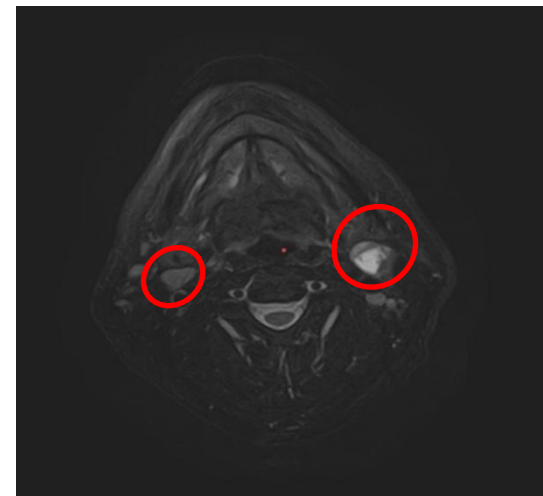
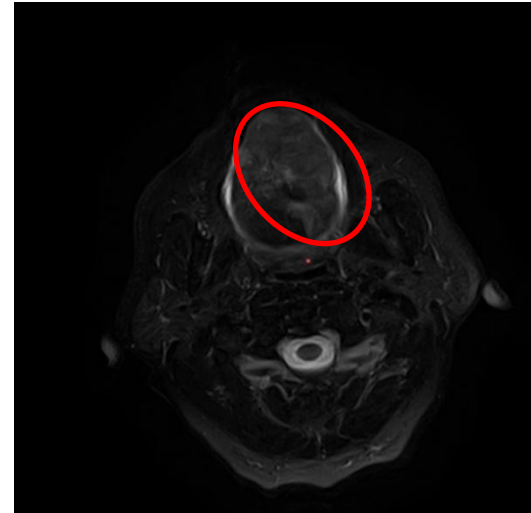
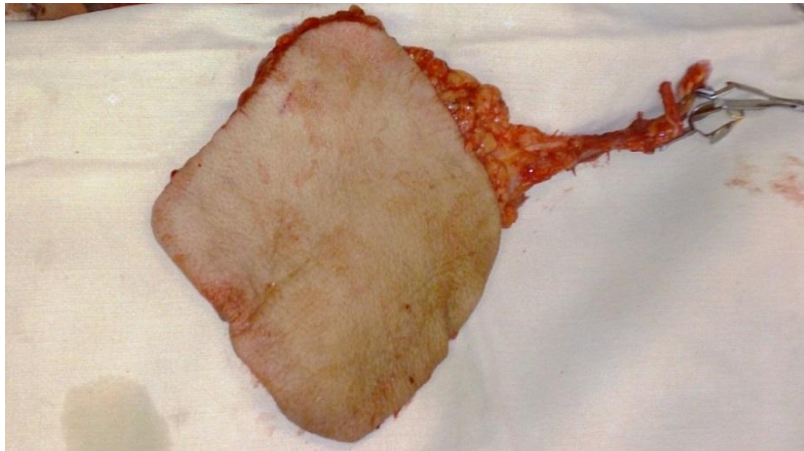
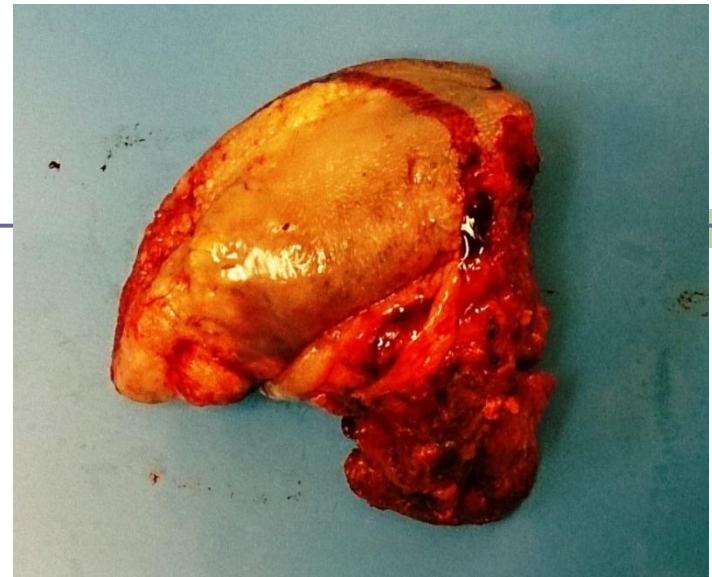
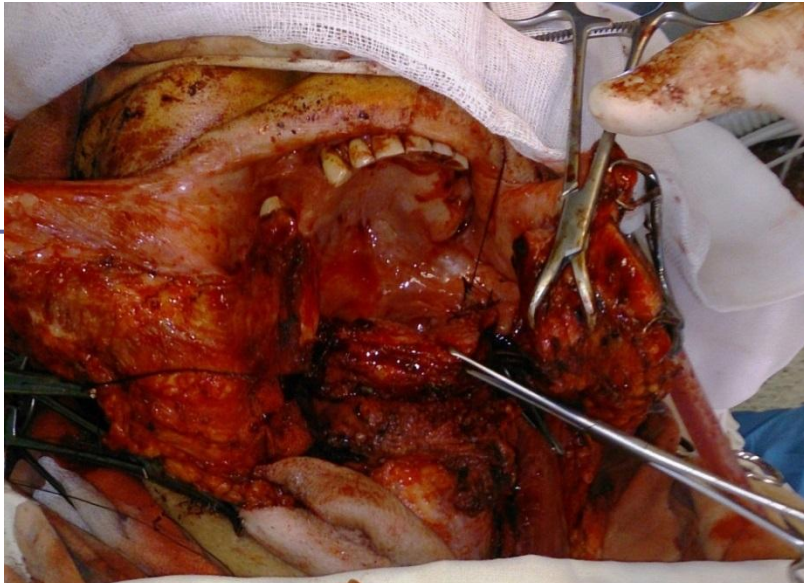


