

С. Ю. Карп¹, О. О. Галай²¹Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Львів, Україна

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Львів, Україна

S. Yu. Karp¹, O. O. Halay²¹Danylo Halatsky Lviv National Medical University

Lviv, Ukraine

²Lviv State Regional Treatment and Diagnostical Cancer Center

Lviv, Ukraine

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В РЕКОНСТРУКТИВНІЙ ХІРУРГІЇ ОРО- ТА ФАРИНГОСТОМ

The modern approaches to oro- and pharyngostomy surgery reconstructive

Реферат

Поява оростом та фарингостом в процесі радикального лікування пухлин голови та шиї є складною клінічною проблемою. Будучи за своєю природою мультифакторним ускладненням, вони вимагають інтегрованого підходу під час лікування. Хірург, ставлячи за мету повне закриття стоми, часто зустрічається з проблемою вибору адекватного методу лікування. Маючи в своєму арсеналі як консервативні, так і хірургічні методики, що використовуються для загоєння ран, часто досягти задовільного результату не вдається. В той же час при реконструкції потрібно керуватися ескалаційним принципом – від простіших методик до складніших, враховуючи можливість відновлення стоми. Тому нами було розроблено лікувальний алгоритм, який за допомогою етапного підходу дозволить значно підвищити ефективність лікування, поєднуючи як консервативні, так і хірургічні методи.

Ключові слова: реконструктивна хірургія, оростома, фарингостома, клапоть.

Abstract

Appearance of oro- or pharyngostoma during the radical treatment of head and neck cancer is a complicated clinical problem. Being a multifactorial complication they require an integrated approach during the treatment. Surgeon often meets the problem of choosing the appropriate method of curation while aiming total stoma closure. It's usually hard to achieve a satisfactory result using classic conservative and surgical technics of wound treatment. Therefore we worked out a curative algorithm, which can help to improve efficiency of treatment using both of these groups of methods. At the same time we need to use the «up level principle» in reconstructive surgery – moving from the simplest to compound technics.

Keywords: reconstructive surgery, orostoma, pharyngostoma, flap.

ВСТУП

Тенденції останніх років в онкохірургії пухлин голови та шиї характеризуються розширенням показів до хірургічних втручань та переважанням комбінованого лікування [1]. Це збільшує як і радикалізм лікування, так і частоту післяопераційних ускладнень. Спонтанні та планові оростоми (ОС) та фарингостоми (ФС), що виникають внаслідок цього, призводять до ускладнення перебігу післяопераційного періоду та значно погіршують соціальну адаптацію хворого [2]. Виходячи з показників світових клінік, які займаються даною проблематикою, рівень

післяопераційних стом є досить варіабельним та коливається в межах 9–23% від всіх прооперованих з приводу злоякісних пухлин ділянки голови та шиї [3]. Проте єдиного уніфікованого алгоритму по веденню цього ускладнення немає, тому часто хірурги хаотично користуються звичними для них консервативними та хірургічними методиками для лікування ран. Така проблема вимагає комплексного підходу, з комбінацією цих методів у відповідності до характеру стоми.

Серед консервативних методів найбільш поширені санаційні некректомії та компресійні адсорбційні пов'язки у поєднанні з раціональ-

ною антибіотикотерапією, проте їх ефективність доведена лише щодо стом невеликих розмірів. Натомість серед реконструктивних хірургічних методів питання залишається контроверсійним, оскільки застосування навіть всього арсеналу методів, починаючи від простого зведення країв та вторинного шва та закінчуючи складними трансплантатами, що вимагають мікрохірургічної техніки, не може гарантувати повного закриття дефекту. Разом з тим, під час хірургічного етапу корекції необхідно враховувати можливість відновлення стоми та необхідність мати в запасі ще не використану методику [4].

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Покращити результати хірургічного лікування ОС та ФС шляхом розробки лікувального алгоритму із застосуванням найбільш поширених реконструктивних операцій з врахуванням характеру стоми.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проаналізовано результати лікування 108 пацієнтів з наявним ОС та ФС, що утворились в процесі лікування злоякісних новоутворень порожнини рота, глотки та гортані. Середній вік хворих становив 56 ± 10 років, серед них було 4 (3,70%) жінки та 104 (96,30%) чоловіків. Розподіл по локалізації первинної пухлини був наступним: 43 (39,81%) пацієнтів з пухлинами ротової порожнини, 35 (32,41%) з пухлинами різних відділів глотки та 30 (27,78%) пацієнтів з пухлинами гортані.

