

Для цитирования: Саприна О.А., Бацев А.Ф., Оганян Е.Р., Пхешхова Б.Г., Михайлова А.М. Использование слизисто-мышечного лоскута на лицевой артерии в реконструктивной хирургии у пациентов со злокачественными опухолями полости рта. Сибирский онкологический журнал. 2022; 21(2): 88–95. – doi: 10.21294/1814-4861-2022-21-2-88-95
For citation: Saprina O.A., Batsev A.F., Oganyan E.R., Pkeshkhova B.G., Mihailova A.M. The use of the facial artery musculomucosal flap for reconstruction of oral cavity defects after cancer resection. Siberian Journal of Oncology. 2022; 21(2): 88–95. – doi: 10.21294/1814-4861-2022-21-2-88-95

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА НА ЛИЦЕВОЙ АРТЕРИИ В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ У ПАЦИЕНТОВ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОЛОСТИ РТА

О.А. Саприна, А.Ф. Бацев, Е.Р. Оганян, Б.Г. Пхешхова, А.М. Михайлова

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина»
Минздрава России, г. Москва, Россия
Россия, 115478, г. Москва, Каширское шоссе, 23. E-mail: belapkheshkhova@mail.ru

Аннотация

Актуальность. Реконструктивная хирургия головы и шеи при злокачественных опухолях представляет собой один из сложных разделов в онкологии и требует от специалиста владения и знания различных методов замещения дефектов. Выбор варианта реконструкции определяется различными факторами: размером, локализацией и составом дефекта, возрастом, сопутствующей патологией, прогнозом заболевания, предпочтениями хирурга и пациента. В арсенале хирурга довольно широкий выбор пластического материала – от свободного расщепленного до сложных по составу ревааскуляризованных лоскутов. Лидирующим методом в лечении больных со сложными дефектами органов головы и шеи является микрохирургия. Однако использование ревааскуляризованных аутотрансплантатов возможно не у всех категорий больных, в связи с чем продолжается поиск новых методов реконструкции с целью улучшения функциональных, эстетических результатов и снижения травматичности. **Материал и методы.** Представлен анализ использования различных вариантов слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для реконструкции дефектов 7 первичных пациентов с морфологически верифицированным раком слизистой оболочки полости рта T2–4N0–1 стадии, которые получали лечение в НМИЦ онкологии им.Н.Н. Блохина в период с июня 2020 г. по март 2021 г. На первом этапе комбинированного лечения выполнялось хирургическое вмешательство с одномоментной реконструкцией различными вариантами слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах в плане. Всем пациентам была проведена адъювантная лучевая терапия. **Результаты.** При выкраивании лоскута не выполняется дополнительного кожного разреза, дефект в полости рта замещается аналогичными по составу тканями с сохранением малых слюнных желез, соответственно, отсутствует рост волос и дефект донорского ложа. Ни в одном случае не было нарушения питания лоскута. **Заключение.** Полученные хорошие функциональные и эстетические результаты при использовании данного лоскута могут определить новый стандарт для замещения малых и средних мягкотканых дефектов полости рта.

Ключевые слова: плоскоклеточный рак слизистой оболочки полости рта, реконструктивная хирургия, слизисто-мышечный лоскут, лоскут на лицевых сосудах.

THE USE OF THE FACIAL ARTERY MUSCULOMUCOSAL FLAP FOR RECONSTRUCTION OF ORAL CAVITY DEFECTS AFTER CANCER RESECTION

O.A. Saprina, A.F. Batsev, E.R. Oganyan, B.G. Pkeshkhova, A.M. Mihailova

N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology, Moscow, Russia
23, Kashirskoe shosse, 115478, Moscow, Russia. E-mail: belapkheshkhova@mail.ru

Abstract

Background. Reconstruction of defects following surgery for head and neck cancer possess challenges for surgeons. The choice of the reconstruction option is determined by various factors, namely: the size and location of the defect, patients' age, concomitant pathology, prognosis of the disease, and individual decisions of surgeons and patients. Microvascular surgery is a highly successful and relatively safe method for the reconstruction of large head and neck defects. However, the use of revascularized autografts is not possible in all categories of patients, and therefore the search for new reconstruction techniques is necessary to improve functional, aesthetic results and reduce trauma. **Material and Methods.** The use of different types of facial artery mucous-muscular (FAMM) flaps for the reconstruction of oral cavity defects after tumor resection was analyzed. From June 2020 to March 2021, 7 patients with histologically verified T2–4N0–1 oral cancer were treated at Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow). The patients underwent tumor resection with one-stage reconstruction using different types of FAMM flaps. All patients underwent adjuvant radiation therapy. **Results.** When cutting out the flap, an additional skin incision was not performed, the defect in the oral cavity was replaced by tissues of the same composition while preserving the small salivary glands, respectively, there was no hair growth and a defect in the donor bed. None of the cases had malnutrition of the flap. **Conclusion.** Good functional and cosmetic results in patients who underwent FAMM flap reconstruction may set a new standard in the replacement of small-to medium-size soft tissue defects in the oral cavity.