## Дефект после глоссэктомии

Пациент. М., 56 лет. Диагноз: рак языка IVАст, рТ4аN2сM0.



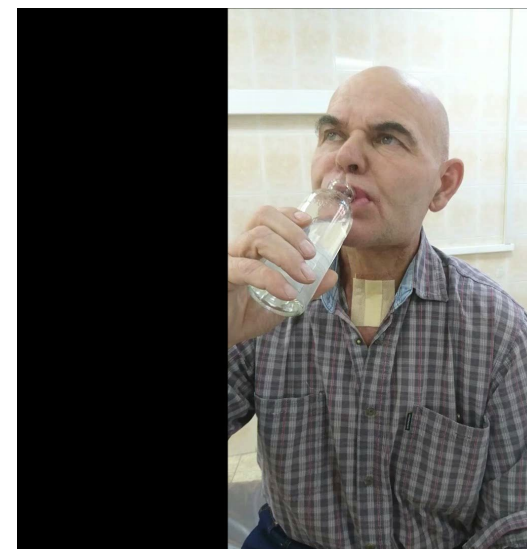




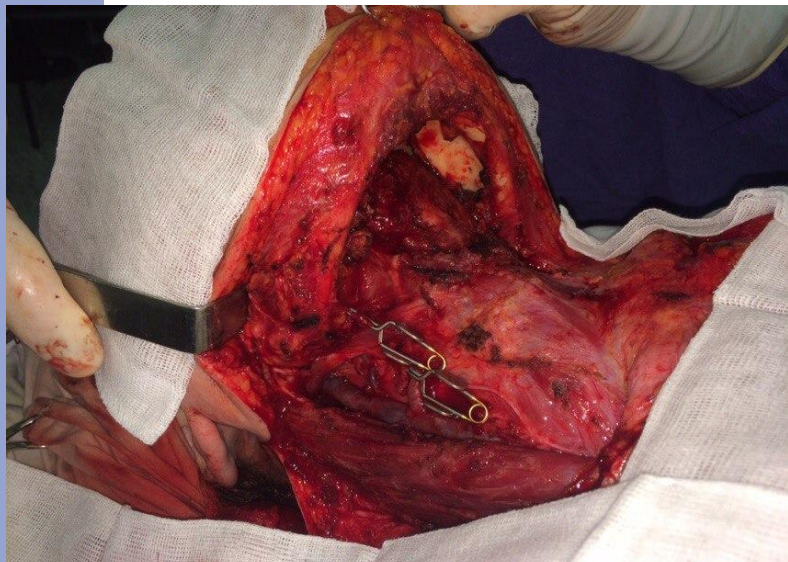
## Формирование языка



Окончательный вид  
полости рта больного



## Суб/тотальная глоссэктомия + мышцы дна полости рта



- Объем
- Стабилизация гортанного комплекса
- Реинервация

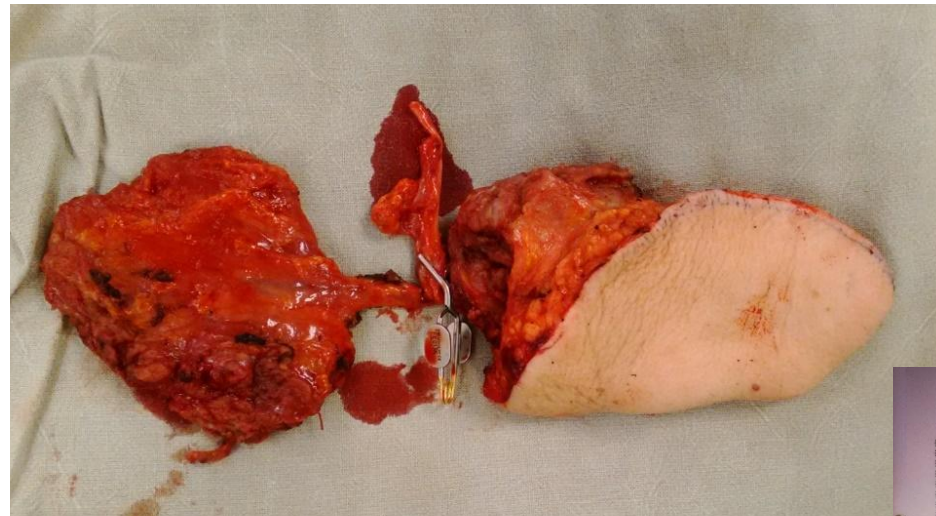


Функциональная и социальная реабилитация



