

(скрытое) течение – 39 больных (2012 г. – 38, 2011 г. – 35 больных) и диагностические ошибки – 22 больных (2012 г. – 23, 2011 г. – 16 больных).

Основными методами лечения рака гортаноглотки в г. Москве являются: комбинированный и комплексный – 16 больных (в 2012 г. – 17, в 2011 г. – 20),

хирургический – 1 (в 2012 г. – 4, в 2011 г. – 3), лучевой – 15 (в 2012 г. – 15, в 2011 г. – 32), химиолучевой – 14 (в 2012 г. – 18, в 2011 г. – 29). На симптоматическую терапию в 2013 г. было направлено 76 больных (в 2012 г. – 74, в 2011 г. – 63 больных).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ НЕУДАЧНОЙ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ГЛОТКИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

В.С. Ушаков, В.Н. Вавилов

Кафедра отоларингологии ВМА им. С.М. Кирова, г. Санкт-Петербург

Кафедра факультетской хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург

Цель исследования – обратить внимание специалистов на трудности и ошибки, возникающие при микрохирургической реконструкции дефектов глотки и шейного отдела пищевода у больных раком гортаноглотки, и показать возможности успешной хирургической реабилитации после неудач.

Несмотря на совершенствование и появление новых методик лечения злокачественных опухолей гортаноглотки, прогноз остается неутешительным. Пятилетняя выживаемость не превышает 25 % независимо от вида лечения. Эта ситуация является результатом влияния следующих факторов: большинство больных обращается за помощью с III–IV стадиями, до 24 % имеют метастатическое поражение. Опухоли этой локализации отличаются агрессивный рост с быстрым поражением окружающих тканей, крупных сосудов и лимфатических узлов.

Применение микрохирургической аутотрансплантации тканевых комплексов, включающих участки стенки желудка или фрагменты тонкой кишки, позволило расширить границы операбельности пациентов с распространенными формами злокачественных опухолей гортаноглотки, добиться одномоментного или отсроченного восстановления пищевода путей и улучшить качество жизни этой тяжелой категории больных. Эффективность метода была изучена на собственном клиническом материале, объединившем 57 наблюдений пациентов, оперированных сотрудниками ЛОР кафедры ВМА и факультетской хирургии СПбГМУ. Все больные благополучно перенесли

вмешательства: прижилось 52 трансплантата, в 5 случаях возникли некрозы из-за тромбоза сосудов питающей ножки (дважды имелись технические проблемы, у 3 пациентов – нагноение послеоперационной раны). Приводим клиническое наблюдение, которое представляет интерес для всех врачей нашей специальности.

Больной Ч., 52 года, поступил в клинику 12.03.12 с диагнозом: Рак гортаноглотки с метастазами в лимфоузлы шеи справа, состояние после лучевого и химиотерапевтического лечения в ноябре 2011 г. Учитывая распространенность опухолевого процесса, была запланирована расширенная ларингэктомия с резекцией глотки и одномоментной пластикой дефекта кишечным трансплантатом с использованием микрохирургической техники. Использование желудочного лоскута не представлялось возможным из-за перенесенной ранее операции по поводу язвенной болезни.

29 марта 2012 г. двумя бригадами хирургов выполнялось удаление опухоли и формирование тонкокишечного трансплантата. Восстановление непрерывности осуществлялось путем микрохирургической аутотрансплантации тканевого комплекса на шею. Сосуды кишки соединены с наружной сонной артерией и внутренней яремной веной справа. По окончании операции сегмент кишки имел обычную окраску, перистальтировал, сосуды брыжейки пульсировали во всех видимых отделах.

Утром следующего дня отмечено поступление крови темного цвета изо рта больного, что сви-

детельствовало о возможном тромбозе венозной «линии». При ревизии раны обнаружена кишка темно-багрового цвета с отсутствием перистальтики. Попытки консервативной терапии были безрезультатны, поэтому кишечный трансплантат был удален. Обращало внимание отсутствие поступления крови из дистального отдела внутренней яремной вены. Операция закончилась наложением эзофагостомы для питания больного через зонд.

Неудача выполненной операции значительно ограничивала дальнейшие возможности в выборе трансплантата, использование висцеральных лоскутов было невозможно. Был сделан выбор в пользу лоскута с предплечья, успешная пересадка которого ранее выполнена у двух больных. Через 2 мес, 13.05.12, на левом предплечье пациента на базе лучевого лоскута сформирована кожно-фасциальная трубка длиной 10 см и внутренним диаметром 15 мм, раневая поверхность которой покрыта расщепленным кожным лоскутом. Через 5 мес, 18.10.12, выполнена пересадка трансплантата, сформированного на лучевых сосудах, на шею. Реципиентными сосудами являлись язычная артерия и внутренняя яремная вена слева. Время аноксии – 3,5 ч. К концу операции отмечался умеренный цианоз трансплантата, который значительно увеличился через 2 ч после вмешательства. Больной оперирован повторно, при ревизии обнаружено, что обе вены лоскута увеличены в объеме, но достаточного сброса нет. На следующие сутки явления тромбоза нарастали, что потребовало удаления трансплантата с формированием оростомы и эзофагостомы.

Повторная неудача показала, что в обоих случаях не было адекватного венозного сброса из пересаженных трансплантатов, а дальнейшая судьба больного и наши возможности были весьма неопределенными. Критическая оценка возникшей ситуации и непоколебимая вера больного в успех послужили основанием для планирования третьей

операции с использованием кожно-мышечного лоскута с осевым типом кровообращения. Кроме этого, было необходимо решить проблему формирования внутренней выстилки. Через 4 мес, 28.02.12, произведена операция по пластической реконструкции глотки и пищевода с использованием тканей шеи и торако-дорзального лоскута на питающей ножке. Удалось сформировать пищеводоводящую трубку для питания через естественные пути. Контроль просвета с бария подтвердил проходимость сформированного анастомоза. Осмотр пациента в марте 2014 г. не выявил данных за прогрессирование опухоли. Питание свободное любой пищей. Дыхание через сформированную трахеостому.

Данное наблюдение заслуживает внимания по ряду следующих соображений. Во-первых, не так часто наблюдаются столь тяжелые осложнения микрохирургических пересадок, причем явно технического свойства, у одного и того же больного. Вероятнее всего, в первом случае причиной венозного тромбоза были либо не вполне понятные нарушения оттока по внутренней яремной вене, либо перегиб вены кишечного трансплантата. Во-вторых, причиной венозной недостаточности лучевого лоскута, вероятнее всего, стало неправильное по отношению к реципиентным сосудам расположение трансплантата и его питающей ножки. Последняя располагалась по задней его поверхности и, таким образом, сдавливалась тяжестью тканей. По-видимому, для вены эта позиция оказалась фатальной. Простой поворот лоскута по оси и ликвидация изгиба, скорее всего, могли бы изменить ситуацию, но, к сожалению, понять это можно было только постфактум. В-третьих, использование кожно-мышечных лоскутов с осевым типом кровоснабжения описано достаточно давно, хорошо известно и понятно, но для успеха операции необходимо было сформировать на шее кожные лоскуты с хорошим кровоснабжением и закрыть раневую поверхность надежно питаемым трансплантатом.