

## Пластика місцевими тканинами як елемент хірургічного лікування оро– та фарингостом

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

<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,  
<sup>2</sup>Львівський державний онкологічний регіональний лікувально–діагностичний центр

## Plasty, using local tissues, as element of surgical treatment of oro– and pharyngostoma

S. Yu. Karp<sup>1</sup>, O. O. Halay<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Danylo Galytskyi Lviv National Medical University,  
<sup>2</sup>Lviv State Oncological Regional Treatment–Diagnostic Centre

### Реферат

**Мета.** Визначали ефективність різних видів локальної пластики в хірургічному лікуванні оростом (ОС) та фарингостом (ФС).

**Матеріали і методи.** Проаналізовано результати хірургічного лікування ОС та ФС із застосуванням місцевих тканин у 52 пацієнтів. Проведена порівняльна оцінка ефективності застосованих хірургічних втручань.

**Результати.** Шляхом застосування локальних клаптів для закриття ОС та ФС досягнуто стійкого результату лікування без повторного утворення стоми в середньому у 75% пацієнтів.

**Висновки.** Пластика місцевими тканинами є простим та ефективним методом, який доцільно використовували як першу лінію хірургічного лікування ОС та ФС.

**Ключові слова:** рак голови та шиї; оростом; фарингостом; реконструктивна хірургія; місцеві клапти.

### Abstract

**Objective.** To determine efficacy of various kinds of local plasty in surgical treatment of orostomas (OS) and pharyngostomas (PHS).

**Materials and methods.** The results of surgical treatment of OS and PHS, using local tissues, in 52 patients were analyzed. Comparative estimation of efficacy of the surgical interventions applied was conducted.

**Results.** Stable result of treatment without doing restomy intervention in 75% at average, using local flaps for closure of OS and PHS, were achieved.

**Conclusion.** Plasty, using local tissues, constitutes a simple and effective method, which is expedient to apply as a first line surgical treatment for OS and PHS.

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

Злоякісні новоутворення голови та шиї за останнє десятиріччя займають одне з перших місць у структурі онкологічної захворюваності, їх частка залишається стабільною, а подекуди навіть зростає. Водночас низька санітарна обізнаність та онконастороженість населення (особливо типових контингентів для даної локалізації злоякісних пухлин) призвели до того, що за спеціалізованою допомогою пацієнти звертаються переважно тоді, коли захворювання має запущені стадії, зокрема, у близько 48% пацієнтів, у яких вперше виявлено рак порожнини рота, та 74% пацієнтів, у яких вперше виявлено рак глотки, виявляють III, IV клінічну стадію [1]. Паралельно з тим застосування сучасних методів радикального лікування, в тому числі високодозової променевої терапії та розширених хірургічних втручань, призвело до зростання кількості пацієнтів з місцевими ускладненнями [2], серед яких ОС та ФС є одними з основних та становлять серйозний виклик навіть для досвідченого хірурга, оскільки потребують інтегровано-

го підходу до лікування як з позиції гнійної, так і з позиції реконструктивної хірургії. В арсеналі останньої пластика місцевими тканинами – це ефективний робочий інструмент у боротьбі з місцевими ускладненнями [3].

### Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати хірургічного лікування 52 пацієнтів з ОС та ФС у відділенні пухлин голови та шиї Львівського державного онкологічного регіонального лікувально–діагностичного центру за період з 2015 по 2018 р. Усім хворим проводили комбіноване лікування з приводу злоякісних пухлин трьох основних локалізацій – порожнини рота (38%), гортані (27%) та ротоглотки (35%). У всіх хворих післяопераційний період ускладнився утворенням ОС та ФС на фоні парціального (часткового) некрозу покривних тканин або самостійно. Середній вік хворих становив (57 ± 3) роки. Чоловіків було 50 (96,16%), жінок – 2 (3,84%). У 65% пацієнтів до операції встановлено III стадію захворювання, у 31% – IV,

**Ефективність застосованих видів локальної пластики**

Тип пластичного закриття	Частота повторного утворення стоми, %	Середній бал за критерієм public eating
Ротаційні клапті	30	42 ± 4,2
Транспозиційні клапті	35	38 ± 2,8
Підборідний клапоть	15	50 ± 3,5
Клапоть з включенням платизми	20	48 ± 3,3
Клапоть з включенням кивального м'яза	25	52 ± 2,5

4% – II. У 13 (25%) пацієнтів ОС та ФС утворились після резекції глотки та лімфаденектомії, у 12 (23,07%) – після резекції дна рота, язика, нижньої щелепи та лімфаденектомії, у 10 (19,24%) – після ларингектомії та лімфаденектомії, у 8 (15,38%) – після резекції дна рота, язика та лімфаденектомії, у 5 (9,62%) – після резекції глотки, у 4 (7,69%) – після ларингектомії. Було прийнято рішення закривати післяопераційні ОС та ФС у даних пацієнтів із застосуванням різних видів локальної пластики.

Ефективність виконаних реконструктивних оперативних втручань оцінювали за модифікованою шкалою – Performance Status Scale for Head and Neck Patients (PSS–HN) [4].

