doi: 10.17116/otorino201681584-85

Перекрестная пластика дефекта мягких тканей шеи пекторальным лоскутом с противоположной стороны

Проф. А.Л. КЛОЧИХИН, проф. Г.И. МАРКОВ, к.м.н. А.Л. ЧИСТЯКОВ*, врач Н.Н. КОШЕЛЕВА

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. А.Л. Клочихин) Ярославского государственного медицинского университета, Ярославль, Россия, 150000

Приведено клиническое наблюдение пациента с метахронным первично-множественным злокачественным новообразованием (дно полости рта слева, нижняя челюсть справа), которому произведена перекрестная пластика большого дефекта мягких тканей на шее слева кожно-мышечным пекторальным лоскутом с осевым кровоснабжением справа. Срок наблюдения пациента — 14 лет с хорошим функциональным результатом.

Ключевые слова: метахронный множественный рак, перекрестная пластика.

The cross-plastic correction of the soft tissue defect on the neck with the use of a pectoral flap harvested from the opposite side

A.L. KLOCHIKHIN, G.I. MARKOV, A.L. CHISTYAKOV, N.N. KOSHELEVA

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia, 150000

The authors describe a patient presenting with initially multiple metachronous cancer spreading over the right-handed side of the mouth floor and the right-handed part of the lower jaw. The patient who underwent cross-plastic surgery for the correction of the extensive soft tissue defect on the neck with the use of the musculocutaneous pectoral flap with the axial blood supply is described. The observation during the 14 year follow-up period confirmed the good functional outcome of the treatment

Keywords: multiple metachronous cancer, cross-plastic.

После проведения расширенных шейных лимфодиссекций по поводу обширного метастазирования часто образуются дефекты с выраженным дефицитом мягких тканей шеи. Пластическое закрытие данных дефектов является достаточно трудной задачей, так как не представляется возможным использование местных тканей. Объем шейной диссекции при распространенных метастазах включает в себя, помимо лимфатических узлов и клетчатки шеи, кивательную и подкожную мышцу шеи, что приводит к образованию обширной раневой поверхности с одной стороны и грубому анатомическому недостатку мягких тканей — с другой. С увеличением размеров раневой поверхности неизбежно нарастает и лимфорея в послеоперационном периоде, что значительно влияет на общее состояние больного и ухудшает заживление послеоперационной раны [2, 4—6].

Лечение местно-распространенных, упорно рецидивирующих опухолей покровных тканей головы представляет собой очень сложную задачу, и нередко больным отказывают в радикальном лечении после многократных безуспешных попыток хирургического и комбинированного лечения [1, 7, 8]. Приводим наше наблюдение.

Больной *Т.*, 61 год, 16.04.15 поступил в Ярославский центр хирургии «Голова—Шея» Ярославской областной клинической онкологической больницы (ЯОКОБ) с жалобами на наличие опухоли шеи слева. Из анамнеза: в 2001 г. — рак дна полости рта слева T2N1M0, состояние после комбинированного лечения (1-й этап ДГТ в СОД 45 Гр, 2-й этап — операция: резекция дна полости рта слева с секторальной резекцией нижней челюсти слева и реконструкцией титановой пластиной, лимфодиссекция на шее слева. В январе 2003 г. титановый имплант оголился, в связи с чем 14.01.03 выполнена пластика в области нижней челюсти слева с помощью кожно-мышечного пекторального лоскута слева. В марте 2006 г. по поводу рака дна полости рта справа (T2N0M0) больному проведено комбинированное лечение: 1-й этап — неадьювантная полихимиотерапия (ПХТ), 2 курса, 2-й этап — операция (резекция дна полости рта справа). В июне 2006 г. вновь появился дефект мягких тканей в области титанового импланта нижней челюсти слева, явления остеомиелита нижней челюсти. После проведенного консервативного лечения явного улучшения не наступило. Клинически и рентгенологически признаки рецидива и метастазов опухоли не определялись. 13.07.06 удален титановый имплант нижней челюсти слева, после чего пациент не являлся на периодические осмотры.