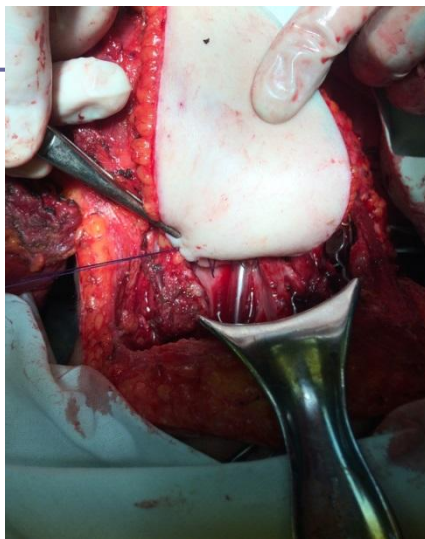
## Дефект после глоссэктомии

Вариант реконструкции дефекта дна полости рта и языка после  
тотальной/субтотальной глоссэктомии.

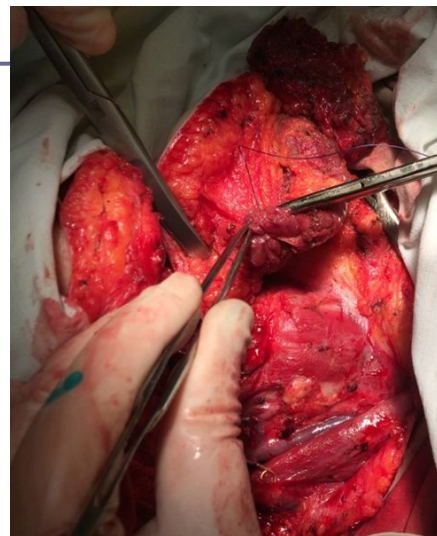


# Этапы восстановления языка и стабилизации гортанного комплекса.

фиксация кожно-мышечной порции  
к основанию надгортанника



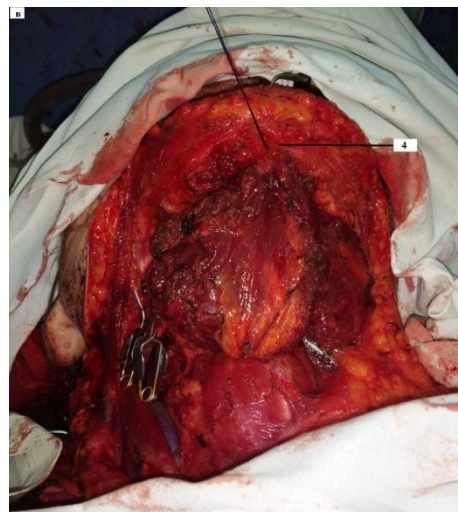
Фиксация зубчатой мышцы к  
подъязычной кости