Key words: squamous cell carcinoma of the oral cavity, reconstructive surgery, muco-muscular flap, flap on the facial vessels.

Введение

В структуре общей заболеваемости злокачественными опухолями плоскоклеточный рак органов головы и шеи занимает 7-е место в мире [1]. Данные новообразования относятся к опухолям визуальной локализации, но их диагностика на ранних стадиях остается на крайне низком уровне. В специализированные отделения пациенты поступают с местнораспространенными процессами, что приводит к высокой смертности на первом году с постановки диагноза [2]. С учетом сложной анатомии и распространенности опухоли выполняются расширенно-комбинированные операции, которые приводят к обширным дефектам и нарушению ряда важных функций, таких как глотание, речь, дыхание, жевание, что делает невозможным реабилитацию, в связи с чем необходима одномоментная реконструкция. В настоящее время в арсенале хирурга обширный выбор пластического материала – от свободных расщепленных до сложных по составу реваскуляризированных лоскутов. Владение микрохирургической реконструкцией является обязательным условием работы в отделении опухолей головы и шеи, однако не всем пациентам показаны данные виды реконструкции, а лишь при условии, что регионарные лоскуты не смогут дать сопоставимые функциональные и эстетические результаты.

Для замещения мягкотканых дефектов наиболее часто используют следующие регионарные лоскуты: носогубный, подбородочный, надключичный, лоскуты с включением подкожной мышцы, грудино-ключично-сосцевидной, большой грудной, трапециевидной, передних длинных мышц шеи и широчайшей мышц. В более ранние периоды активно использовался кожно-жировой носогубный лоскут, который хорошо адаптируется в полости рта, прост в выкраивании, с низкой частотой

осложнений, однако к недостаткам относятся выраженный косметический дефект в эстетически значимой зоне, двухэтапность вмешательства, а также обильный рост волос у мужчин в полости рта. Часть авторов используют островковый носогубный лоскут [3], однако, по нашему мнению, его использование возможно только в группе пациентов с сопутствующей патологией и с выраженными возрастными изменениями кожи.

Подподбородочный лоскут, который в нашей клинике используется с 2015 г., зарекомендовал себя как надежный пластический материал с низкой частотой осложнений, имеет ряд достоинств, таких как близость к полости рта, широкая дуга вращения, постоянство питающих сосудов, отсутствие дополнительного разреза на шее. Однако одним из противопоказаний для использования лоскута, по мнению ряда авторов, является метастатическое поражение лимфоузлов I уровня, что заставляет отказаться от данного пластического материала в пользу лучевого реваскуляризованного аутоотрансплантата. По данным нашей работы, включавшей 36 наблюдений и опубликованной в 2017 г., поражение лимфоузлов I уровня не является противопоказанием, при условии забора лоскута на питающей сосудистой ножке с контралатеральной стороны [4]. На наш взгляд, одним из недостатков данного лоскута является обильный рост волос у мужчин и чрезмерная толщина лоскута у пациентов с избыточной массой тела, что приводит к ограничению подвижности языка у части больных.

Надключичный лоскут, который в последнее время набирает все большую популярность, имеет довольно много преимуществ, к ним относят надежность и постоянство сосудистой ножки, простоту выкраивания, отсутствие обильного роста волос, возможность закрытия обширных дефектов,

минимальный дефект донорского ложа, сохранение чувствительности (при условии сохранения нервов С3). Из недостатков надключичного лоскута следует отметить ранее выполненные операции с пересечением питающих сосудов, ограниченную длину лоскута, при ширине лоскута более 7 см требуется применение дополнительно расщепленного лоскута для укрытия дефекта донорского ложа [5].

Среди кожно-мышечных лоскутов лидирующую позицию занимает лоскут с включением большой грудной мышцы, который позволяет замещать довольно разнообразные по составу и форме дефекты. Однако при его использовании требуется разрез на грудной стенке, возникают выраженная деформация молочной железы у женщин и нарушения двигательной функции верхней конечности, имеются ограничения у пациентов с избыточной массой тела, кроме того, из-за массивности лоскута возникают сложности в реабилитации, что зачастую требует хирургической коррекции.

