



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции
Самара Открытого акционерного общества «Российские железные дороги»



РЖД · МЕДИЦИНА

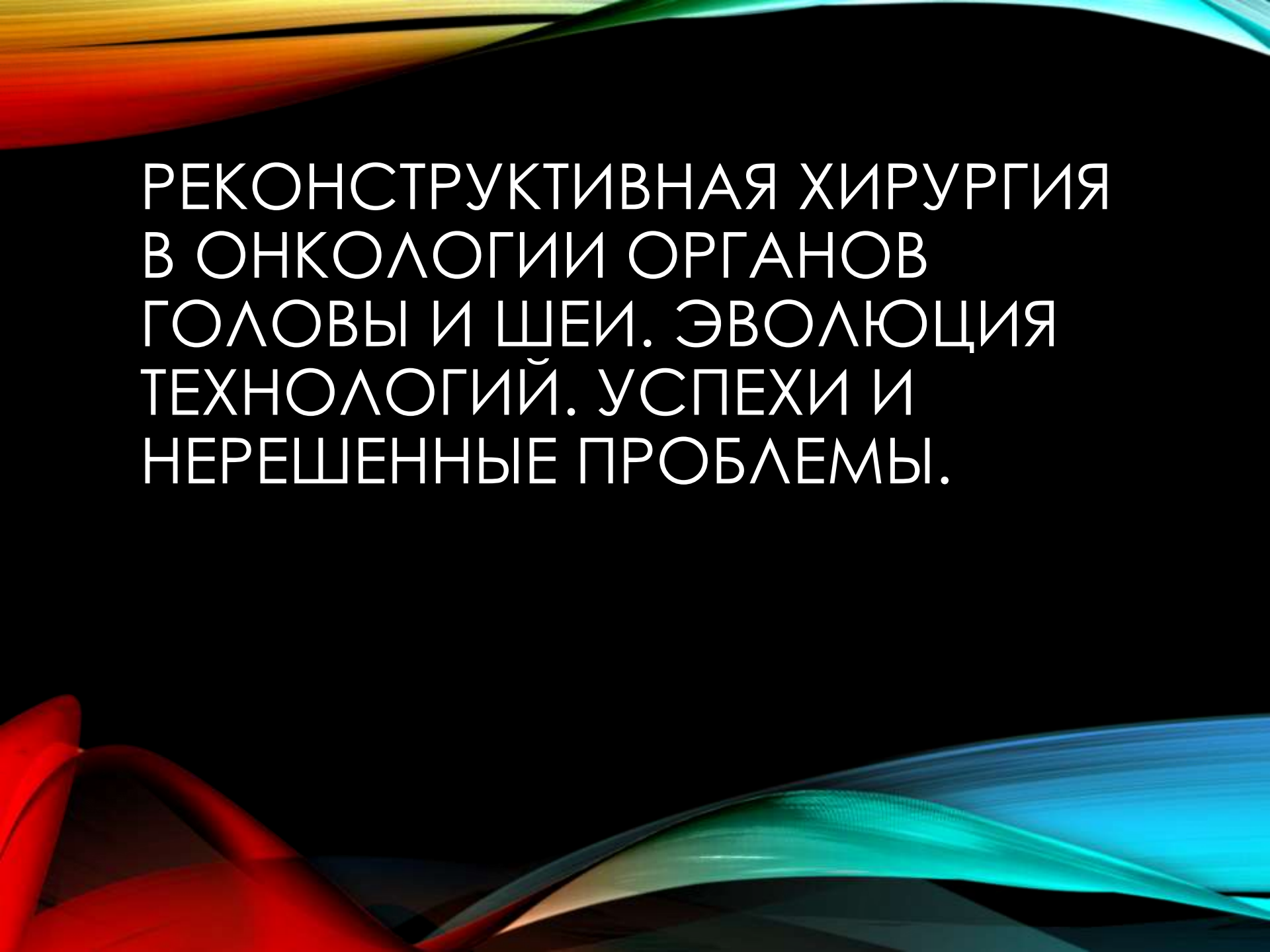
НУЗ «Дорожная клиническая
больница на ст. Самара
ОАО «РЖД»

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВЫБОР РЕКОНСТРУКТИВНОГО МАТЕРИАЛА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ.

ПИСЬМЕННЫЙ И. В. ПИСЬМЕННЫЙ И. В.

БУХАРА 2018

- Онкологический результат = функция = эстетическая составляющая
- Функция = онкологическая надежность = эстетика
- Эстетический результат = функциональный = онкологический результат.



РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ
В ОНКОЛОГИИ ОРГАНОВ
ГОЛОВЫ И ШЕИ. ЭВОЛЮЦИЯ
ТЕХНОЛОГИЙ. УСПЕХИ И
НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ.

- С развитием исследований и технических возможностей по проблеме лечения опухолей органов головы и шеи взгляды находы и выбор методов лечения и их сочетание будут постоянно **МЕНЯТЬСЯ**. (23%выживаемость 5 летняя изменилась до 63%)

- Во главе решения существующих проблем неизменно остается выбор оптимального способа пластики с помощью которого можно достичь удовлетворительных косметических и функциональных **результатов в кратчайшее время.**

- Задача выбрать метод или сочетание нескольких способов лечения опухолевого процесса.
- Стремление провести лечение с минимальными потерями функций пораженных опухолью органов.
- Адекватно реконструировать орган сохранив **объем и форму**
- В кратчайший срок получить результат проведенного лечения.

- 1600 лет до нашей эры на папирусе писали об эстетических аспектах операций.
- Наиболее обсуждаемым объектом в пластической хирургии был нос.
- Хуа То Китай 150-208 н.э. упоминает об восстановлении губы и неба при врожденной патологии.
- Гаспар Тальякоцци 1597 описал технику реконструкции наружного носа
- 40-50 Англия и США законодатели в пластической хирургии, организация ассоциации
- 1950-1955г сформулированы принципы первичного замещения дефектов после удаления злокачественных опухолей Н.Н. Блохин .Внедрены в клиническую практику кожно-жировые и кожно-мышечные лоскуты с осевым кровоснабжением.
- Шимановский Ю.К. 1865, Монк1898,Ессер 1918 артериализированные лоскуты длина и ширина лоскута 3-1 не имеет значения.1.6мм 256раз, 0.4мм,2.0мм 625раз чем 0.4мм.
- 1914 Офтальмолог В.П. Филатов сообщил о методе реконструкции в последующим названный его именем.
- А Рауэр и Михельсон 1936г монография удостоенная сталинской премии
- А.А. Лимберг операции на кожных покровах, методики и техника.
- Ф.М. Хитров1963г реконструктивные операции на глотке.

1987г А.И. Неробеев дефекты после удаления опухолей органов головы и шеи

- Немедленное закрытие пожизненным показанием (цнс, окружающие ткани, органы шеи, сосудисто-нервный пучок)
- Восстановительные операции возможно отложить по функционально и эстетическим показаниям (язык ,полость рта, ротоглотка, гортаноглотка, трахея, утрата приема пищи , речи, жевания не является абсолютным жизненным показанием к немедленной реконструкции)
- Одномоментные операции не обязательные и могут быть отсрочены или выполнены в различные сроки (Нос, пазухи. Метод выбора очень сложная реконструкция вероятность рецидива высока, реконструкция после стойкой ремиссии)
- Восстановительные операции вовсе не обязательны и могут быть выполнены за счет экзопротезов.Е.Г.Мотякин1990г.

- Реконструкция одномоментная это
- залог успешной реабилитации
- нет необходимости формирования неестественных СТОМ (полость рта, глотка, трахея, пищевод)
- избежание вторичного заживления
- отсутствие или минимизация травмы психики пациента
- более решительный выбор и согласие на хирургический этап лечения.

- Сложность реконструкции нижней челюсти. (сложная конфигурация органа с мягкотканым компонентом)
- Наиболее сложным вариантом реконструкции выделяем фронтальный отдел нижней челюсти. (с дефектом слизистой и кожных покровов, борьба с птичьим лицом.)
- Сложное протезирование челюстное, зубочелюстное, экзопротезирование.

Основные задачи реконструктивной хирургии полости рта

1. Восстановление утраченных функций:
 - жевание;
 - глотание;
 - дыхание;
 - речь;
 - чувствительность.
2. Восстановление эстетики:
 - внешний вид;
 - восстановление контуров;
 - выражение лица.
3. Предупреждение послеоперационных осложнений

Выбор способа реконструкции

- локализация дефекта
- площадь дефекта
- состав дефекта
- характеристика пластического материала
- соматический статус пациента
- возможные осложнения донорского ложа

Методы реконструкции

- местные ткани
- перемещенные лоскуты на сосудистой ножке
- свободные ревааскуляризованные лоскуты
- аллотрансплантаты
- комбинированная пластика

Задачи при лечении рака органов головы и шеи

- Излечение от злокачественной опухоли
- Сохранение \ восстановление формы и функции
- Снижение отрицательных последствий лечения
- Предупреждение развития метастатических злокачественных опухолей

Основные направления реконструкции дефектов полости рта

- Хирургическое лечение - 1 этап комбинированного лечения с одномоментной реконструкцией дефекта
- Восстановление костных структур основа для восстановления мягкотканного дефекта
- Восстановление функции пораженного органа с последующим восстановлением эстетики
- Завершенность пластики (корректирующие операции, дентальная имплантация, аллотрансплантаты)