фиксация зубчатой мышцы к  
нижней челюсти

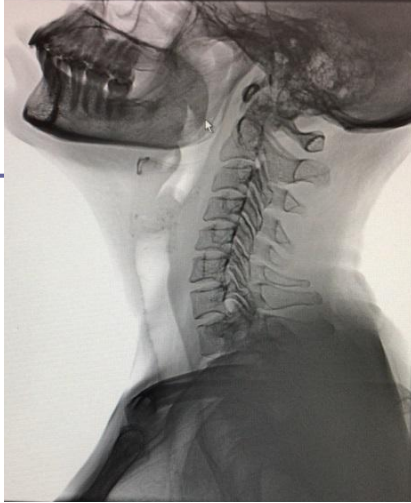


Сформирована диафрагма полости рта

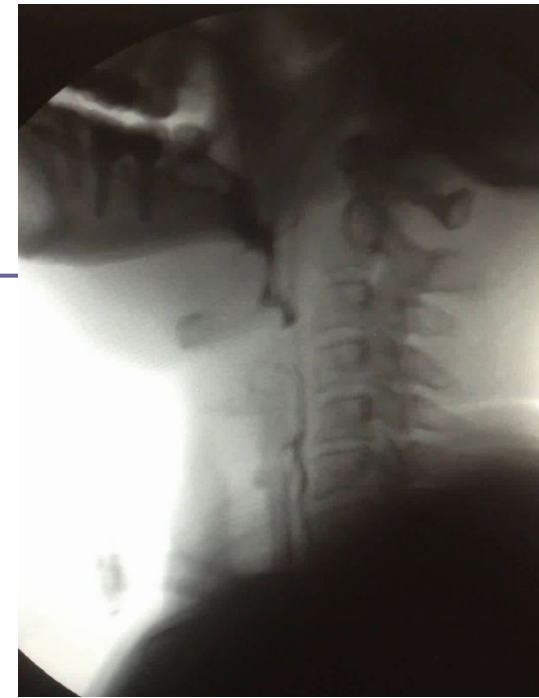




рентгенография подъязычной  
кости до операции



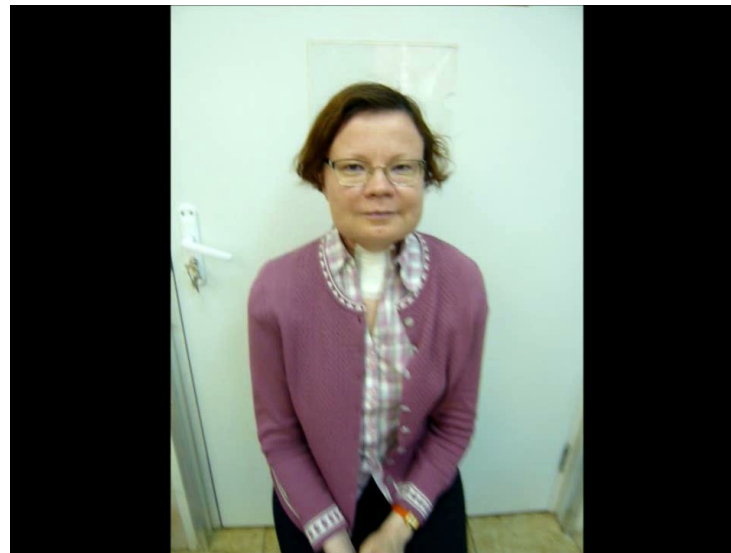
рентгенография подъязычной кости  
после операции через 2 недели



