

УДК 616.31+616.321]-006-089.844

С. Ю. Карп<sup>1</sup>, О. О. Галай<sup>2</sup>, О. В. Лукавецький<sup>1</sup><sup>1</sup> Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>2</sup> Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

## ПОРІВНЯННЯ КОНСЕРВАТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ТА АКТИВНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ОРОСТОМАМИ І ФАРИНГОСТОМАМИ

**Мета роботи** — розробити інтегрований лікувальний алгоритм та оцінити його ефективність для оптимізації хірургічного лікування оростом і фарингостом.

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати лікування 90 (3 (3,33%) жінки та 87 (96,77%) чоловіків, середній вік —  $(56,98 \pm 0,42)$  року) пацієнтів з оростомами і фарингостомами, які виникли в післяопераційний період радикального лікування злоякісних екстракраніальних пухлин ділянки голови та шиї. За локалізацією первинної пухлини розподіл пацієнтів був таким: у 37 (41,11%) — пухлини ротової порожнини, у 29 (32,22%) — різних відділів глотки, у 24 (26,67%) — рецидивні та резидуальні пухлини гортані після радикального курсу променевої терапії. Пацієнтів проліковано із застосуванням консервативних та хірургічних методів. Якість життя оцінювали із використанням спеціалізованої шкали (Performance status scale for head and neck patients).

**Результати та обговорення.** Встановлено, що застосування розробленого алгоритму дає змогу оптимізувати лікувальний процес та статистично значуще поліпшити якість життя пацієнтів за показниками «звична повнота дієти» та «можливість публічного прийому їжі» в 1,8 та 2,5 разу відповідно ( $p < 0,05$ ).

**Висновки.** Інтегрований алгоритм із застосуванням як консервативних, так і хірургічних заходів, зокрема видів пластичного закриття, дає змогу досягти стійкого загоєння оростом та фарингостом і поліпшити соціальну адаптацію цієї категорії пацієнтів.

■

**Ключові слова:** рак голови та шиї, оростома, фарингостома, реконструктивна хірургія, локальні клапти, соціальна адаптація.

Післяопераційні ускладнення, які виникають під час радикального лікування найпоширеніших екстракраніальних злоякісних пухлин голови і шиї, різноманітні. Спонтанні та планові оростоми і фарингостоми належать до найчастіших, зазвичай ускладнюють перебіг післяопераційного періоду та значно погіршують соціальну адаптацію хворого [1]. За даними літератури, частота післяопераційних оростом і фарингостом становить 9—23% від усіх прооперованих з приводу злоякісних пухлин голови та шиї [4]. Незважаючи на поширеність зазначених ускладнень у спеціалізованих клініках, не існує єдиної тактики боротьби з цією проблемою. Хірург часто змушений обирати — консервативна терапія чи активна хірургія? Питання щодо реконструктивних методів залишається дискусійним, оскільки найчастіше пацієнтів оперують на III—IV стадії захворювання і ризик швидкого рецидиву є дуже високим. Тому застосування складних реконструкцій часто вважають невиправданим та економічно недоцільним [3, 5]. Це зумовлює актуальність вивчення можливостей арсеналу як консервативних, так і хірургічних методів, які слід застосовувати у комплексі.

**Мета роботи** — розробити інтегрований лікувальний алгоритм та оцінити його ефективність для оптимізації хірургічного лікування оростом і фарингостом.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ**

Проаналізовано результати лікування 90 (3 (3,33%) жінки та 87 (96,77%) чоловіків, середній вік —  $(56,98 \pm 0,42)$  року) пацієнтів з оростомами і фарингостомами, які виникли в післяопераційний період.

За локалізацією первинної пухлини розподіл пацієнтів був таким: у 37 (41,11 %) — пухлини ротової порожнини, у 29 (32,22 %) — різних відділів глотки, у 24 (26,67 %) — рецидивні та резидуальні пухлини гортані після радикального курсу променевої терапії.

Радикальну програму лікування (променева терапія та хірургічне лікування у різних комбінаціях) застосовано у 66 (73 %) випадках.

Якість життя хворих до та після лікування (як консервативного, так і хірургічного) оцінювали за критеріями спеціалізованої шкали Performance Status Scale for Head and Neck Patients (PSS-HN) [2].

Дані наведено у вигляді середнього арифметичного та середньої похибки середнього арифметичного ( $M \pm m$ ). Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми StatSoft Statistica із застосуванням t-критерію для оцінки значущості відмінності між групами у разі нормального розподілу ознаки або T-критерію Вілкоксона для оцінки показників у динаміці (результати «до і після»). Різницю показників вважали статистично значущою в разі  $p < 0,05$ .

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Сумарна частка оростом і фарингостом становила ( $20,07 \pm 0,21$ ) % від усіх прооперованих (середній річний показник за даними останніх 6 років). Найчастіше стоми утворювалися після операцій на глотці (13 %), найрідше (близько 3 %) — після хірургії гортані.

