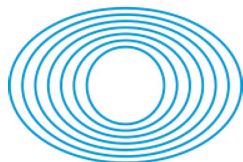




Московский
клинический
научный центр

ГБУЗ «Московский клинический
научно-практический центр
имени А.С. Логинова ДЗМ»



ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр онкологии
им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ



ФГБОУ ВО Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

М.А. Кропотов, В.А. Соболевский, Ю.Ю. Диков,
Л.П. Яковлева, А.Б. Абдураимов, Д.А. Лежнев, К.А. Лесько

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА

Учебное пособие

СПЕЦИАЛЬНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКИХ КНИГ



УДК [616.716.4-006-089.87](075.9)
ББК 55.691.0-59я77-1+56.656я77-1
Р36

Учреждения-разработчики:

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии
им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический
университет им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Учебное пособие рассмотрено и утверждено на заседании Ученого совета
ГБУЗ МКНЦ ДЗМ имени А.С. Логинова (протокол № 9 от 17.11.2017 г.)

Рекомендовано Учебно-методическим советом ГБУЗ МКНЦ ДЗМ имени А.С. Логинова
в качестве учебного пособия для слушателей курсов дополнительного профессионального
образования аспирантов, ординаторов и практических врачей (протокол № 2 от 24.11.2017 г.)

Р36 Реконструктивные операции на нижней челюсти при опухолях челюстно-лицевой области и слизистой полости рта : учеб. пособие / М.А. Кропотов [и др.] ; ГБУЗ Московский клинич. науч.-практ. центр им. А.С. Логинова ДЗМ [и др.]. — М. : Спец. изд-во мед. кн. — 72 с. — ISBN 978-5-91894-070-9
И. Кропотов, Михаил Алексеевич

Агентство СІР РГБ

Учебное пособие посвящено важному разделу хирургии опухолей головы — реконструктивно-пластическим операциям при опухолях челюстно-лицевой области и слизистой полости рта.

Подробно описаны различные виды резекций и методики выполнения реконструктивных операций. Особенное внимание уделено формированию пластического материала для замещения возникающего дефекта. Представлен алгоритм выбора лоскута для замещения дефектов слизистой полости рта и нижней челюсти, в том числе после сегментарной резекции нижней челюсти с экзартикуляцией.

Учебное пособие предназначено для слушателей курсов дополнительного профессионального образования врачей, аспирантов, ординаторов и практических врачей.

УДК [616.716.4-006-089.87](075.9)
ББК 55.691.0-59я77-1+56.656я77-1

ISBN 978-5-91894-070-9

© Коллектив авторов, 2018.
© Оформление. ООО «МК», 2018.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Издательство не несет ответственности за содержание авторского материала.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ



Кропотов Михаил Алексеевич — д.м.н., ведущий научный сотрудник Центра диагностики и лечения опухолей головы и шеи ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ»

Соболевский Владимир Анатольевич — д.м.н., заведующий отделением реконструктивной и пластической онкохирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ

Диков Юрий Юрьевич — к.м.н., научный сотрудник отделения реконструктивной и пластической онкохирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ

Яковлева Лилия Павловна — к.м.н., заведующий Центром диагностики и лечения опухолей головы и шеи ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ»

Абдураимов Адхамжон Бахтиерович — д.м.н., заместитель директора по образовательной деятельности ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ», профессор кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Лежнев Дмитрий Анатольевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой лучевой диагностики ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ РФ

Лесько Константин Александрович — к.м.н., врач-рентгенолог ГБУЗ «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова ДЗМ»

СОДЕРЖАНИЕ



Предисловие	5
<i>Глава 1.</i> Показания и общие принципы выполнения резекций нижней челюсти и их возможные варианты.....	7
<i>Глава 2.</i> Особенности хирургического лечения у онкологических больных.....	11
<i>Глава 3.</i> Сегментарная резекция нижней челюсти	13
<i>Глава 4.</i> Особенности замещения дефекта нижней челюсти реконструктивной пластиной	37
<i>Глава 5.</i> Использование перемещенных костно-мышечно-кожных лоскутов	43
<i>Глава 6.</i> Использование реваскуляризированных аутотрансплантатов на микрососудистых анастомозах для замещения дефектов нижней челюсти	47
Тестовые вопросы для самостоятельного контроля	63
Литература.....	67

ПРЕДИСЛОВИЕ



В учебном пособии приведены показания и методические аспекты выполнения сегментарной резекции нижней челюсти при первичных доброкачественных и злокачественных неэпителиальных опухолях нижней челюсти, а также у больных раком слизистой оболочки полости рта. Приведена литературная справка и история вопроса относительно видов резекции нижней челюсти.