Обсуждая реваascularизированные лоскуты, чаще всего имеют в виду кожно-фасциальные лоскуты, которые используют для замещения дефектов средних и больших размером [6]. В частности, лучевой лоскут является идеальным материалом для реконструкции за счет относительно простого выкраивания, довольно длинной сосудистой ножки, достаточно большого диаметра вен, является тонким, пластичным, имеется возможность различного дизайна. Значимые недостатки: в донорской зоне образуются выраженные косметические дефекты [7].

Несмотря на наличие разнообразных вариантов, не существует идеального пластического материала, который бы удовлетворял все потребности как пациента, так и хирурга. В связи с чем продолжается поиск методов реконструкции с целью улучшения функциональных результатов, снижения травматичности без ущерба для онкологической радикальности.

Цель исследования – определить показания и оценить результаты использования слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах в реконструктивной хирургии у больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта.

Материал и методы

В НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина в отделении опухолей головы и шеи с июня 2020 г. по март 2021 г. выполнено 7 хирургических вмешательств с использованием слизисто-мышечного лоскута на лицевых сосудах для замещения дефектов полости рта. У всех пациентов был морфологически верифицирован плоскоклеточный рак различной степени дифференцировки. Пациенты, включенные в исследование, ранее не получали специального лечения, и операция являлась первым этапом комбинированного лечения.

Среди пациентов преобладали лица мужского пола (5 мужчин и 2 женщины). Средний возраст – 58 лет (44–70 лет). Рак слизистой оболочки дна полости рта диагностирован в 5, рак слизистой оболочки альвеолярного края нижней челюсти – в 2 наблюдениях. У 2 больных опухоль локализовалась в области альвеолярного края нижней челюсти, у 1 пациента диагностирован рак языка, у 4 – поражение слизистой оболочки дна полости рта. Классификация осуществлялась по системе TNM 8-го пересмотра. Первичные опухоли соответствовали T2 – в 3, T3 – в 3, T4 – в 1 случае. У 4 пациентов отсутствовало поражение лимфоузлов шеи, у 3 – регионарные метастазы соответствовали N1. Отдаленных метастазов не было.

В зависимости от локализации опухолей выполнялись различные объемы резекций, чаще всего – резекция тканей дна полости рта с резекцией нижней поверхности языка и краевой резекцией нижней челюсти (n=4), 1 пациенту выполнена половинная резекция языка с тканями дна полости рта, по 1 случаю – краевая и сегментарная резекции нижней челюсти. Всем пациентам выполнялись шейные лимфодиссекции различных объемов. При срединной локализации опухоли или опухоли ипсилатеральной локализации с распространением до средней линии осуществлялись двусторонние лимфодиссекции (n=4), при этом на ипсилатеральной стороне выполнялись модифицированные радикальные, на контралатеральной – супраохиодальные шейные лимфодиссекции. При отсутствии данных о наличии регионарных метастазов выполнялись супраохиодальные шейные лимфодиссекции I–IV уровней, при N+ – удаление I–V уровней.

Пациентам, которым выполнялись двусторонние шейные лимфодиссекции, выкраивание слизисто-мышечного лоскута осуществлялось на контралатеральной стороне, а при односторонней лимфодиссекции – на ипсилатеральной стороне. На первом этапе всегда выполнялась лимфодиссекция с сохранением наружной яремной, лицевой вен и лицевой артерии до точной визуализации венозного оттока от лоскута, далее после выполнения лимфодиссекции производили операции на первичном очаге и затем выкраивался лоскут, который проводился под нижней челюстью в зону дефекта. Во всех случаях выкраивался максимально допустимый размер лоскута, который не вызывал бы функциональных и эстетических изменений в донорской зоне. Размер варьировал от 4,5–6,0 см на 2,5–3,5 см и определялся конституциональными особенностями. В большинстве случаев общий размер дефекта в полости рта превышал размер лоскута на 15–20 %, однако ввиду эластичности лоскута без каких-либо технических сложностей и без натяжения производилась фиксация к краям дефекта. Ни в одном случае не выполнялась превентивная трахеотомия. Питание пациентов в по-

слеоперационном периоде осуществлялось через носопищеводный зонд.