Усі хворі лікувалися за радикальною програмою, у 81 (75%) випадків у формі комбінованого лікування (променева терапія + хірургічне лікування у різних комбінаціях). Оцінку якості життя хворих з стомами проводили за критеріями шкали для пацієнтів зі злоякісними новоутвореннями голови та шиї – Performance Status Scale for Head and Neck Patients (PSS-HN) [5]

Статистична обробка отриманих даних виконана з використанням комп'ютерних програм пакета IBM SPSS Statistics. Аналізовані дані

представлені як «середнє \pm стандартне відхилення» ($M \pm s$). Рівень значущості $p = 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Частота появи стом серед наших спостережень не відрізнялись від світових показників, становивши сумарно в середньому $20,07 \pm 3,15\%$ від всіх прооперованих за рік (враховуючи узагальнені дані клініки за останні 5 років). Найбільший відсоток стом, по відношенню до кількості проведених з приводу даної локалізації операцій, утворювався після операцій на глотці – 12,66%, найменший – 2,85% після хірургії гортані. Лікування пацієнтів проводилось як консервативно, без застосування активної хірургічної тактики, так і шляхом хірургічного закриття дефекту. Серед арсеналу методів застосовувались: 1) встановлення назогастрального зонда; 2) компресійний бандаж; 3) посилена антибіотикотерапія; 4) регулярні санаційні некректомії; 5) обробка мазями, що сприяють росту грануляційної тканини (Ialuset plus); 6) проведення серії сеансів гіпербаричної оксигенації; 7) проведення парентеральної нутритивної підтримки та корекція показників гомеостазу.

Таким чином у 61 (56,48%) випадку вдалось досягнути стійкого ефекту та повного загоєння стоми вторинним натягом без застосування відновної хірургії. В іншій групі хворих, у зв'язку з неефективністю або нераціональністю консервативної терапії, виникла необхідність в застосуванні активної хірургічної тактики після адекватної підготовки ділянки стоми у зв'язку з низькими шансами останньої до самостійного закриття – 47 (43,52%) досліджуваних випадків. При цьому ми намагались керуватись ескалаційним підходом, який схематично представлений на рисунку 1. Реконструкція за таким принципом передбачає, у разі неефективності, перехід від простіших методик закриття стоми до складніших. Зокрема, серед стом, які вимагали хірургічного втручання, 18 (38,29%) вдалося закрити із застосуванням місцевих ротаційних та транспозиційних шкірно-жирових клаптів.

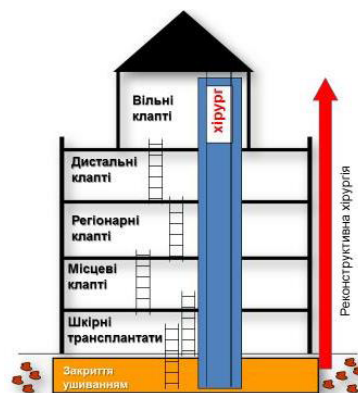


Рис. 1. Ескалаційний підхід в реконструкції oro- та фарингостом

У 22 (46,80%) випадках проводилось закриття із застосуванням складних шкірно-жирових чи шкірно-жирово-м'язових клаптів на ніжках (в основному дельтопекторальний, грудний та клапоть з включенням кивального м'язу або платизми) або шляхом заміщення дефекту реваскуляризованим складним вільним трансплантатом (променевиї, стеговий клапті, клапоть з порожньої кишки) з формуванням стінок харчового каналу – у 7 (14,91%) випадках.

На базі клінічних спостережень та результатів лікування нами було розроблено лікувальний алгоритм, який зображено на рисунку 2. Оцінка ефективності лікування проводилась шляхом опитування пацієнтів за модифікованою шкалою PSS-HN, що включала три пункти (максимальний бал по кожному з пунктів – 100, мінімальний 0): звичність дієти, здатність до прийому їжі публічно та зрозумілість мовлення [5].