Вид «неоязыка» в полости рта  
через 3,5 месяца



Речь через 3,5 месяца после операции

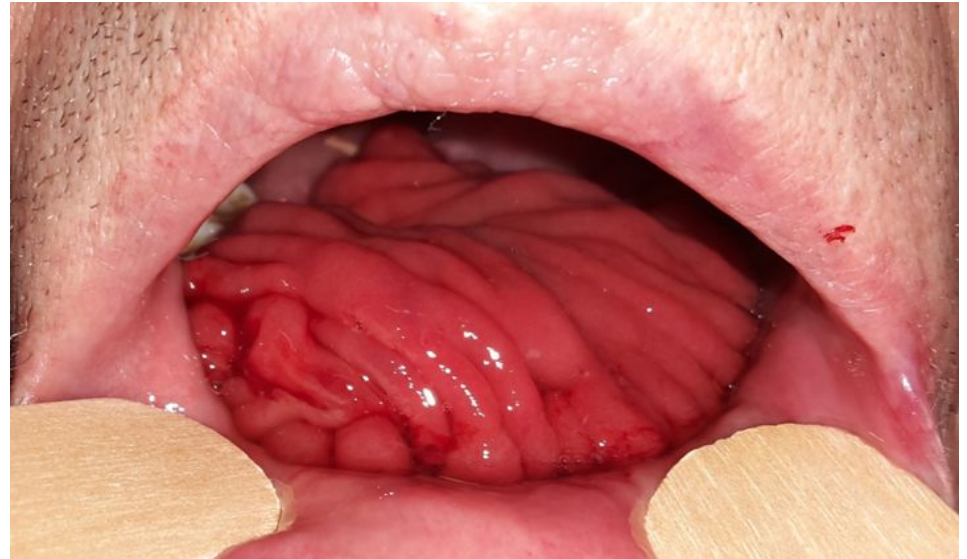


# Тонкокишечный лоскут

при гемиглоссэктомии



при субтотальном удалении языка

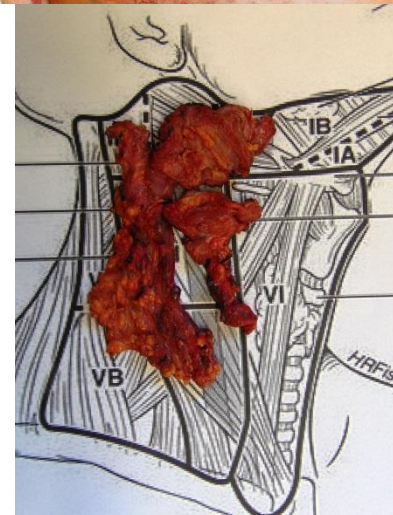
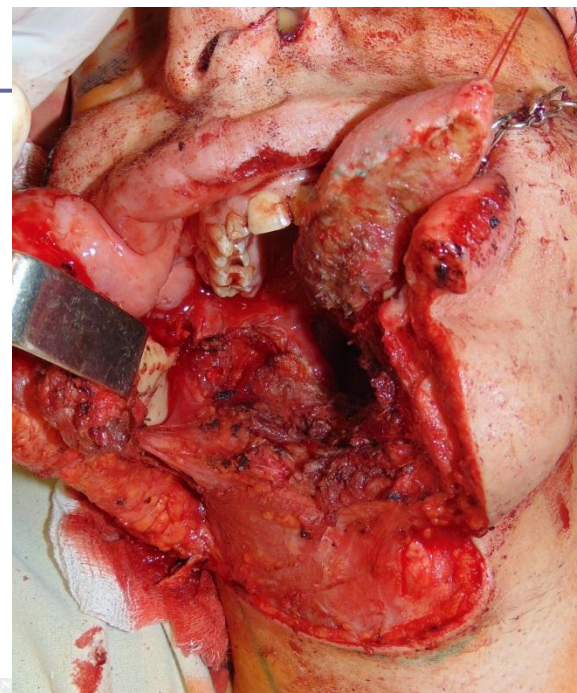




# Дефект после гемиглоссэктомии и резекции мышц дна полости рта

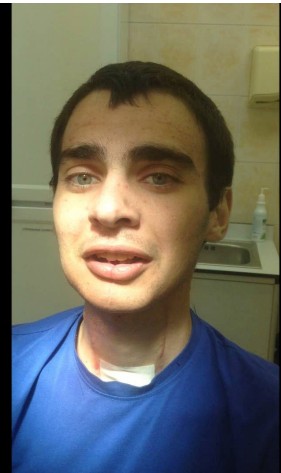
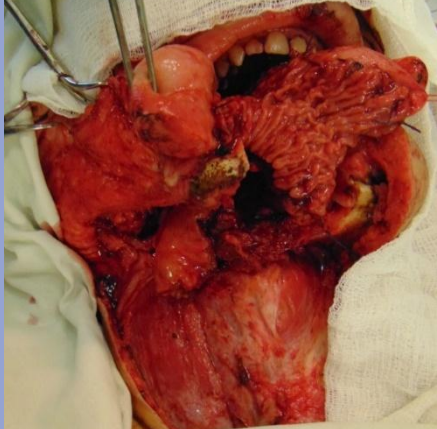
## Тонкокишечный лоскут

Пациент Б., 23 года. Диагноз: Клинический диагноз: рак языка III ст. cT3N0M0, состояние после предоперационной ХЛТ СОД 50 Гр. 01-02.2016г. Мтс в л/узлы шеи справа.