Результаты и обсуждение

При анализе послеоперационных осложнений ни в одном случае не отмечено частичного или тотального некроза лоскута, заживление в полости рта первичным натяжением. Закрытие донорского ложа у 2 пациентов производилось путем мобилизации слизистой оболочки и сшивания последней, в остальных случаях проводилась частичная диссекция и транспозиция жировых «комков» Биша с фиксацией к краям дефекта. Реабилитация пациентов происходила в ранние сроки, возобновление приема пищи на 6–7 сут, за исключением 1 пациента, которому носопищеводный зонд был удален на 14-е сут, ввиду расхождения швов в области донорского ложа (данному пациенту выполнялось ушивание дефекта путем сшивания слизистой оболочки). У 3 пациентов в послеоперационном периоде отмечался парез мариальной ветви лицевого нерва. У 2 пациентов на контрольном осмотре через 3 мес функция мимических мышц восстановлена в полном объеме, у 1 отмечалась выраженная положительная динамика, но сохранялось некоторое отставание. Согласно градации степени тяжести осложнений по Clavien–Dindo, у 2 пациентов диагностированы осложнения I степени.

При плановом гистологическом исследовании операционного материала во всех случаях морфологически подтверждены R0-резекции, отсутствовали периневральная и сосудистая инвазия, а также ни у одного пациента с регионарными метастазами не было экстракапсулярного распространения. В связи с чем доза послеоперационной лучевой терапии на ложе первичной опухоли и регионарные зоны с двух сторон составила у всех пациентов – РОД 2 Гр, СОД 50 Гр при N0, при N + – до 60 Гр на регионарную зону. Сроки начала адьювантной терапии соблюдены у всех пациентов.

Нами получены отличные функциональные и эстетические результаты в группе пациентов после краевой резекции нижней челюсти и тканей дна полости рта. У пациента, которому выполнялась половинная резекция языка с тканями дна полости рта, отмечается некоторое ограничение подвижности языка, что сказывается на качестве речи и, на наш взгляд, связано с недостаточной длиной лоскута. Однако учитывая единичное наблюдение, сложно сделать окончательные выводы.

Использованный нами у 1 пациента классический FАММ- внутриротовой щечный лоскут был описан J. Pribaz et al. в 1992 г. [8]. В состав трансплантата входят слизистая оболочка, подслизистый слой, части щечной мышцы и частично круговая мышца рта. Лоскут можно использовать на ретроградном и антеградном кровотоке лицевой артерии. Чаще всего такой вариант лоскута

используют в челюстно-лицевой хирургии для реконструкции твердого неба и губ. Расположение дефектов будет определять использование FАММ-лоскута с верхним или нижним основанием. Мы использовали FАММ-лоскут с нижним основанием у одного пациента после краевой резекции нижней челюсти с хорошим функциональным результатом. Существуют несколько модификаций лоскута, так, M. Duranceau et al. представили модификацию хирургического доступа FАММ-лоскута, позволяющую провести одноэтапную процедуру [9]. Модификация заключалась в использовании ножки для заполнения задней части дефекта дна полости рта, путем расширения переднего разреза над альвеолярным гребнем, чтобы достичь дефекта дна полости рта. Затем основание лоскута пересекается поднадкостнично над альвеолярным гребнем и используется для закрытия заднего дефекта дна полости рта, а также альвеолярного гребня. В нашем исследовании мы не использовали данную модификацию ввиду отсутствия ограниченного поражения тканей дна полости рта.

В 1995 г. V. Uglesic et al. описан артериализированный островковый слизисто-мышечный лоскут (a-FАММIF). Он представляет собой FАММ, расположенный исключительно на лицевой артерии, венозный возврат осуществляется по коммитантным венам [10]. Далее данный вариант был упрощен за счет добавления внеротового разреза в носогубной складке для лучшей визуализации и снижения частоты некроза лоскута, связанной со скелетизацией лицевой артерии через интраоральный доступ. Артериализированный лоскут нами был использован у одного пациента, но мы не выполняли рассечение кожи носогубной складки для визуализации ножки, и, на наш взгляд, целесообразнее выполнять забор лоскута с лицевой веной и без рассечения кожи в эстетически значимой зоне. Данный вариант одноступенчатой процедуры описан O. Massarelli et al. [11]. Это туннельный островковый лоскут FАММ, эта модификация представляет собой слизисто-мышечный лоскут с включением лицевой артерии с ее ветвями и лицевой веной, который после внутриротовой мобилизации проводят через тоннель на шею и далее под нижней челюстью к зоне дефекта. Недостатком является более высокий риск травмы мариальной ветви лицевого нерва, поскольку требуется широкое рассечение сосудистой ножки через узкий канал. Этот вариант впервые был опубликован под названием «островковый слизисто-мышечный лоскут щеки», а затем под названием туннелизированного островкового слизисто-мышечного лоскута на лицевой артерии (t-FАММIF). Также O. Massarelli et al. опубликовали опыт использования свободного ревааскуляризированного FАММ-лоскута для реконструкции дефекта в области противоположной щеки [12]. Туннелизированный островковый слизисто-мышечный лоскут на лицевой артерии,

что, на наш взгляд, является оптимальным, и был использован нами чаще всего (5 случаев).