**Результати**

Вважається, що ОС та ФС слід лікувати за принципами лікування гнійних ран. Саме тому в лікуванні ОС та ФС пластичне закриття у переважній більшості пацієнтів застосовується після очищення ранової поверхні, затирання місцевих запальних явищ та проростання елементів грануляційної тканини [5]. За аналогічним принципом лікували хворих і ми. Завдяки своїй універсальності та малотравматичності, пластика місцевими тканинами серед усіх методів хірургічної корекції зайняла провідне місце. Ротаційні клапті використали у 24 (46,15%) пацієнтів, транспозиційні – у 14 (26,92%), підборідний клапоть – у 5 (9,62%), клапоть з включенням платизми – у 6 (11,54%), клапоть з включенням кивального м'яза – у 3 (5,77%).

Основним принципом виконання вказаних оперативних втручань було уникнення натягу тканин – так званий „tension free approach” [6, 7]. Визначивши орієнтовну площу дефекту, ми намагались сформувати донорський клапоть з перекриванням приблизно 125% площі реципієнтної ділянки. У такий спосіб вдавалось зменшити порушення трофіки та запобігти натягу внаслідок фізіологічного зморщення клаптя в процесі загоєння. Ефективність пластики визначали з урахуванням частоти повторного утворення стоми або виникнення недостатності швів у місці операції та суб'єктивної оцінки пацієнтом якості життя, вираховуючи середній бал за критерієм «публічний прийом їжі» (public eating), що містить модифікована шкала PSS–HN (див. таблицю).

**Обговорення**

Незважаючи на дотримання атензійних принципів закриття стоми, частота виникнення повторних стом у місці реконструкції виявилась досить значною – в середньому у 25% оперованих пацієнтів. В основному це зумовлено морфологічними змінами в тканинах після передопераційної променевої терапії з розвитком явищ фіброзу та гіалінозу судин та порушенням трофіки в зоні опромінення. Проте, якщо порівнювати суб'єктивну якість життя пацієнтів, яким пластику не виконували та протягом тривалого часу проводили консервативне лікування, показники за цією шкалою будуть в 1,5 разу менші (p < 0,05) – на рівні (25,45 ± 3,12) балу. Окрім цього, пацієнтам, у яких стоми утворились повторно, можливо провести повторну місцеву пластику на фоні часткової редукції стоми або ж застосувати складніші клапті на судинних ніжках та віддалені васкуляризовані комплекси тканин з накладанням мікроанастомозів. Все це виправдовує застосування місцевих тканин для закриття ОС та ФС з метою покращення якості життя у процесі радикального лікування основного захворювання.

**Висновки**

1. Виникнення ОС та ФС як ускладнення в процесі лікування пухлин голови та шиї є значною клінічною проблемою для хірурга. Пластика місцевими тканинами за рекомендацією себе як ефективний та малотравматичний метод хірургічного лікування цих ускладнень, який не потребує складного мікрохірургічного устаткування.

2. Незважаючи на значну частоту виникнення повторних дефектів у реконструйованій ділянці, ми вбачаємо доцільним використання пластики місцевими тканинами як першої лінії хірургічної корекції ОС та ФС.

**References**

1. NIR. Rak v Ukraini 2015–2016. Zahvoryuvanist', smertnist', pokaznyky diyal'nosti onkologichnoji sluzhby. Byuleten' Nacional'nogo kancer–rejestru Ukrainy №18. 2017 Sent;18–23. [In Ukrainian].
2. De Felice F, Thomas C, Barrington S, Pathmanathan A, Lei M, Urbano TG. Analysis of loco–regional failures in head and neck cancer after radical radiation therapy. Oral Oncol. 2015 Nov;51(11):1051–1055. doi: 10.1016/j.oraloncology.2015.08.004.
3. Pink R, Dvorak Z, Michl P, Heinz P, Tvrdy P. Regional flap in head and neck reconstruction – part I: Philosophy, Submental and Supraclavicular Flaps. Dentistry. 2017 May 08;7(5):11–4. doi: 10.4172/2161–1122.1000433
4. List MA, Ritter – Sterr C, Lansky SB. A performance status scale for head and neck cancer patients. Cancer. 1990; 66: 564–9.
5. Yao CM, Ziai H, Tsang G, Copeland A, Brown D, Irish JC, et al. Surgical site infections following oral cavity cancer resection and reconstruction is a risk factor for plate exposure. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2017 Oct 24; 46(30): 66–70. Published online 2017 Apr 8. doi: 10.1186/s40463–017–0206–2
6. Kramer FJ, Bohrsen F, Moser N, Schliephake H. The submental island flap for the treatment of intraoral tumor–related defects: no effect on recurrence rates. Oral Oncol. 2015 Jun 17;51(6):668–73. doi: 10.1016/j.oraloncology.2015.03.011. Epub 2015 May 8.
7. Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. Supraclavicular artery island flap (SCAIF) vs free fasciocutaneous flaps for head and neck reconstruction. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jun;148(6):941–8. doi: 10.1177/0194599813476670. Epub 2013 Apr