Із консервативних методів лікування найчастіше (у 96 % випадків) застосовували назогастральний зонд та компресійний бандаж. На нашу думку, ці методи є основоположними при консервативному веденні, оскільки впливають на основний патогенетичний механізм — порушення цілісності слизової оболонки верхніх відділів травного тракту та як наслідок — підтікання слини і харчових мас у м'які тканини та назовні. Використання зазначених методів слід супроводжувати адекватною антибіотикотерапією та регулярними перев'язками із застосуванням сучасних місцевих антисептиків («Декасан», «Бетадин») [6]. Важливе значення має також проведення калорійного зондового харчування у поєднанні з парентеральною нутритивною підтримкою. Гіпербарична оксигенація є специфічним та дуже ефективним методом, який сприяє очищенню стоми та її самостійному загоєнню. Застосування цих методів у комбінації дало змогу досягти стійкого ефекту і самостійного загоювання стоми у 46 (51,11 %) випадках (рис. 1). Проте цей процес був досить тривалим — у середньому ( $56,17 \pm 0,32$ ) дня, враховуючи амбулаторне долікування. У 44 (48,89 %) пацієнтів у зв'язку з неефективністю або нераціональністю консервативної терапії було прийнято рішення застосувати активне хірургічне ведення.

У 23 (52,27 %) випадках закриття стоми проводили із застосуванням місцевих шкірно-жирових чи шкірно-жирово-м'язових клаптів шляхом ротації або транспозиції останніх. У 15 (34,09 %) випадках реконструкції застосували регіонарні та дистальні шкірно-жирові та шкірно-м'язові клапті на судинних ніжках у зв'язку з браком місцевих тканин або появою рецидивної стоми, яка потребувала зміни підходу. Лише в 6 (13,64 %) випадках вдалося обмежитися простим ушиванням стоми після мобілізації країв слизової та шкіри.

Наш досвід ведення цього ускладнення свідчив про необхідність розроблення лікувального алгоритму, який би об'єднував консервативний та хірургічний компоненти для досягнення кращого результату (рис. 2).

Ефективність лікування оцінювали шляхом опитування пацієнтів за модифікованою шкалою PSS-HN.

У групі пацієнтів, які підлягали активному реконструктивному лікуванню після виписування зі стаціонару, звичність харчування оцінено у середньому ( $75,12 \pm 0,48$ ) бала, здатність до прийому їжі публічно — ( $40,08 \pm 0,64$ ) бала, зрозумілість мовлення — ( $54,67 \pm 0,63$ ) бала. Відзначено поліпшення порівняно з показниками до початку лікування, зокрема звичності дієти в 1,8 разу та можливості публічного прийому їжі в 2,5 разу. Зі слів родичів, в 1,23 разу стала зрозумілішою мова, ймовірно, за рахунок герметизації звукопровідних шляхів.