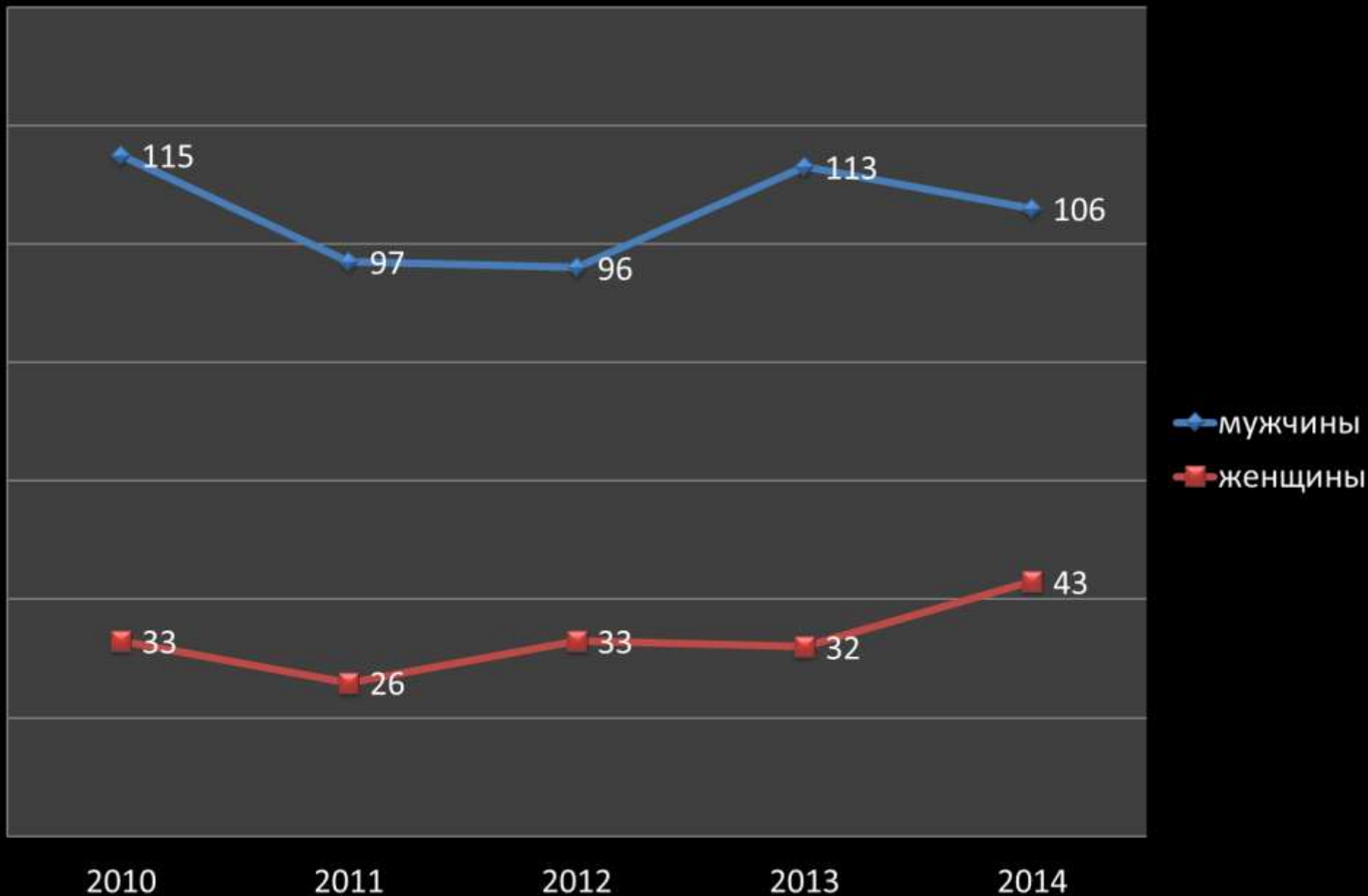
Цели хирургического лечения и реконструкции при раке слизистой оболочки полости рта

- **Обеспечение оптимального выздоровления**
- **Улучшение оставшейся функции**
- **Предупреждение образования рубцов и анкилозов в мобильных структурах**
- **Обеспечение эффективного глотания**
- **Понятная речь**
- **Свободное дыхание**

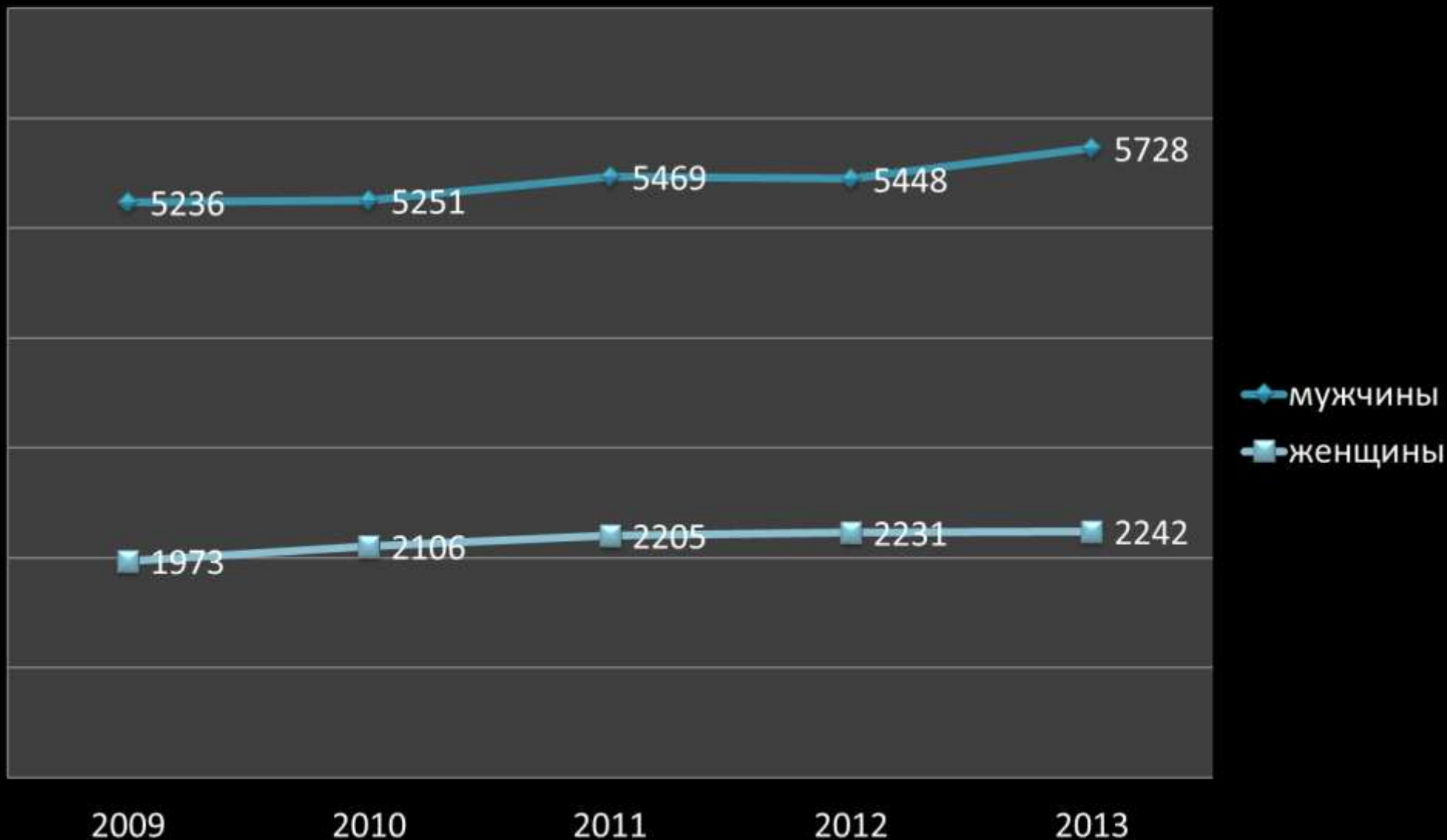
Оценка дефекта перед выбором способа реконструкции

- **Тканевой состав дефекта**
- **Возможности закрытия дефекта**
- **Ткани и структуры, окружающие дефект (сохранение сенсорной и моторной функции)**
- **Функция тканей, составляющих дефект**
- **Возможность восстановления границ между различными анатомическими областями и частями**

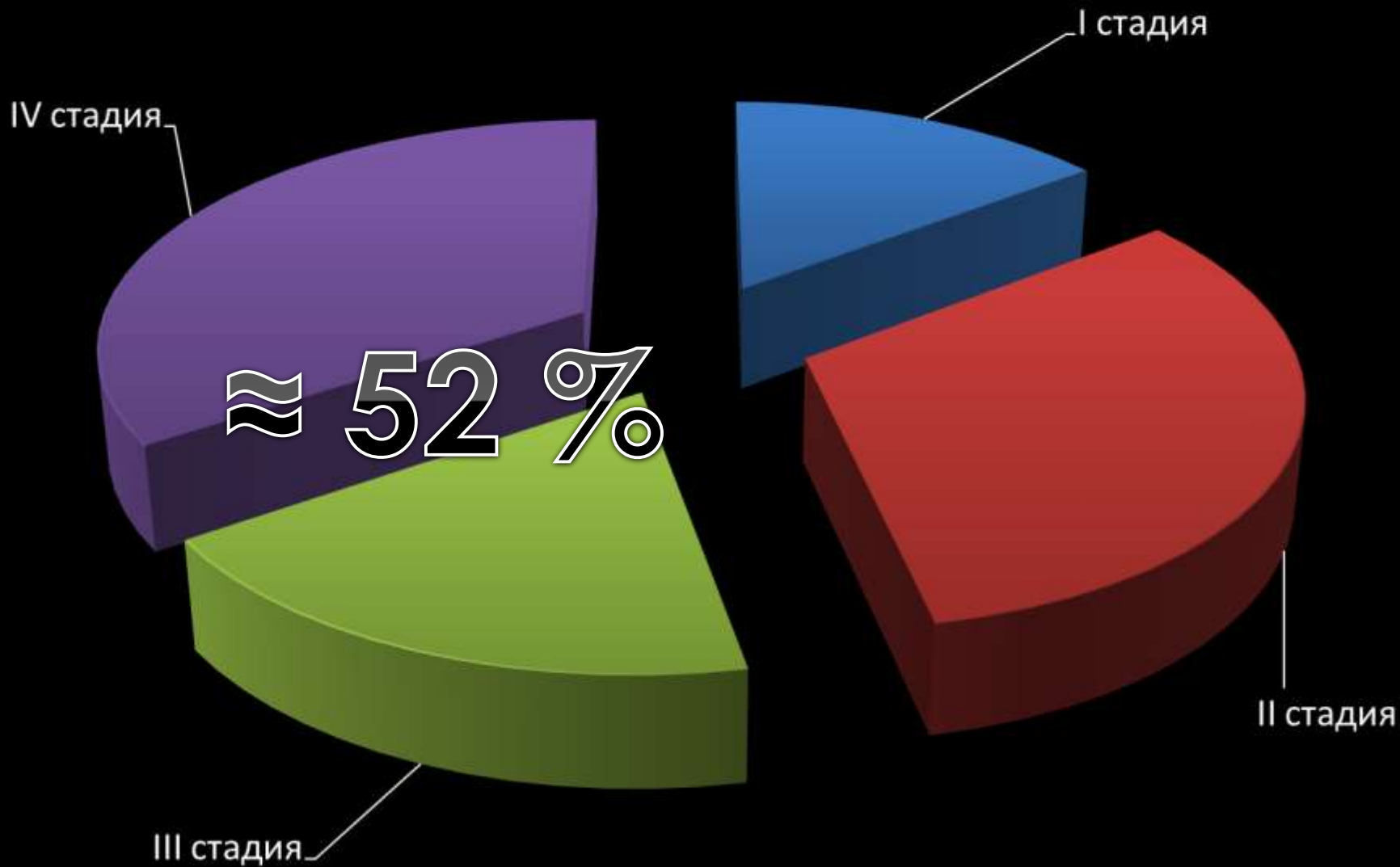
Заболеваемость населения Самарской области злокачественными новообразованиями полости рта, языка