Подробно описаны методики выполнения оперативного вмешательства и выкраивания пластического материала для замещения возникающего дефекта. Представлен алгоритм выбора лоскута для замещения дефектов слизистой полости рта и нижней челюсти в зависимости от совокупности факторов. Отдельно рассмотрен вопрос о выборе метода реконструкции нижней челюсти при выполнении сегментарной резекции с экзартикуляцией. Приведены данные о возможных осложнениях лечения и указаны их причины.

Изложенные в пособии для врачей данные и их внедрение в практику здравоохранения позволят улучшить онкологические, косметические и функциональные результаты лечения больных с опухолями нижней челюсти и слизистой оболочки полости рта.

Учебное пособие предназначено для слушателей курсов дополнительного профессионального образования врачей, аспирантов, ординаторов и практических врачей.

Глава 1

ПОКАЗАНИЯ И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ИХ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ

Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта за последние годы имеет отчетливую тенденцию к росту и в 2016 г. составила 3,96 на 100 000 населения. Эта локализация занимает 4 место по среднегодовым темпам прироста в структуре всей онкологической заболеваемости (1,96%); при этом более 90% больных оказываются в возрастном интервале от 40 до 69 лет, то есть это в основном пациенты работоспособного возраста. Заболеваемость раком слизистой оболочки полости рта в структуре онкологической патологии занимает 6 место среди больных мужского пола и 8–9 место у женщин [Каприн А.Д. с соавт., 2018].

Несмотря на так называемую визуальную локализацию, 60–70% больных начинают специальное лечение в III–IV стадии заболевания, при этом частота поражения нижней челюсти достигает 17–38%. Основным видом лечения местно-распространенных опухолей полости рта является комбинированное, а оперативное пособие носит расширенно-комбинированный характер. Операция заключается в удалении как слизистой оболочки и мягких тканей полости рта, так и резекции нижней челюсти. В 13% операций при новообразованиях языка и в 38% операций при новообразованиях дна полости рта необходимо выполнение различных видов резекций нижней челюсти. Целесообразно выделить 3 основных вида вмешательств на нижней челюсти, выполняемых при злокачественных опухолях слизистой оболочки полости рта:

- 1) краевая резекция нижней челюсти;
- 2) сегментарная резекция нижней челюсти;
- 3) срединная мандибулотомия.

Выполнение сегментарной резекции нижней челюсти даже на незначительном протяжении приводит к нарушению непрерывности нижней челюсти и, как следствие, к выраженным косметическим (нарушение контуров нижней зоны лица) и функциональным нарушениям (нарушение речи, акта жевания, глотания), что в итоге значительно снижает качество жизни пациентов. С другой стороны, завышение показаний к выполнению краевой резекции нижней челюсти с целью предотвратить вышеуказанные нарушения может способствовать увеличению количества местных рецидивов из-за нарушения принципов онкологического радикализма.

При новообразованиях полости рта так называемой задней локализации (задняя треть, корень языка) и ротоглотки большое значение имеет вопрос оперативного доступа, который бы позволил под контролем зрения не только произвести удаление опухоли в пределах здоровых тканей, заместить дефект тканей, но и не способствовал бы увеличению частоты послеоперационных осложнений. В настоящее время, несмотря на существование таких способов доступа как трансоральный, надподъязычная фаринготомия, поднижнечелюстной, боковая мандибулотомия, выполнение срединной мандибулотомии является методом выбора в вышеперечисленных ситуациях.

Для определения объема оперативного вмешательства на нижней челюсти необходимо применять следующие диагностические методы.

