.

Received 20.10.15