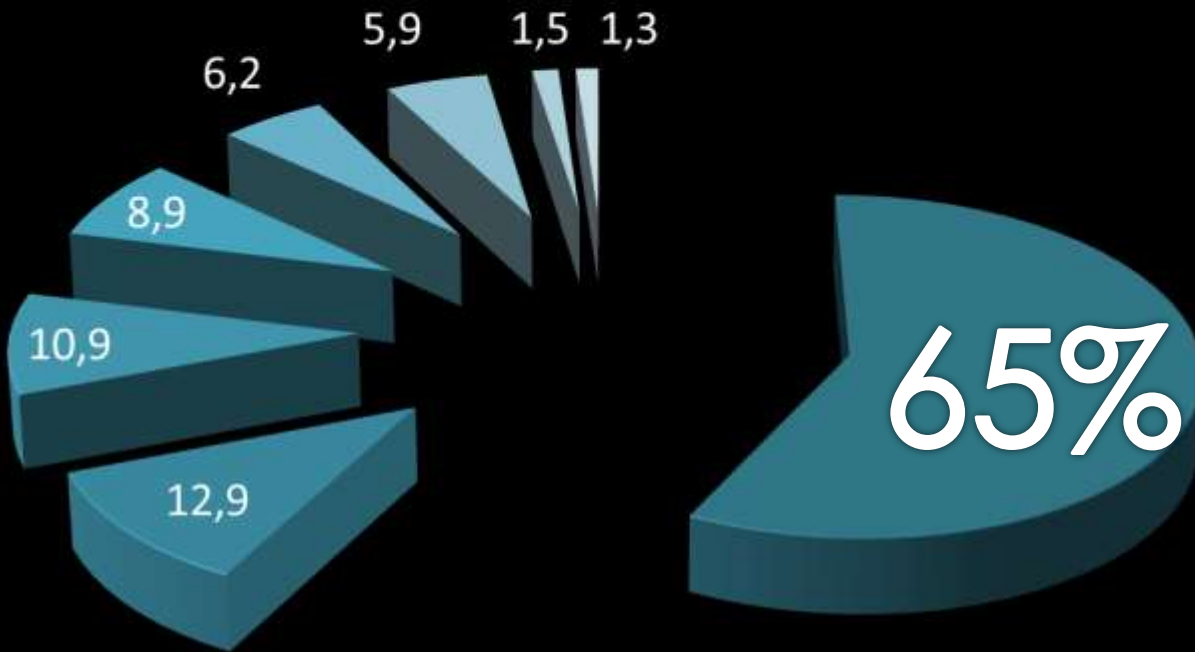
**Абсолютное число впервые в жизни установленных
диагнозов
злокачественного новообразования языка, полости рта в
России в 2009-2013 гг.**



Показатели диагностики злокачественных образований языка и полости рта в Самарской области, выявленных в 2013 году



Злокачественные новообразования полости рта, %



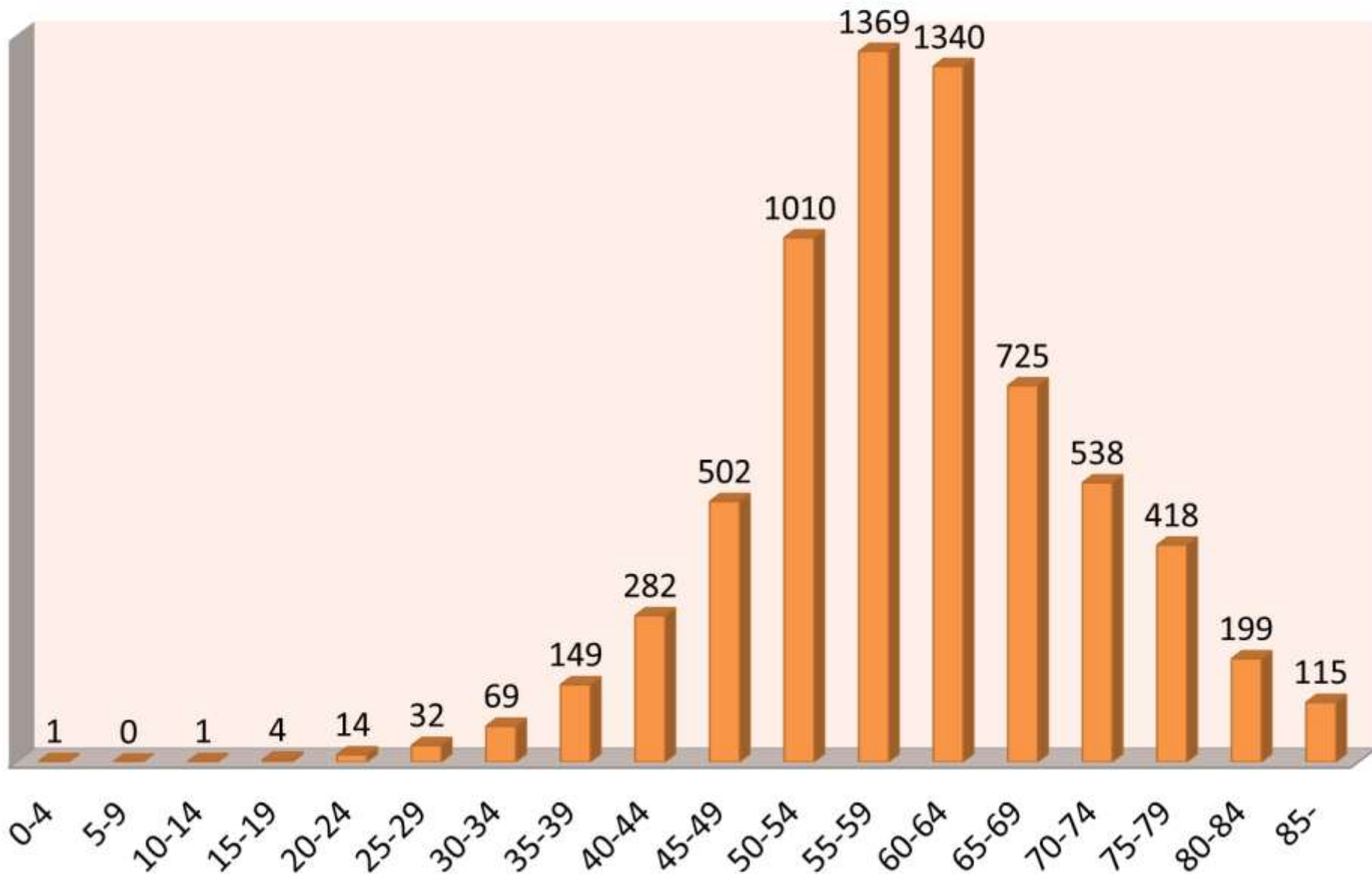
- Язык
- слизистая щеки
- дно полости рта
- слизистая оболочка альвеолярного отростка и твердого неба
- мягкое небо
- слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти
- язычок мягкого неба



Локализация опухоли на языке,

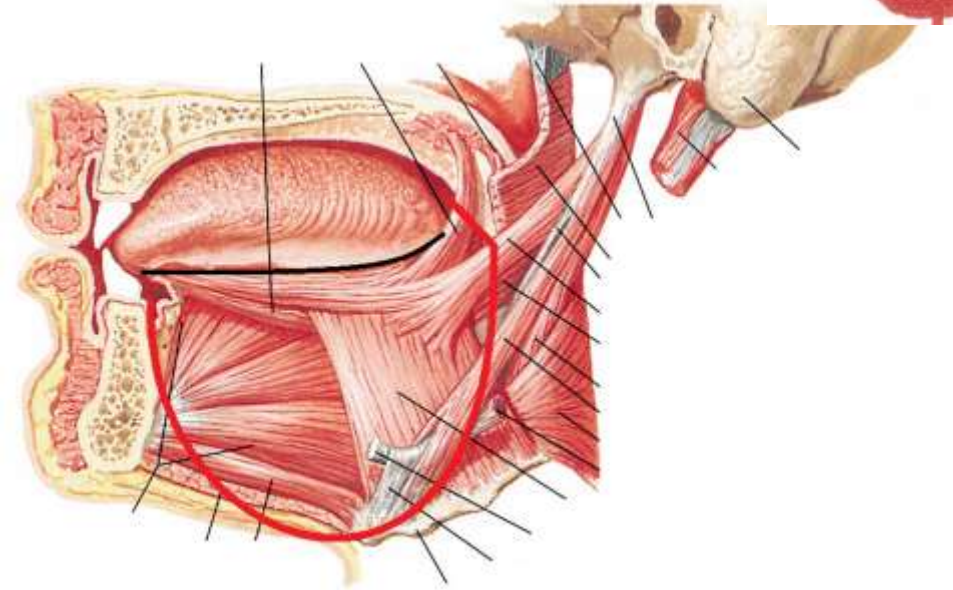
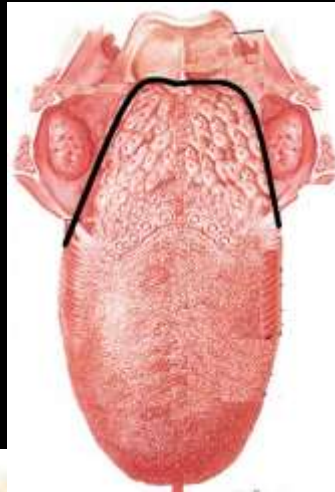
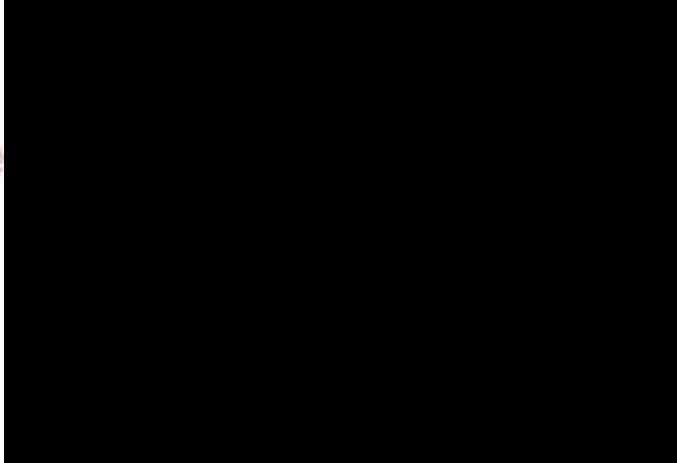
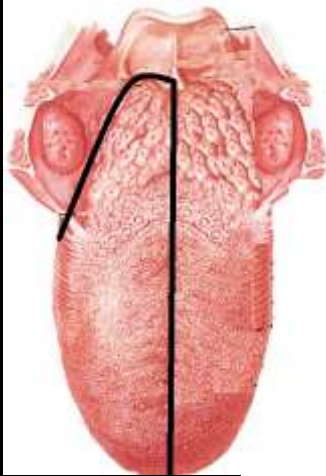


ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЯЗЫКА, ДРУГИЕ И НЕУТОЧНЕННЫЕ ЧАСТИ ПОЛОСТИ РТА





ПОЛОВИННА Я РЕЗЕКЦИЯ ЯЗЫКА

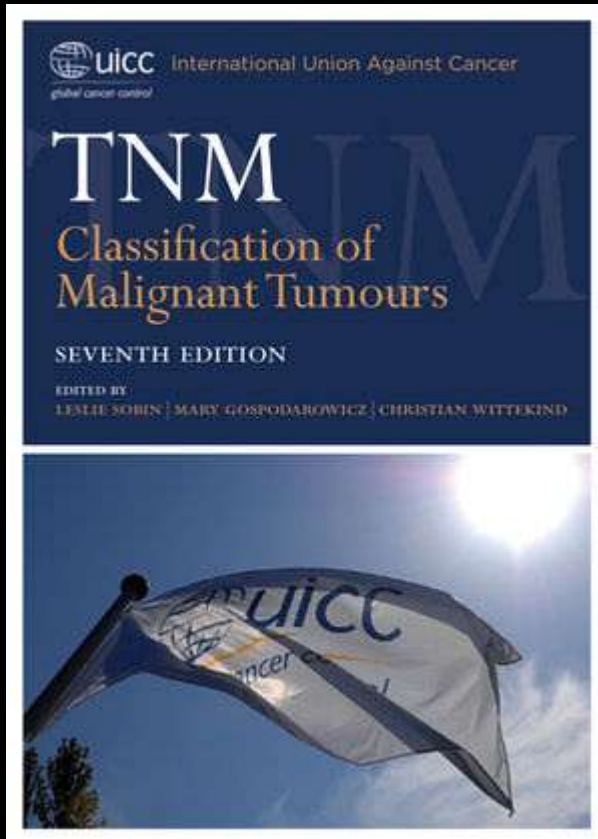


Экстирпация языка

ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Осмотр полости рта, ротоглотки и пути лимфогенного метастазирования
- Биопсия опухоли
- Ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи, при необходимости тонкоигольная аспирационная биопсия
- КТ с контрастом и / или МРТ с контрастом первичного очага и органов шеи
- Рентгенография органов грудной клетки
- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- Осмотр пациента под наркозом (при несоответствии данных объективных исследований и осмотра)

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА

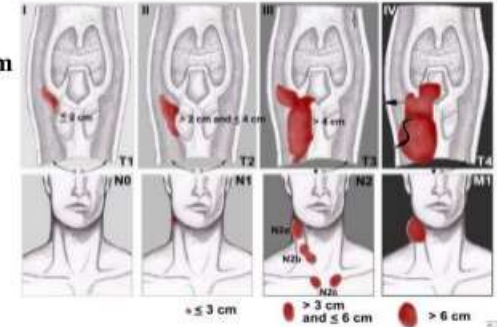


TNM STAGING- AJCC 7TH edition (2010)*

- **N0:** No regional LN
- **N1:** Single ipsilateral LN ≤ 3 cm
- **N2a:** Single ipsilateral LN 3-6cm
 - b:** Multiple ipsilateral LNs ≤ 6 cm
 - c:** Bilateral or contralateral LNs ≤ 6 cm
- **N3:** Any LN more than 6cm

- **M stage:**
- **Mx-** cannot be assessed,
- **M0-** no distant metastasis,
- **M1-** distant metastasis

T & N STAGING IN HYPOPHARYNGEAL CANCERS



ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ!

- Излечение от рака (ремиссия)
- Сохранение или восстановления речи, жевания, глотания, дыхания и внешнего вида
- Минимизация последствия лечения (остеонекроз нижней челюсти, тризм, разрушение зубов, анкилоз ВНЧС)
- Осознание риска развития последующих первичных опухолей и их лечение

ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ (ПМ ЗНО) В РОССИИ В 2011-2013 ГГ.