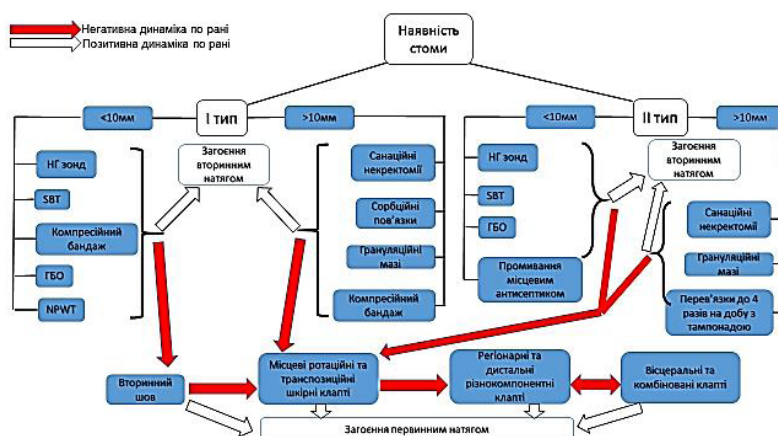


Рис. 2. Алгоритм лікування ОС та ФС

Нами було встановлено, що середній бал для групи пацієнтів, які підлягали активному реконструктивному лікуванню після виписки зі стаціонару становив – звичність дієти на рівні $77,65 \pm 8,89$ балів, здатність до прийому їжі публічно на рівні $38,41 \pm 10,89$ балів та зрозумілість мовлення на рівні $50 \pm 12,57$ балів. Натомість, показники пацієнтів, які лікувались консервативно, після виписки були значно нижчими по всіх пунктах:

1. У 1,42 разу менші за рівнем звичності дієти, на рівні $54,42 \pm 6,95$ балів ($p < 0,05$);
2. У 1,5 разу менші за можливістю публічного харчування, на рівні $25,45 \pm 6,12$ балів ($p < 0,05$);
3. У 2 рази менші за рівнем зрозумілості мов-

лення, на рівні $25 \pm 7,24$ балів ($p < 0,05$).

ВИСНОВКИ

1. Оро- та фарингостоми потребують застосування інтегрованого клінічного підходу для досягнення задовільного результату для пацієнта;
2. Розроблений лікувальний алгоритм дозволяє покращити ефективність ведення пацієнтів з ОС та ФС із застосуванням комплексу консервативних та хірургічних методів;
3. Хірургічна реконструкція стом є одним з ключових елементів реабілітації та соціальної адаптації хворих з ОС та ФС, який виводить якість життя таких пацієнтів на близький до звичного рівень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Laramore G. E., Coltrera M. D., Karen J. H. Tumors of Head and Neck, 8th ed. / Philadelphia: W. B. Saunders company; 2001. Chapter 12, Treatment; p. 405–461.
2. Sayles M. B., Chir B. G., David G. F. Preventing Pharyngo-Cutaneous Fistula in Total Laryngectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis // Laryngoscope. – 2014. – Vol. 124. – № 1. – P. 115–163.

3. Cruz M., Morenoab I., Gimeno-Hernandezab J. Pharyngo-cutaneous fistula: An old problem revisited // Acta Otolaryngol. – 2011. – Vol. 131. – № 12. – P. 1311–1318.
4. Baker S. R. Local flaps in facial reconstruction, 2nd ed. / Michigan: Elsevier, 2014. – 779 p.
5. List M. A., Ritter-Sterr C., Lansky S. B. A Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients // Cancer. – 1990. – Vol. 66. – P. 564–569.

REFERENCE

1. Laramore G. E., Coltrera M. D., Karen J. H. Treatment, pp. 405–461. Philadelphia, W. B. Saunders company (in USA).

2. Sayles M. B., Chir B. G., David G. F. (2014) Preventing Pharyngo-Cutaneous Fistula in Total Laryngectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Laryngoscope*, vol. 124, no 1, pp. 115 – 163.
3. Cruz M., Morenoab I., Gimeno-Hernandezab J. (2011) Pharyngo-cutaneous fistula: An old problem revisited. *Acta Otolaryngol.*, vol. 131, no 12, pp. 1311–1318.
4. Baker S. R. (2014) *Local flaps in facial reconstruction*, 2nd ed. Michigan, Elsevier, (in USA).
5. List M. A., Ritter-Sterr C., Lansky S. B. (1990) A Performance Status Scale for Head and Neck Cancer Patients. *Cancer*, vol. 66, pp. 564–569.

Стаття надійшла до редакції 26.10.2017