При поступлении: инфильтрат в верхней части шеи слева с изъязвлением в центре до 6 см, бугристый, неподвижный, отмечается легкий парез лицевого нерва слева

© Коллектив авторов, 2016

*e-mail: chistyakov2006@ yandex.ru

(рис 1. на цв. вклейке). При биопсии №10335-37 — плоскоклеточный умеренно дифференцированный рак. По данным УЗИ и КТ шеи, дна полости рта — картина реметастазирования в околоушные, верхние шейные лимфатические узлы с образованием конгломерата. В январе 2015 г. по поводу мерцательной аритмии установлен электрокардиостимулятор. Клинический диагноз: первично-множественное злокачественное образование. Рак нижней челюсти слева T2N1M0. Состояние после комбинированного лечения в 2001 г. Рак дна полости рта справа T2N0M0. Состояние после комбинированного лечения в 2006 г. Рецидив. План лечения: на 1-м этапе — операция, на 2-м этапе — дистанционная гамма-терапия (ДГТ).

03.03.15 выполнена расширенная шейная лимфаденэктомия с реконструктивно-пластическим компонентом. При ревизии выявлено, что опухоль прорастает кивательную мышцу, внутреннюю яремную вену, наружную сонную артерию, блуждающий нерв, лестничные мышцы, околоушную слюнную железу. С техническими трудностями удалось мобилизовать и удалить опухолевый конгломерат. В удаляемый блок вошли мягкие ткани шеи с кожной площадкой до 10 см в диаметре, внутренняя яремная вена, блуждающий нерв, наружная сонная артерия, подъязычный нерв, передние и средние лестничные мышцы, околоушная слюнная железа с ветвями лицевого нерва.

Учитывая, что пекторальный лоскут с одноименной стороны уже был ранее использован, решено выполнить «перекрестную» реконструкцию пекторальным лоскутом с противоположной стороны (справа) **(рис. 2 на цв. вклейке)**. Образовавшийся дефект тканей шеи слева был укрыт кожно-мышечным лоскутом, включающим большую грудную мышцу с кожным лоскутом, взятым с передней стенки грудной клетки справа. Лоскут был проведен в подкожном тоннеле по передней поверхности шеи и уложен на зону дефекта мягких тканей шеи и лица слева. Заживление вторичным натяжением. Гистологический диагноз после операции №2 Б 12132-12141 от 7.03.15: плоскоклеточный умеренно дифференцированный рак. Пациенту назначен послеоперационный курс ДГТ.

Особенностью данного наблюдения является: а) возможность перекрестной пластики больших дефектов тканей на шее и нижней трети лица пекторальным лоскутом с противоположной стороны; б) 14-летняя выживаемость с метахронным первично-множественным злокачественным новообразованием (рак дна полости рта слева и рак нижней челюсти справа) **(рис. 3 на цв. вклейке)**.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балин В.Н., Александров Н.М. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия. СПб. 2005.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина; 2013.
3. Hosal N, Turan E, Aras T. Lymphoscintigraphy in pectoralis major myocutaneous flaps. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1994;120(6):659-661.
4. Issing PR, Ohmayer T, Heermann R, Ruh S, Lenarz T. Axillary metastases of oropharyngeal carcinoma after pectoralis major flap. HNO. 1997;45(3):153-156.
5. Erdamar B, Suoglu Y, Kiyak E, Guven M, Hafiz G, Aslan I. Metastasis to infraclavicular lymph nodes in head and neck cancer: a report of three cases. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2002;9(5): 368-371.
6. Kartikeyan S, Shukla M, Pandey M. Donor site metastasis after pectoralis major myocutaneous flap reconstruction for oral squamous cell carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;141(5): 657-658.
7. Patel RS, Makitie AA, Goldstein DP et al. Morbidity and functional outcomes following gastro-omental free flap reconstruction of circumferential pharyngeal defects. Head Neck. 2009;31(5):655-663.
8. Nakayama M, Okamoto M, Seino Y, Miyamoto S, Matsuki T, Ogawa A. Delayed wound infection after supracricoid partial laryngectomy following failure of high dose radiation. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2011;268(2):273-279.