количество больных с метастатическим ПМ ЗНО

■ количество больных ПМ ЗНО метастатическим ПМ ЗНО



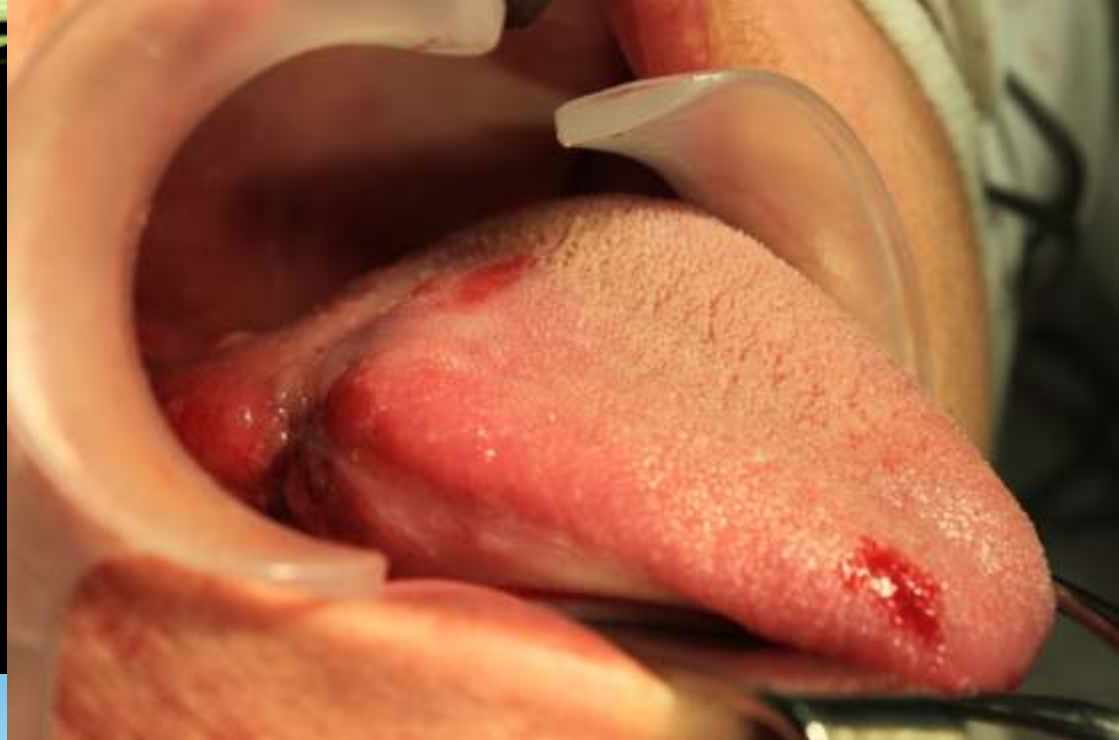
30%

Основной

Основной

Основной





ЭТАПНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

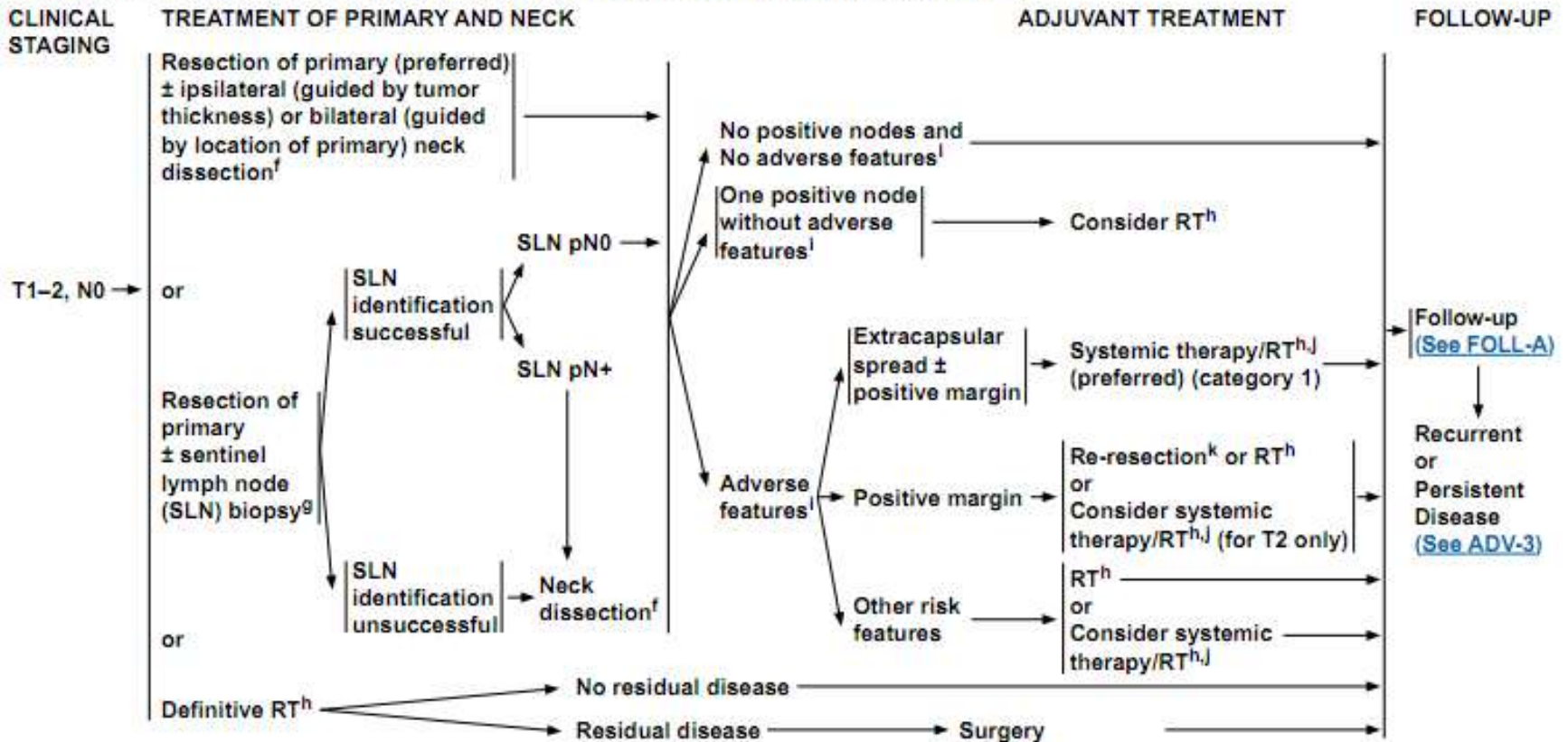


National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2016 Cancer of the Oral Cavity

[NCCN Guidelines Index](#)
[Read the full text](#) [Table of Contents](#)
[Discussion](#)

Buccal mucosa, floor of mouth, anterior tongue, alveolar ridge, retromolar trigone, hard palate



ЭТАПНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2016 Cancer of the Oral Cavity

[NCCN Guidelines Index](#)
[Head and Neck Table of Contents](#)
[Discussion](#)

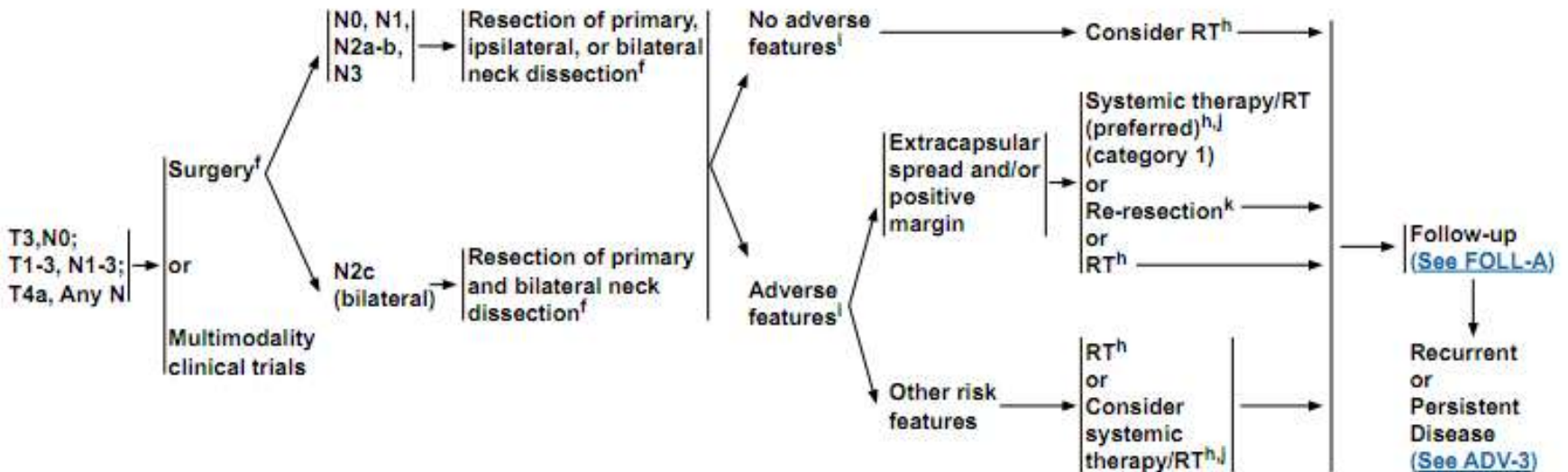
Buccal mucosa, floor of mouth, anterior tongue, alveolar ridge, retromolar trigone, hard palate

CLINICAL
STAGING

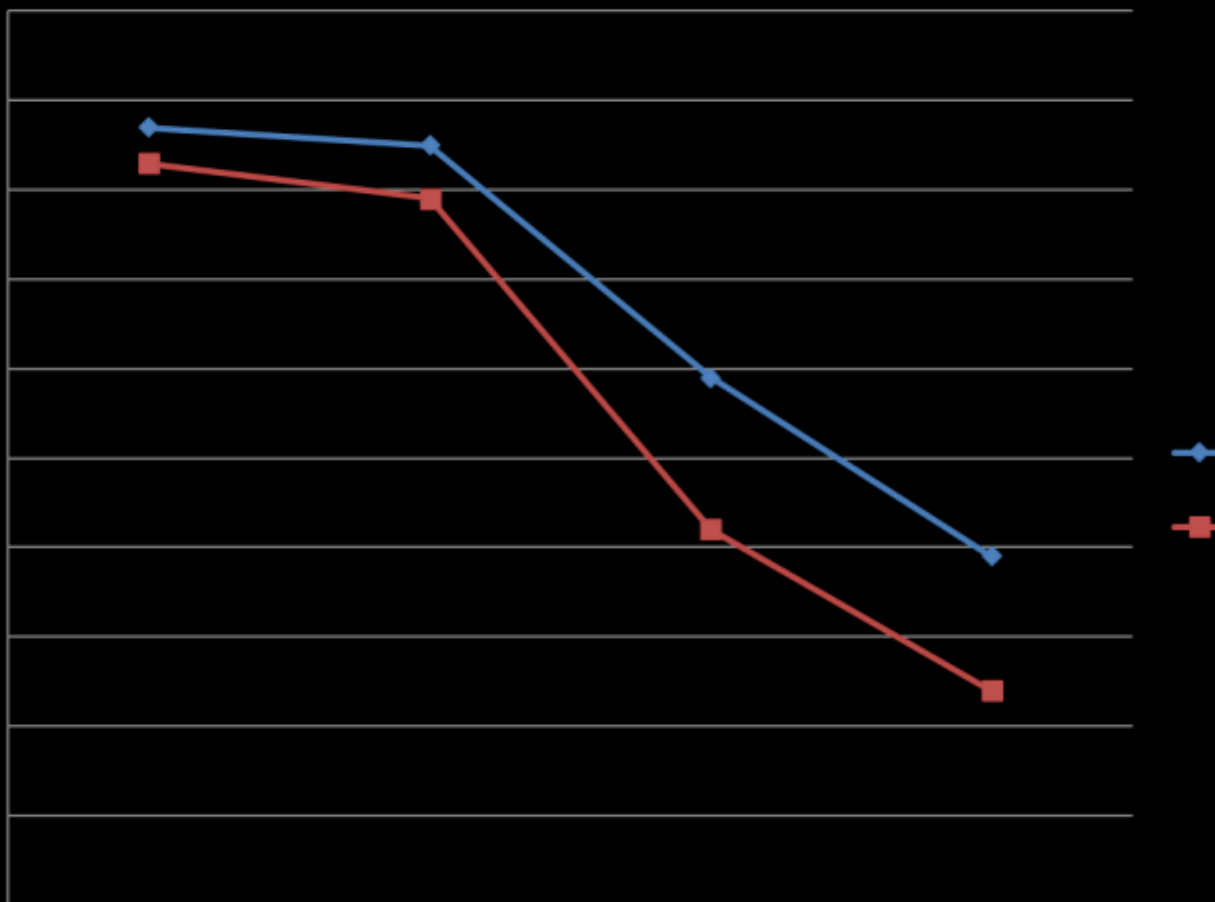
TREATMENT OF PRIMARY AND NECK

ADJUVANT
TREATMENT

FOLLOW-UP

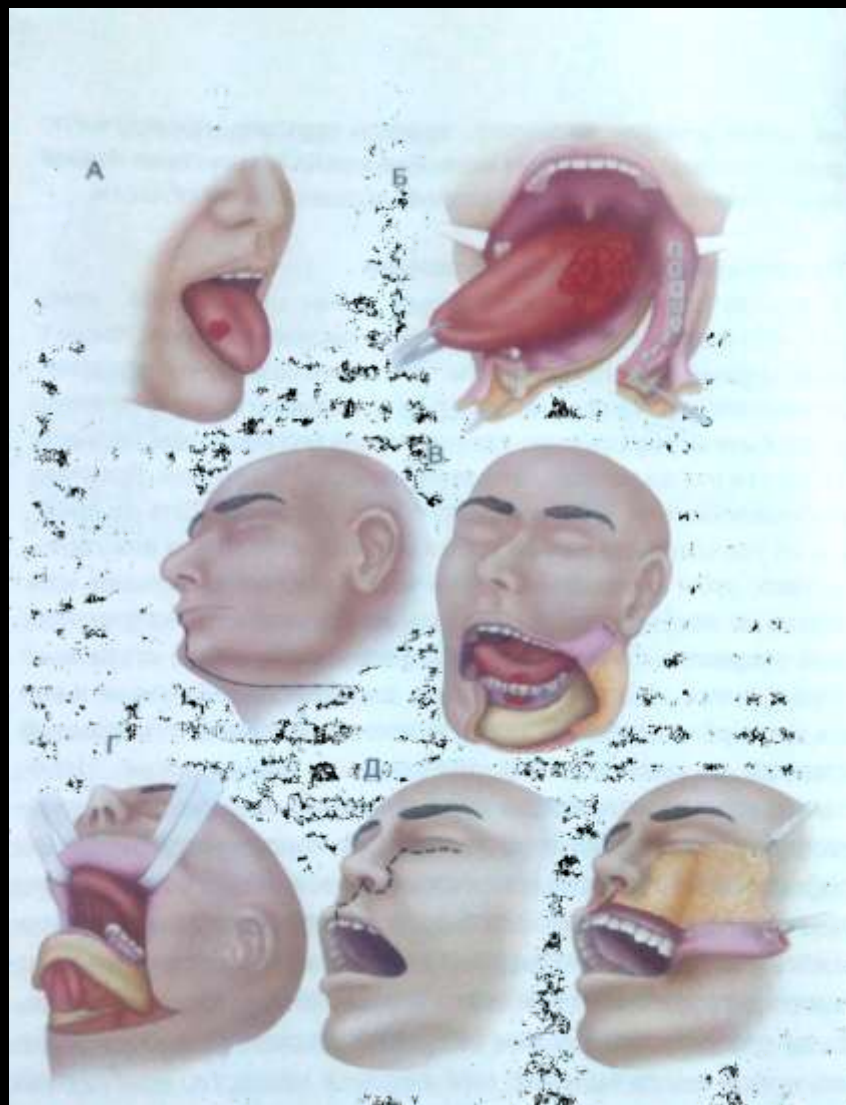


В...