Как показывает проведенный анализ литературы, лоскут чаще использовали для замещения небольших и средних по размеру дефектов полости рта при различных клинических ситуациях после удаления опухоли, при расщелине твердого неба, остеорадионекрозе, травме, артериовенозной мальформации, перфорации носовой перегородки, микростомии. На основании нашего опыта можно сделать вывод, что лоскут может быть использован для замещения дефектов не более 5,0-6,0 см с шириной до 4,0 см с различной локализацией дефектов в полости рта. Противопоказанием к использованию данного лоскута являются ранее проведенные операции на шее, однако P. O'Leary et al. опубликовали исследование, в котором у 14 пациентов использован данный лоскут после шейной диссекции без увеличения частоты осложнений. Основным противопоказанием является пересечение лицевых сосудов [13]. Данное утверждение было также подтверждено O. Massarelli et al., которые использовали лоскут у 39 больных после ранее выполненной диссекции с сохраненными лицевыми сосудами [14].

С учетом использования лоскута у пациентов со злокачественными опухолями, которым проводилась ранее лучевая терапия, соответственно, возникает вопрос о возможности забора лоскута в такой клинической ситуации. Проводя аналогию с подподбородочным лоскутом, при котором лучевая терапия в анамнезе не является абсолютным противопоказанием, но в группе облученных больных возникают технические сложности при заборе лоскута, что может повлиять на его жизнеспособность. В литературе встречается небольшое количество наблюдений и, соответственно, нет убедительных данных о влиянии предшествующей лучевой терапии на жизнеспособность лоскута. Частота осложнений в группе облученных больных варьирует. P. O'Leary et al отмечают осложнения в виде частичных некрозов, расхождения швов, кровотечений у 7 (32 %) больных, при этом у большинства из них (57 %) была предшествующая лучевая терапия. В исследовании с наибольшим количеством наблюдений (n=61) осложнения возникли в 36 %, частичный некроз – у 15 больных, 10 пациентам ранее проводилась лучевая терапия, но авторы не сообщили о частоте осложнений в этой группе. Следует отметить, что ни в одном из опубликованных исследований нет указаний на дозы лучевой терапии и ее влияния на частоту осложнений. Кроме того, авторы представляют оценку использования всех модификаций лоскута без уточнений, что затрудняет анализ материала.

Немаловажным в выборе пластического материала является и эстетический результат. Во всех исследованиях косметический результат оценен как отличный, при условии правильного забора

лоскута и закрытия донорского ложа. Лишь при использовании модификации с рассечением кожи в проекции носогубной складки имеется рубец, что может вызвать деформацию. Если говорить о закрытии донорского ложа, то существует несколько методик. При небольшом дефекте выполняется первичное ушивание, однако необходимо учитывать возможные рубцовые деформации щеки, что впоследствии может привести к тризм. При больших дефектах используют жировые комки Биша с отличным результатом. К недостатку лоскута можно отнести парез маргинальной ветви лицевого нерва при использовании островкового туннелизованного лоскута, однако с учетом временного характера нарушений этот недостаток нивелируется большинством преимуществ. В 5 случаях мы использовали для закрытия донорского ложа комки Биша, в 2 случаях мобилизовали края слизистой оболочки с ушиванием последних.

Из-за небольшого срока мы не смогли оценить отдаленные онкологические результаты, но все пациенты находятся под наблюдением, продолжается набор материала и после анализа большего количества случаев будут представлены отдаленные результаты. За время наблюдения случаев прогрессирования не наблюдалось.

В связи с ограниченным количеством случаев, связанных с использованием данного пластического материала при злокачественных опухолях полости рта в отечественной литературе, мы решили представить клинический случай нашего первого пациента.