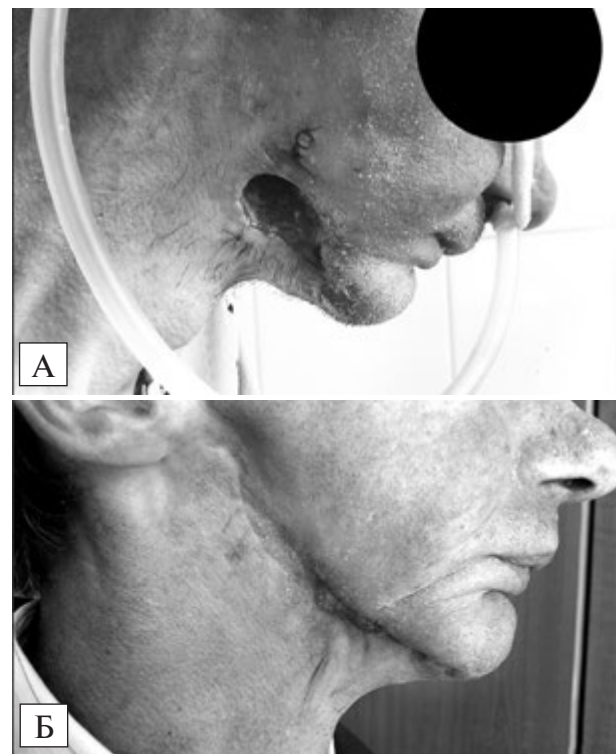
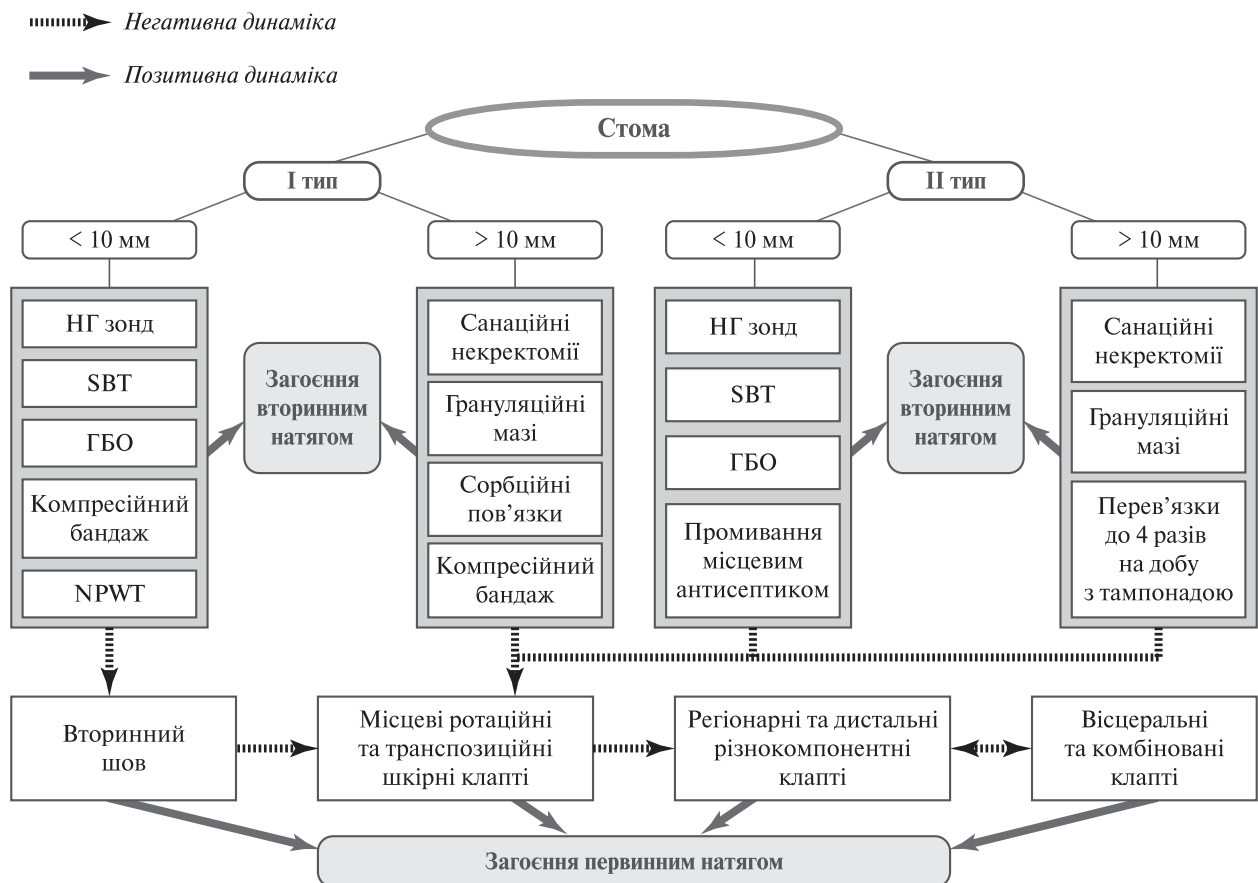


Рис. 1. Видяк пацієнта до (А) та після (Б) консервативної терапії (оростома загоїлася самостійно)



ГБО — гіпербарична оксигенація; НГ — назогастральний; VAC-терапія — терапія ран за допомогою від'ємного тиску; SBT — salivary bypass tube; спеціальна трубка для тимчасового шунтування слини з ротової порожнини в глотку.

Рис. 2. Алгоритм ведення оростом та фарингостом

### ВИСНОВКИ

Проблема оростом та фарингостом потребує застосування етапного клінічного підходу для забезпечення максимально ефективного результату. Лікувальний алгоритм, впроваджений у клініці, дає змогу оптимізувати шляхи лікування пацієнтів з оростомами та фарингостомами за рахунок комплексного застосування як консервативних,

так і хірургічних методів, залежно від ситуації, а також дав змогу зменшити тривалість перебування в стаціонарі на 25 %, що зменшило фінансові витрати на лікування такої групи пацієнтів.

Ліквідація стом поліпшує соціальну адаптацію та якість життя пацієнтів, даючи змогу наблизитися до звичної раніше дієти і відновити можливість публічного прийому їжі.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — О. Г.; збір і обробка матеріалу — С. К.; написання тексту — С. К., О. Г., О. Л.; редагування — О. Г., О. Л.