Осознание риска развития последующих
первичных опухолей и их лечение

- А. Чрезротовой
- Б. Мандибулотомный
- В. Нижний щечный
- Г. Козырьковый
- Д. Верхний щечный

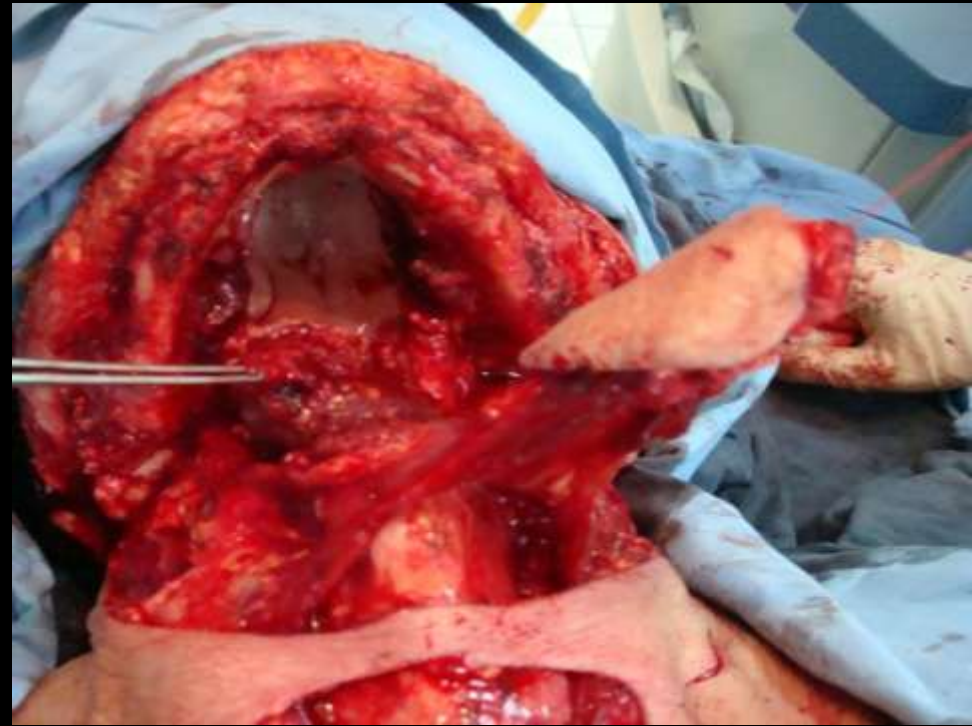


ПРЕИМУЩЕСТВА ДОСТУПА

1. Не влияет на внешний вид, так как сохраняется целостность кожных покровов выше подъязычной кости, не рассекая нижней губы и щеки;
2. Технически прост в исполнении;
3. Данный доступ позволяет выполнить операцию на первичном очаге и лимфатическом коллекторе шеи;
4. Одновременно смоделировать лоскут для реконструкции;
5. Позволяет выполнить трахеостомию без дополнительных разрезов;
6. Дефект донорской зоны устраняется местными тканями;
7. Сокращает время операции (на этапе доступа и ушивании операционной раны).