Клинический случай

Пациент К., 53 года, обратился в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина с жалобами на наличие образования в области тканей дна полости рта. При осмотре контуры лица и шеи не изменены. В области тканей дна полости рта в проекции 32–36 зубов определяется опухоль инфильтративно-язвенной формы роста диаметром до 3,5 см, распространяющаяся на нижнюю поверхность языка, прилежит к слизистой оболочке альвеолярного края нижней челюсти, при бимануальном осмотре опухоль подвижна относительно нижней челюсти (рис. 1). Лимфоузлы шеи справа не пальпируются. В левой подчелюстной области пальпируется образование до 1,5 см плотной консистенции, подвижное относительно подлежащих тканей, трудно дифференцировать между сиалоденитом подчелюстной слюнной железы или метастатическим поражением лимфатических узлов.

При исследовании морфологически верифицирован плоскоклеточный рак слизистой оболочки тканей дна полости рта T3N1M0 стадии. По данным УЗИ (10.07.20) лимфоузлы шеи справа не увеличены. Слева по краю нижней челюсти определяются гипозохогенные лимфатические узлы до 1,6×1,4 см, 1,6–0,7 см, в верхней трети шеи округлый лим-

фатический узел 0,6 см. Подчелюстная слюнная железа размером 3,7×1,2 см, протоки расширены. КТ (15.07.20): в передне-левых отделах тканей дна полости рта определяется участок уплотнения тканей, накапливающий контрастный препарат, размером до 3,1×1,5×3,2 см, который приводит к блоку выводного протока. Инфильтрат тесно прилежит к мышцам дна полости рта. В левой подчелюстной области лимфатический узел до 1,8×1,6 см, по ходу яремной вены слева – лимфатические узлы до 1,2×0,7 см.

30.07.20 выполнена операция в объеме краевой резекции нижней челюсти от проекции 3 справа до 6 зуба слева тканей дна полости рта, с атипичной резекцией языка (рис. 2) с восстановлением дефекта туннелизированным

островковым слизисто-мышечным лоскутом на лицевых сосудах, селективная лимфодиссекция справа (I–III уровни), модифицированная шейная лимфодиссекция слева (I–V уровни). Выкраивание лоскута происходило через комбинированный доступ (внутриротовой и шейный) с включением лицевых артерии и вены (рис. 3). Разрез в проекции носогубной складки не производился. После мобилизации сосудистой ножки через подкожный туннель лоскут проведен под маргинальной ветвью лицевого нерва для увеличения дуги вращения. Далее через поднижнечелюстной канал лоскут проведен в полость рта и фиксирован к краям дефекта, сформирована культя языка. Область забора лоскута после мобилизации слизистой оболочки уха. Установлен носопищеводный зонд,



Рис. 1. Вид первичной опухоли
Fig. 1. Image of primary tumor



Рис. 2. Вид операционной раны после резекционного этапа
Fig. 2. Wound after tumor removal of surgery



Рис. 3. Выкраенный лоскут на питающих сосудах
Fig. 3. Flap on supply vessels



Рис. 4. Вид лоскута на 5-е сут после операции
Fig. 4. Flap inside the oral cavity on the 5 day after surgery

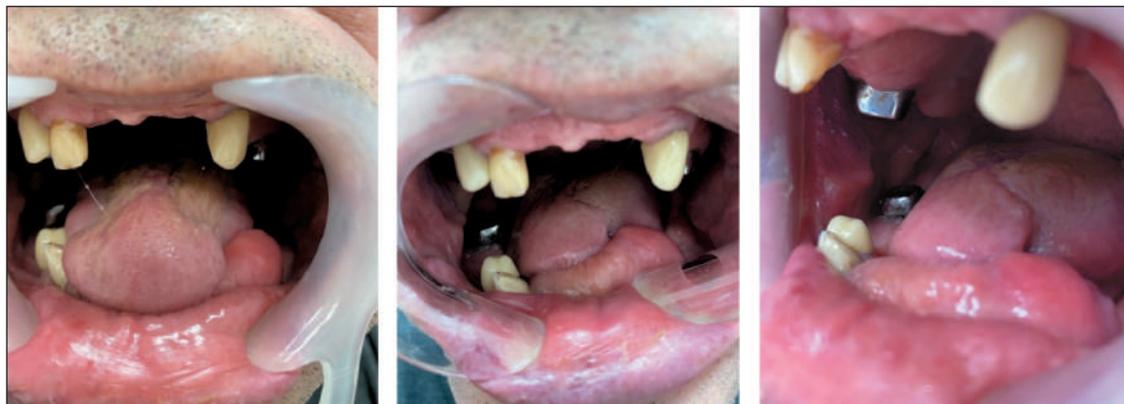


Рис. 5. Вид полости рта через 3 мес
Fig. 5. Flap inside the oral cavity in 3 months

трахеостома не выполнялась с учетом сохранения нижнечелюстной дуги.