### Література

- Iglesias-Moreno M. C., Gimeno-Hernandez J., Gomez-Serrano M. et al. Pharyngo-cutaneous fistula: An old problem revisited // Acta Otolaryngol. — 2011. — Vol. 131, N 12. — P. 1311–1318.
- List M. A., Ritter-Sterr C., Lansky S. B. A performance status scale for head and neck cancer patients // Cancer. — 1990. — Vol. 66, N 3. — P. 564–569.
- Pink R., Dvorak Z., Michl P. et al. Regional flap in head and neck reconstruction — part I: philosophy, submental and supraclavicular flaps // Dentistry. — 2017. — Vol. 7, N 433. — P. 11–14.
- Sayles M., Chir B., Grant D. Preventing pharyngo-cutaneous fistula in total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis // Laryngoscope. — 2014. — Vol. 124, N 5. — P. 1150–1163.
- Thomas W. W., Brant J., Chen J. et al. Clinical factors associated with reoperation and prolonged length of stay in free tissue transfer to oncologic Head and Neck defects // JAMA Facial. Plast. Surg. — 2017. — Режим доступу: <https://jamanetwork.com/journals/jama-facialplasticsurgery/article-abstract/2663751>.
- Yao C. M., Ziai H., Tsang G. et al. Surgical site infections following oral cavity cancer resection and reconstruction is a risk factor for plate exposure // J. Otolaryngol. Head and Neck Surg. — 2017. — Vol. 46, N 30. — P. 2–9.

С. Ю. Карп<sup>1</sup>, О. О. Галай<sup>2</sup>, О. В. Лукавецкий<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

<sup>2</sup> Львовский государственный онкологический региональный лечебно-диагностический центр

## СРАВНЕНИЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ И АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОРОСТОМАМИ И ФАРИНГОСТОМАМИ

**Цель работы** — разработать интегрированный лечебный алгоритм и оценить его эффективность для оптимизации хирургического лечения оростомом и фарингостомом.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 90 (3 (3,33 %) женщины и 87 (96,77 %) мужчин, средний возраст — (56,98 ± 0,42) года) пациентов с оростомомом и фарингостомом, которые возникли в послеоперационный период радикального лечения злокачественных экстракраниальных опухолей головы и шеи. По локализации первичной опухоли распределение пациентов было таким: у 37 (41,11 %) — опухоли ротовой полости, у 29 (32,22 %) — разных отделов глотки, у 24 (26,67 %) — рецидивные и резидуальные опухоли гортани после радикального курса лучевой терапии. Пациенты пролечены с применением консервативных и хирургических методов. Качество жизни оценивали при помощи специализированной шкалы (Performance status scale for head and neck patients).

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что применение разработанного алгоритма позволяет оптимизировать лечебный процесс и статистически значимо улучшить качество жизни пациентов по показателям «привычная полнота диеты» и «возможность публичного приема пищи» в 1,8 и 2,5 раза соответственно ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Интегрированный алгоритм с применением как консервативных, так и хирургических методов, в частности видов пластического закрытия, позволяет достичь стойкого заживления оростомом и фарингостомом и улучшить социальную адаптацию этой категории пациентов.

**Ключевые слова:** рак головы и шеи, оростомом, фарингостомом, реконструктивная хирургия, локальные лоскуты, социальная адаптация.

S. Yu. Karp<sup>1</sup>, O. O. Halay<sup>2</sup>, O. V. Lukavets'kyi<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Danylo Halytsky Lviv National Medical University

<sup>2</sup> Lviv State Regional Treatment and Diagnostic Cancer Center

## CONSERVATIVE THERAPY VS ACTIVE SURGICAL TACTICS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH OROSTOMAS AND PHARYNGOSTOMAS

**The aim** — to develop an integrated therapeutic algorithm and to evaluate its effectiveness for surgical treatment optimizing in patients with orostomas and pharyngostomas.

**Materials and methods.** The treatment results of 90 (3 (3.33 %) women and 87 (96.77 %) men, mean age 56.98 ± 0.42 years) with orostomas and pharyngostomas that occurred in the postoperative period of radical treatment for malignant extracranial tumors of the head and neck. The localization of the primary tumor was as follows: 37 (41.11 %) had oral tumors, 29 (32.22 %) — different parts of the pharynx, 24 (26.67 %) had recurrent and residual tumors of the larynx after radical course of radiotherapy. Patients were treated with conservative and surgical methods. The quality of life was assessed using a specialized scale (Performance status scale for head and neck patients).

**Results and discussions.** It is established that the application of the developed algorithm allows to optimize the medical process and statistically significantly improve the quality of life of patients in terms of «habitual diet completeness» and «the possibility of public food intake» in 1.8 and 2.5 times respectively ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions.** The integrated algorithm with application of both conservative and surgical methods, in particular, plastic closure, allows to achieve stable healing of the orostomas and pharyngostomas and to improve the social adaptation of this category of patients.

**Key words:** cancer of head and neck, orostoma, pharyngostoma, reconstructive surgery, local flaps, social adaptation.