ДЕФЕКТ

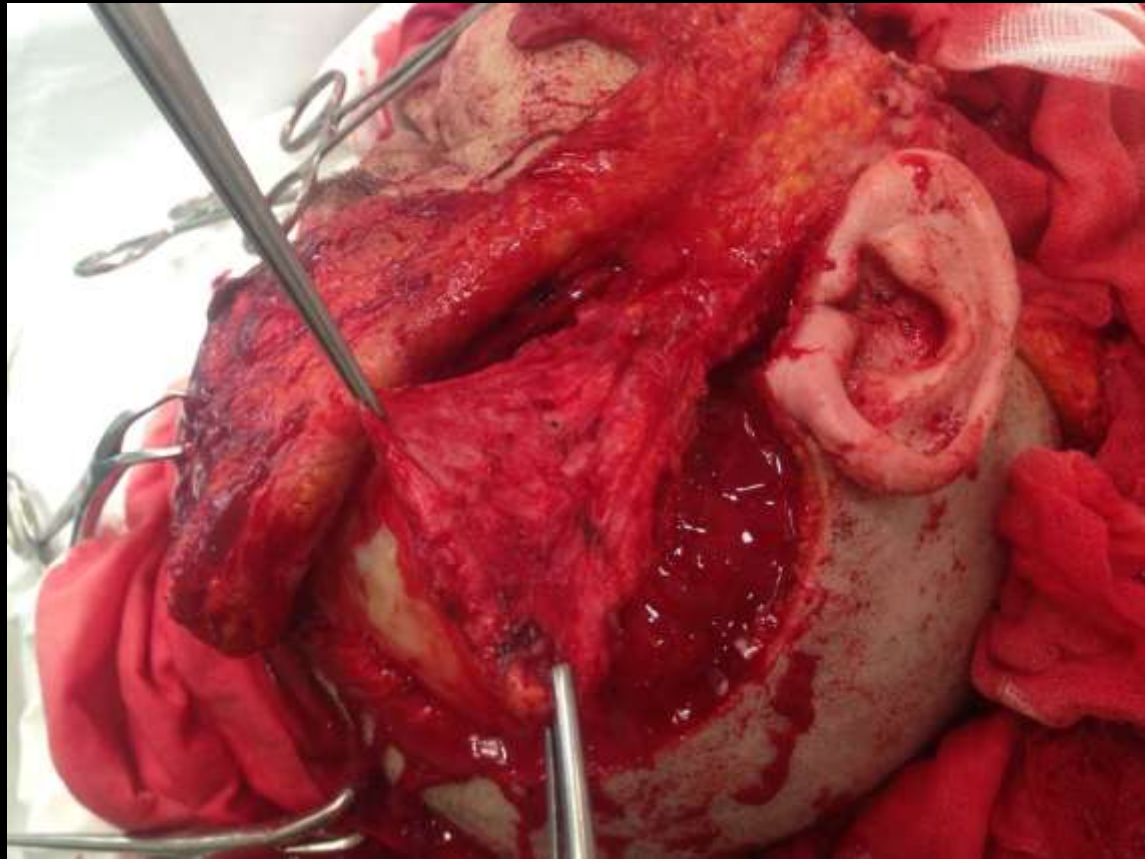




















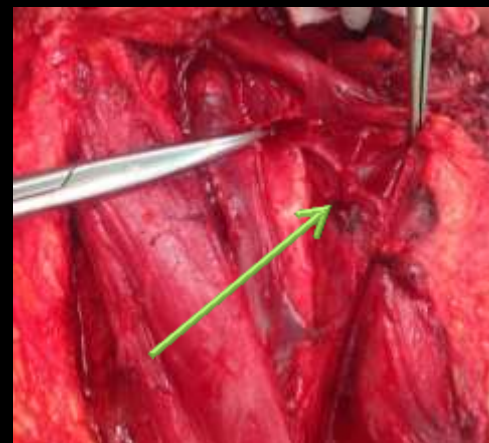


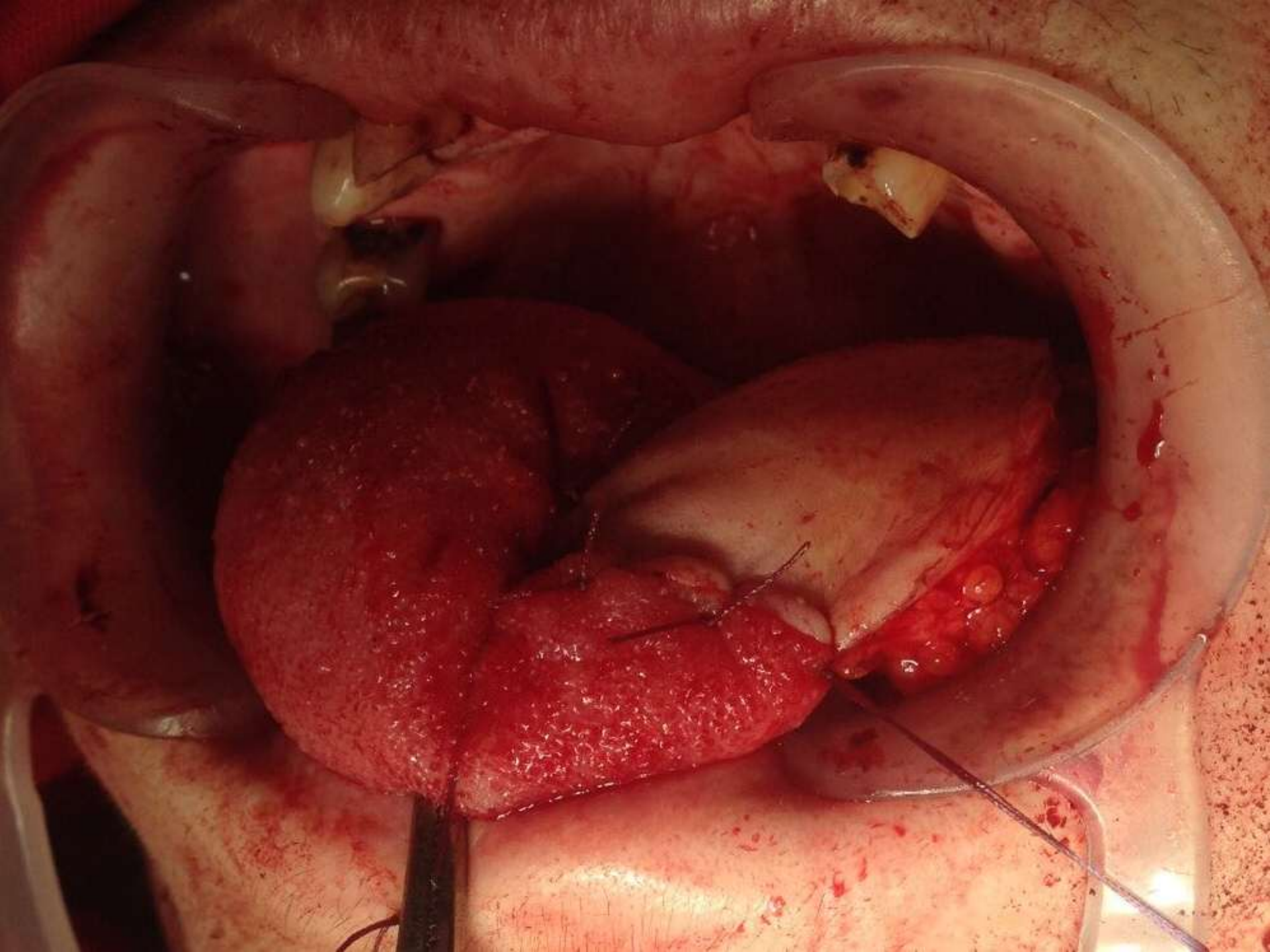


Вид	Количество реконструкций с включением большой грудной мышцы	Количество реконструкций с включением подкожной мышцы	Количество реконструкций с включением кивательной мышцы	Количество реконструкций с включением мышц ниже подъязычной кости
Площадь лоскута	5	4	3	2
Состояние послеоперационного рубца	1	3	3	5
Осложнения со стороны лоскута	2	3	3	3
Время заготовки лоскута	2	4	4	4
Длина питающей ножки	5	2	2	1
Наличие волосяного покрова	1	3	2	2
Косметический эффект	1	1	1	5

ТРЕБОВАНИЯ К РЕКОНСТРУКТИВНОМУ МАТЕРИАЛУ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЯЗЫКА

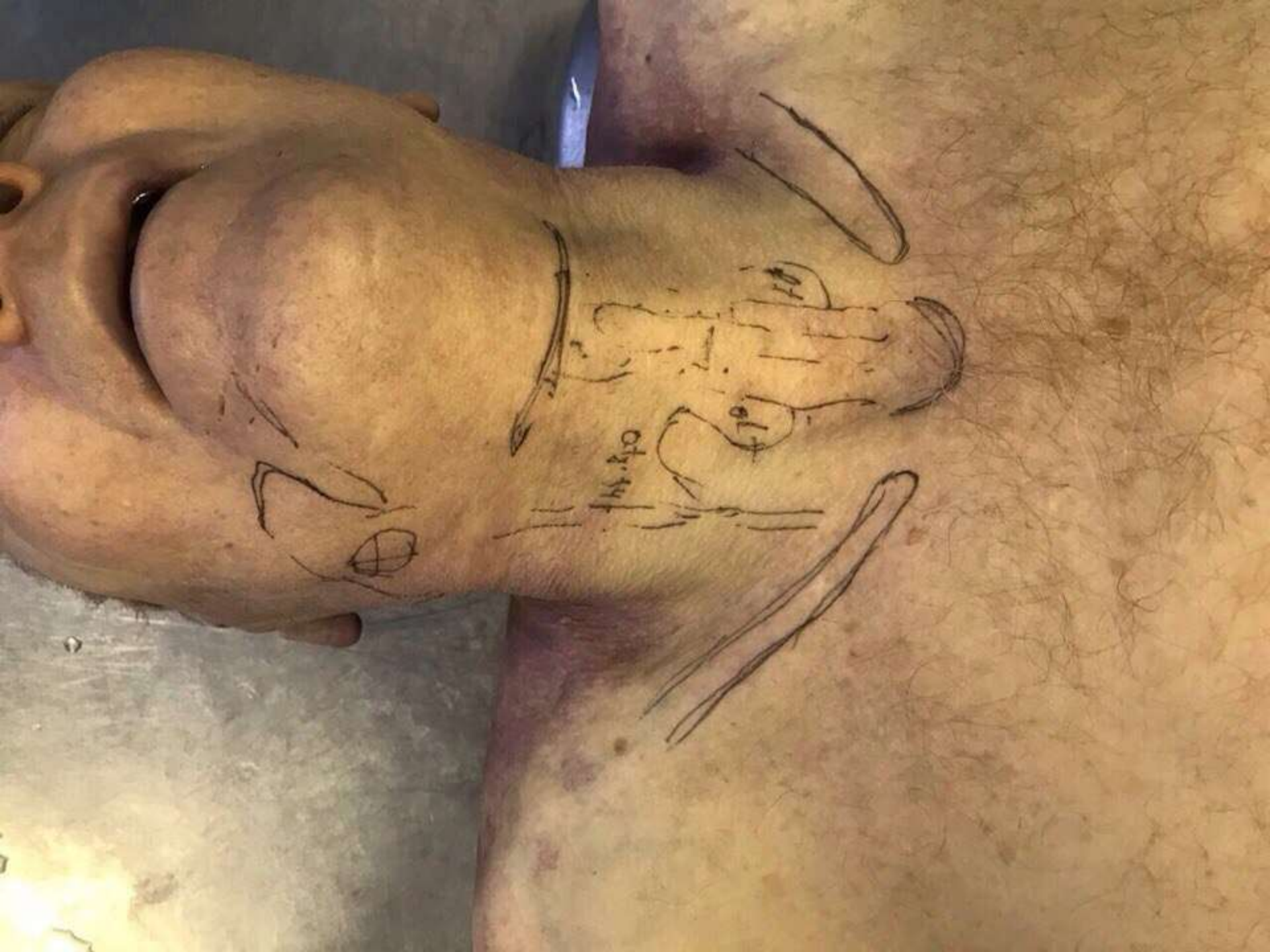
1. Простота в моделировании и применении
2. Высокая жизнеспособность (осевое кровоснабжение)
3. Достаточная длина питающей ножки
4. Не входит в зону регионарного метастазирования
5. Сопоставимая площадь и объем лоскута к дефекту и противоположной половине языка
6. Эластичность лоскута не влияет на подвижность оставшейся части языка
7. Минимальный травматизм донорской зоны (эстетический, функциональный)
8. При уменьшении объема лоскута с течением времени подвижность культи языка не уменьшается

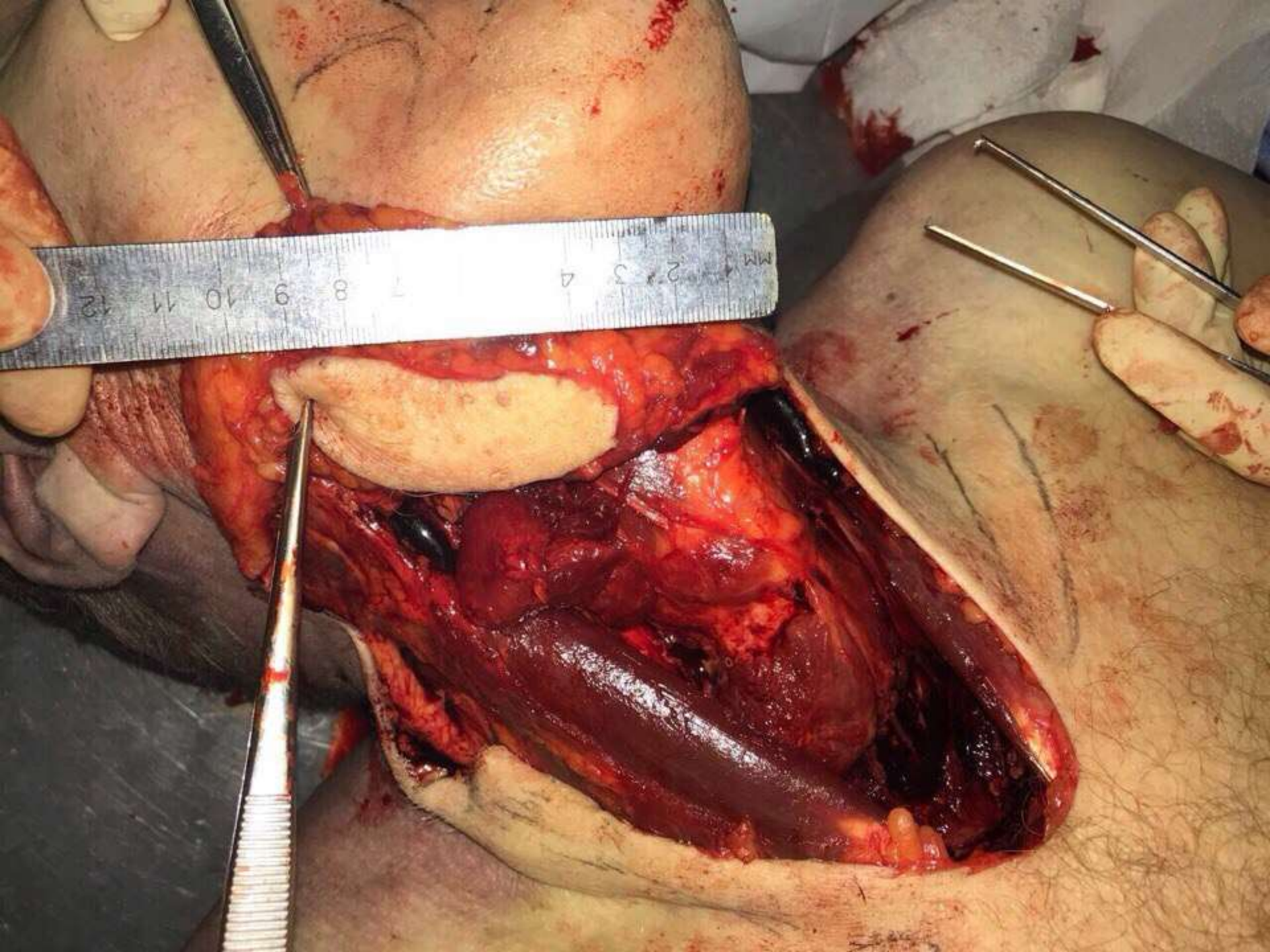




ЗОЛОТОЕ ПРАВИЛО

В реконструкции языка, дна полости рта языка после половинной резекции. Поиск новых методов реконструкции с целью улучшения функциональных результатов, снижение травматичности, с сохранением или минимизацией потери эстетической части лица и шеи, уменьшение время операции.









ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ЯЗЫКА ЛОСКУТОМ НА МЫШЦАХ НИЖЕ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ (РЕГИОНАЛЬНЫЙ) СО СВОБОДНЫМИ ТРАНСПЛАНТАТАМИ.

1. Легкость и простота забора
2. Отсутствие дефекта донорского места(не требует пластики)
3. Возможность адекватного размера для языка
4. Дуга вращения 270 градусов
5. Надежное осевое кровоснабжение
6. Близость к полости рта(все структуры орофарингеальной области)
7. Наличие оптимального пластического материала, толщина . Площадь, объем, гистологическая структура, пластичность, надежность, длина питающей ножки, соответствие реципиентной области, минимальная травма донорской области.
8. Высокая эстетичность
9. Иннервированный
10. Сравнение с бгм, щечный , кивательный, платизма, носогубный, подбородочный преимущества в пользу предлагаемого метода неоспоримы
11. Время операции(практически исключаем вторую операцию)120-150мин нет отека, исключаем длительную хроническую травму
12. Нет необходимости использовать трахеостомию при резекции 30%
13. Осложнения местные менее 15% (54% статистика мировая)

Методика используется в специализированных отделениях по лечению опухолей головы и шеи в

Москва, Санкт-Петербург,
Ростов, Краснодар, Томск,
Новосибирск, Архангельск,
Чебоксары, Тула, Курск,
Нижний Новгород, Смоленск,
Тверь, Екатеринбург, Саратов,
Ташкент, Алма-Ата, Душанбе

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



ПАТЕНТ
НА ИЗОБРЕТЕНИЕ
№ 2590862

**СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ЯЗЫКА ПОСЛЕ ЕГО
ПОЛОВИННОЙ РЕЗЕКЦИИ**

Патентообладатель(и): *Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2015123946

Приоритет изобретения **19 июня 2015 г.**

Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации **15 июня 2016 г.**

Срок действия патента истекает **19 июня 2035 г.**



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Иванов Г.П. Иванов



ПАТЕНТ

НА ИЗОБРЕТЕНИЕ

№ 2546097

**СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ЯЗЫКА И ДНА ПОЛОСТИ
РТА**

Патентообладатель(и): *Федеральное государственное бюджетное учреждение "Московский научно-исследовательский анатомический институт им. П.А. Герцена Минздрава России" (ФНИИ им. П.А. Герцена) Минздрава России (RU)*

Автор(ы): *см. на обороте*

Заявка № 2014104454

Приоритет изобретения **10 февраля 2014 г.**

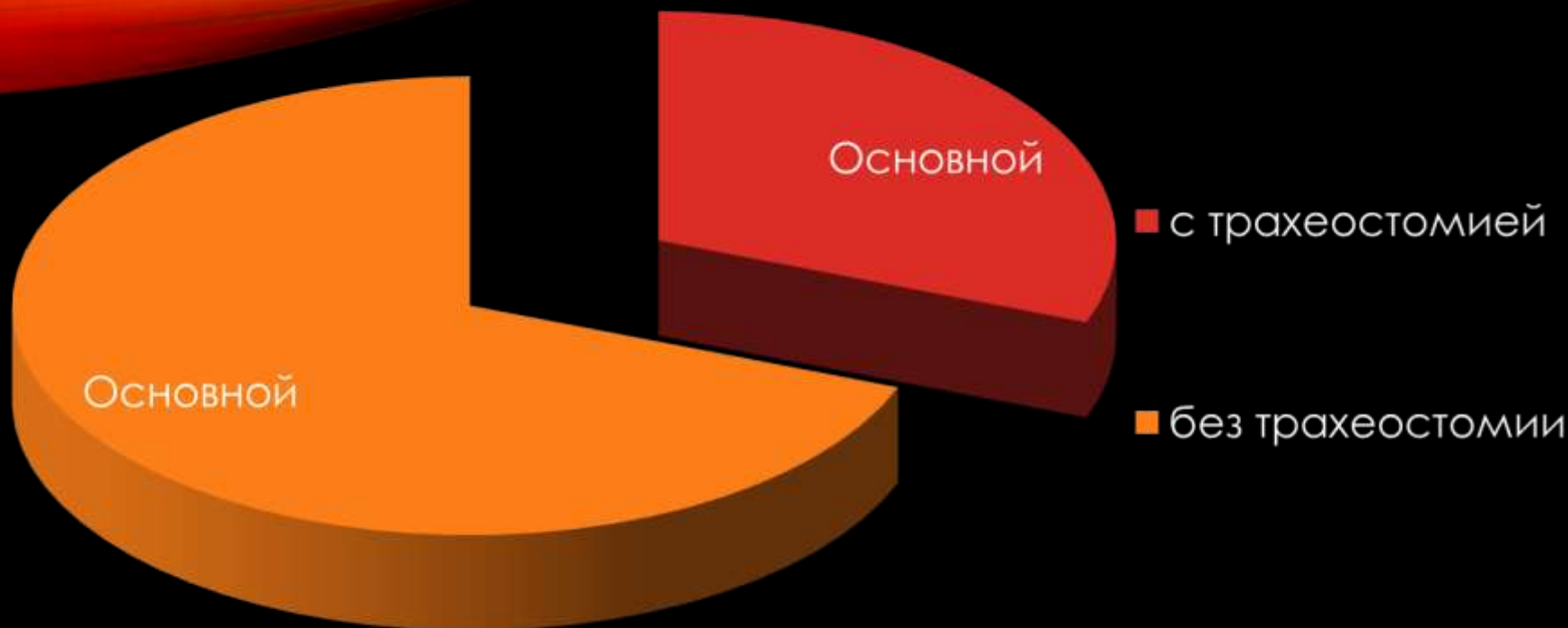
Зарегистрировано в Государственном реестре изобретений Российской Федерации **27 февраля 2015 г.**

Срок действия патента истекает **10 февраля 2034 г.**



Директор Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

А.В. Кисель А.В. Кисель



ОПЕРАЦИЯ БЕЗ РЕКОНСТРУКТИВНОГО ЭТАПА

Трахеостомия до 73%









ЗАКЛЮЧЕНИЕ

- Подподбородочный кожно-жировой перемещенный аксиальный лоскут является методом выбора для замещения мягкотканых дефектов у больных раком слизистой оболочки полости рта
- В случае метастатического поражения лимфатических узлов шеи возможно использование лоскута с контралатеральной стороны
- Подподбородочный лоскут надежный пластический материал, не ухудшающий онкологических результатов с достижением хороших эстетических результатов в донорской зоне

- При раке слизистой оболочки полости рта оперативное вмешательство на 1 этапе комплексного лечения с одномоментной реконструкцией дефекта – метод выбора
- Использование перемещенных и свободных лоскутов для реконструкции по показаниям
- Необходима организация больших многоцентровых исследований с применением объективных и субъективных критериев для определения наиболее оптимальных способов реконструкции в каждом конкретном случае

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

- Внешний вид
- Дыхание через естественные дыхательные пути
- Формирование пищевого комка
- Глотание
- Речь членораздельная



ЗОЛОТОЕ
ПРАВИЛО

В РЕКОНСТРУКЦИИ
ЯЗЫКА И ПОЛОСТИ
РТА









ПРЕИМУЩЕСТВА МЕТОДА РЕКОНСТРУКЦИИ ЯЗЫКА ЛОСКУТОМ НА МЫШЦАХ НИЖЕ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ.(РЕГИОНАЛЬНЫЙ)

**Преимущества по сравнению со
свободными трансплантатами**

- 1. Легкость и простота забор**
- 2. Отсутствие дефекта донорского места(не требует реконструкции)**
- 3. Возможность адекватного размера для языка**
- 4. Дуга вращения до 270градусов.**
- 5. Надежное осевое кровоснабжение**
- 6. Близость к полости рта (все структуры орофарингеальной области**

7. Наличие оптимального пластического материала необходимая толщина, локализация, площадь и объем, гистологическая структура. надежность пластичность, длина питающей ножки соответствие реципиентной области минимальная травма донорской области
8. Высокая эстетичность при использовании пластического материала на передних мышцах шеи
9. Иннервированный!!!
10. Сравнительная оценка с лоскутами, БГМ, трапециевидный, кивательный, на подкожной мышце, щечный, носогубный, подбородочный. Выше указанные преимущества неоспоримы в пользу метода
11. Время операции (хроническая травма, зачастую которую мы не можем предложить или выполнить возрастным пациентам с сопутствующей патологией различного характера) резекция языка, операция на л\коллекторе шеи и пластика 1час 40мин(не успевает отек на шее и лице, качество операции.)
12. Нет необходимости прибегать к трахеостомии, выполняется только при анатомических особенностях как исключение.

ЗОЛОТОЕ ПРАВИЛО

В реконструкции языка, дна полости рта языка после половинной резекции. Поиск новых методов реконструкции с целью улучшения функциональных результатов, снижение травматичности, с сохранением или минимизацией потери эстетической части лица и шеи, уменьшение время операции.

Методика используется в специализированных отделениях по лечению опухолей головы и шеи в

Москва, Санкт-Петербург, Ростов,
Краснодар, Томск, Новосибирск,
Архангельск, Чебоксары, Тула,
Курск, Н-Новгород, Смоленск, Тверь,
Екатеринбург, Саратов, Ташкент,
Алма-Ата, Душамбе



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Негосударственное учреждение здравоохранения «Дорожная клиническая больница на станции
Самара Открытого акционерного общества «Российские железные дороги»



РЖД · МЕДИЦИНА

НУЗ «Дорожная клиническая
больница на ст. Самара
ОАО «РЖД»

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

ПИСЬМЕННЫЙ В. И. ПИСЬМЕННЫЙ И.В.

БУХАРА 2018