1. Визуальное и пальпаторное обследование.
2. Стандартное рентгенографическое исследование нижней челюсти.
3. Компьютерная томография.
4. Радиоизотопное исследование.

Особые трудности в определении показаний к выполнению вида резекции нижней челюсти возникают при наличии поверхностной костной деструкции альвеолярного отростка нижней челюсти, вследствие распространения опухоли слизистой оболочки полости рта, выявляемой при рентгенографии. Выявление костной деструкции означает не только разрушение кортикальной пластинки, но и распространение опухоли по губчатой кости и костному мозгу. Степень инвазии опухоли по губчатой кости по клиническим и рентгенологическим данным оценить невозможно. Решение о том, какой вид резекции нижней челюсти целесообразнее производить (краевая или сегментарная), зависит в основном от высоты тела нижней челюсти и особенно от положения верхнего края альвеол относительно нижнечелюстного

канала. Выполнение краевой резекции нижней челюсти возможно в случае, если между нижним краем костной резорбции и нижнечелюстным каналом определяется неизменная кость высотой не менее 1 см. В случае, если имеются сомнения в радикальности выполненного оперативного вмешательства, срочное морфологическое исследование по замороженным срезам позволит дать заключение о близости опухоли к краю резекции.

Компьютерная томография (КТ) — более информативный метод, но также имеет свои ограничения вследствие артефактов, возникающих от металлодержащих конструкций в полости рта. В настоящее время методом выбора для оценки инвазии опухоли (в том числе и костной) является магнитно-резонансная томография, хотя сама кость визуализируется на томограммах косвенным образом, при этом хорошо виден костный мозг, пораженный опухолью. С другой стороны, магнитно-резонансная томография переоценивает распространенность опухоли вследствие того, что аналогично отображает и зону перифокального воспаления вокруг опухоли. Кроме того, МРТ имеет целый ряд абсолютных и относительных противопоказаний, сложно в выполнении, но обладает большим потенциалом.

В связи с вышеизложенным необходимо проведение мультидисциплинарного предоперационного обследования с включением в алгоритм обследования радиоизотопного исследования и магнитно-резонансной томографии для решения вопроса об объеме вмешательства на нижней челюсти. В случае отрицательных данных радиоизотопного исследования возможно выполнение краевой резекции нижней челюсти. Аргументом в пользу выполнения сегментарной резекции нижней челюсти является подтверждение костной инвазии опухоли по данным магнитно-резонансной томографии. В то же время возможности КТ в оценке состояния кости нижней челюсти являются спорными.

Для принятия решения о выполнении резекции нижней челюсти необходимо учитывать множество факторов: размеры опухоли, близость края опухоли к нижней челюсти, предшествующее лечение, форма роста опухоли, наличие костной инвазии, ее вид и глубина.

О поражении нижней челюсти можно судить на основании клинических интраоперационных данных. Если надкостница, окружающая кость в зоне возможного поражения, легко отслаивается от подлежащей кортикальной пластинки, то вовлечение костной ткани в опухолевый процесс маловероятно.

В случае, если решение о выполнении краевой резекции нижней челюсти принимается по данным рентгенографии, необходимо выделять 2 варианта поражения костной ткани.

1. **Атрофия от давления опухолью** — костные структуры, контактирующие с зоной поражения, имеют четкий, ровный контур, кортикальная пластинка истончена, но сохранена: целесообразно проведение краевой резекции нижней челюсти.

2. **Деструкция кости опухолью** — кортикальная пластинка частично или totally разрушена, прилежащие к опухоли костные ткани имеют нечеткий, неровный контур: необходимо выполнять сегментарную резекцию.

При выполнении сегментарной резекции нижней челюсти замещение дефекта является необходимым и обязательным для косметической и функциональной реабилитации больного. Предложено множество методик пластики нижней челюсти (аваскулярные аутооттрансплантаты, аллотрансплантаты, реконструктивные пластины, перемещенные комбинированные лоскуты с включением костного фрагмента и реваскуляризированные трансплантаты на микрососудистых анастомозах), каждая имеет свои преимущества, недостатки и характеризуется определенным спектром осложнений.