На рис. 4 представлен вид лоскута в полости рта на 5-е сут после операции. Лоскут хорошо адаптирован в полости рта, швы в области фиксации состоятельны, ограничения подвижности языка не выявлено. Отмечается расхождение шва в области донорского ложа, в связи с чем потребовалось более длительное питание через носопищеводный зонд.

При гистологическом исследовании операционного материала: умереннодифференцированный плоскоклеточный рак, толщиной 10 мм, край резекции в пределах здоровых тканей, в 1-м лимфатическом узле метастаз плоскоклеточного рака без экстракапсулярного роста.

В плане комбинированного лечения проведена адьювантная лучевая терапия на полость рта и регионарные зоны РОД 2 Гр, СОД 50 Гр.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2012: estimated cancer incidence, mortality, and prevalence worldwide in 2012 [cited 2016 Jan 13]. URL: <http://globocan.iarc.fr>.
2. Саприна О.А., Кропотов М.А., Ломая М.В. Применение подподбородочного лоскута в замещении дефектов у больных со злокачественными опухолями слизистой оболочки полости рта. Сибирский онкологический журнал. 2016; 15(2): 56–62. [Saprina O.A., Kropotov M.A., Lomaja M.V. Application of the submental flap for repair of oral defects in patients with oral cancer, Siberian Journal of Oncology. 2016; 15(2): 56–62. (in Russian)]. doi: 10.21294/1814-4861-2016-15-2.
3. Sharma V., Pandey S., Gandhi A.K., Pandey A., Rastogi M., Sethi R., Hadi R., Hussain N. Island Nasolabial Flap for Tongue Reconstruction: Locoregional Flap of Choice and an Alternative to Free Flap for Tongue Cancer. Indian J Surg Oncol. 2021; 12(1): 94–9. doi: 10.1007/s13193-020-01214-3.
4. Саприна О.А., Азизян Р.И., Бржезовский В.Ж., Мудунов А.М., Романов И.С., Аллавердиева Г.Ф., Алиева С.Б., Ломая М.В. Использование субментального лоскута в реконструкции дефектов головы и шеи. Сибирский онкологический журнал. 2018; 17(3): 51–7. [Saprina O.A., Azizjan R.I., Brzhezovskij V.Zh., Mudunov A.M., Romanov I.S., Allahverdieva G.F., Alieva S.B., Lomaja M.V. The use of the submental flap in reconstruction of head and neck defects. Siberian Journal of Oncology. 2018; 17(3): 51–7. (in Russian)]. doi: 10.21294/1814-4861-2018-17-3-51-57.
5. Саприна О.А., Азизян Р.И., Ломая М.В. Надключичный лоскут в реконструкции дефектов головы и шеи (обзор литературы) Опухоли головы и шеи. 2017; 7(1): 46–9. [Saprina O.A., Azizjan R.I., Lomaja M.V. Supraclavicular flap in the reconstruction of defects of the head and neck (literature review). Head and Neck Tumors. 2017; 7(1): 46–9. (in Russian)]. doi: 10.17650/2222-1468-2017-7-1-46-49.

При контрольном осмотре через 3 мес открывание рта в полном объеме, отмечается хорошая адаптация лоскута (рис. 5), подвижность языка достаточная, обращает на себя внимание некоторый избыток лоскута, который не влияет на качество речи и прием пищи, но затрудняет изготовление съемного протеза. Пациенту планируется коррекция лоскута с последующим восстановлением зубного ряда съемным протезом.

Таким образом, на основе наших собственных данных и данных литературы можно сделать вывод, что туннелизированный островковый слизисто-мышечный лоскут на лицевых сосудах имеет ряд преимуществ перед другими регионарными и ревааскуляризированными лоскутами и может определить новый стандарт в реконструктивной хирургии полости рта.

6. Gender E.M. Reconstruction of the Head and Neck. New York: Thieme, 2012. P. 1–26.
7. Neligan P.C., Wei Fu-Chan. Microsurgical reconstruction of the head and neck, QMP. St. Louis, 2010. P. 591–613.
8. Pribaz J., Stephens W., Crespo L., Gifford G. A new intraoral flap: facial artery musculomucosal (FAMM) flap. Plast Reconstr Surg. 1992; 90(3): 421–9. doi: 10.1097/00006534-199209000-00009.
9. Duranceau M., Ayad T. The facial artery musculomucosal flap: modification of the harvesting technique for a single-stage procedure. Laryngoscope. 2011; 121(12): 2586–9. doi: 10.1002/lary.22343.
10. Uglesic V., Virag M. Musculomucosal nasolabial island flaps for floor of mouth reconstruction. Br J Plast Surg. 1995; 48(1): 8–10. doi: 10.1016/0007-1226(95)90022-5.
11. Massarelli O., Gobbi R., Soma D., Tullio A. The folded tunnelized-facial artery myomucosal island flap: a new technique for total soft palate reconstruction. J Oral Maxillofac Surg. 2013; 71(1): 192–8. doi: 10.1016/j.joms.2012.03.030.
12. Massarelli O., Gobbi R., Biglio A., Tullio A. Facial artery myomucosal free flap for cheek mucosa reconstruction: a case report. Microsurgery. 2013; 33(5): 401–5. doi: 10.1002/micr.22113.
13. O'Leary P., Bundgaard T. Good results in patients with defects after intraoral tumour excision using facial artery musculo-mucosal flap. Dan Med Bull. 2011; 58(5).
14. Massarelli O., Baj A., Gobbi R., Soma D., Marelli S., De Riu G., Tullio A., Gianni A.B. Cheek mucosa: a versatile donor site of myomucosal flaps. Technical and functional considerations. Head Neck. 2013; 35(1): 109–17. doi: 10.1002/hed.22933.

Поступила/Received 11.09.2021

Одобрена после рецензирования/Revised 25.10.2021

Принята к публикации/Accepted 12.11.2021

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Саприна Оксана Александровна, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник онкологического отделения хирургических методов лечения опухолей головы и шеи № 10, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия). E-mail: isabekian@mail.ru. SPIN-код: 7819-9917.

Бацев Ахмед Фуаедович, кандидат медицинских наук, врач-онколог онкологического отделения хирургических методов лечения опухолей головы и шеи № 10, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия). SPIN-код: 3231-5685. ORCID: 0000-0002-1794-7247.

Оганян Ерануи Размиковна, врач-онколог онкологического отделения хирургических методов лечения опухолей головы и шеи № 10, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия). SPIN-код: 5526-5112. ORCID: 0000-0001-6287-4836.

Пхешхова Бэла Газраилловна, аспирант онкологического отделения хирургических методов лечения опухолей головы и шеи № 10, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия). SPIN-код: 1788-1895. ORCID: 0000-0003-1448-1733

Михайлова Анастасия Михайловна, ординатор онкологического отделения хирургических методов лечения опухолей головы и шеи № 10, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России (г. Москва, Россия).

ВКЛАД АВТОРОВ

Саприна Оксана Александровна: набор клинического материала, выполнение хирургических вмешательств, анализ полученных данных, написание статьи.

Бацев Ахмед Фуаедович: набор клинического материала, анализ полученных данных.

Оганян Ерануи Размиковна: набор и обработка материала, написание статьи.

Пхешхова Бэла Газраилловна: редактирование окончательного варианта статьи с критическим пересмотром и внесением ценного интеллектуального содержания.

Михайлова Анастасия Михайловна: редактирование окончательного варианта статьи с критическим пересмотром и внесением ценного интеллектуального содержания.

Финансирование

Это исследование не потребовало дополнительного финансирования.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ABOUT THE AUTHORS

Oxana A. Saprina, MD, PhD, Senior Researcher, Surgery Department № 10, Tumors of the Head and Neck, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia). E-mail: isabekian@mail.ru.

Ahmed F. Bacev, MD, PhD, Oncologist, Surgery Department № 10, Tumors of the Head and Neck, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0002-1794-7247.

Eranui R. Oganjan, MD, Oncologist, Surgery Department № 10, Tumors of the Head and Neck, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0001-6287-4836.

Bela G. Pkeshkhova, MD, Postgraduate, Surgery Department № 10, Tumors of the Head and Neck, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia). ORCID: 0000-0003-1448-1733.

Anastasia M. Mihajlova, MD, Resident, Surgery Department № 10, Tumors of the Head and Neck, N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology (Moscow, Russia).

AUTHOR CONTRIBUTION

Oxana A. Saprina: data collection and analysis, drafting of the manuscript.

Ahmed F. Bacev: data collection and analysis.

Eranui R. Oganjan: collection and analysis, drafting of the manuscript

Bela G. Pkeshkhova: critical review for important intellectual content.

Anastasia M. Mihajlova: critical review for important intellectual content.

Funding

This study required no funding.

Conflict of interests

The authors declare that they have no conflict of interest.