# Формирование брыжеечной порции лоскута

# Тонкокишечный лоскут





# Дефект после глоссэктомии + ларингэктомии

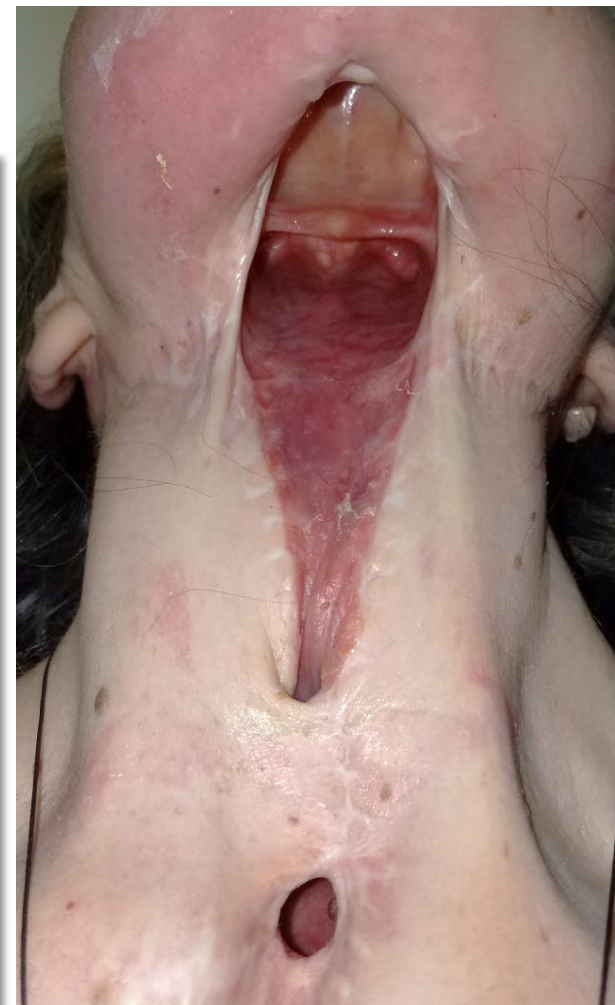
## Желудочно-сальниковый лоскут

Карлова Л.И., 53 года. Диагноз: рак ротоглотки II ст. уcT2NoMo.

Комбинированное лечение (с 12.14г.- 04.2015 ХЛТ СОД 64гр, 3 курса МХТ).

Продолженный рост, метастазы в лимфатические узлы шеи справа. 8 курсов ПХТ 07.2015г. – 02.2016г.

Продолженный рост гT+N+Mo, мтс в л/узлы шеи с обеих сторон.



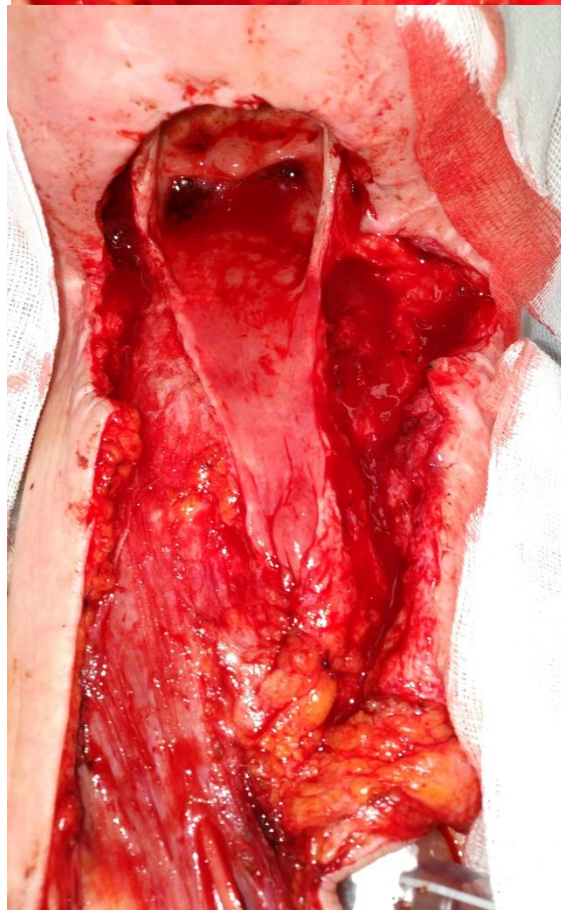
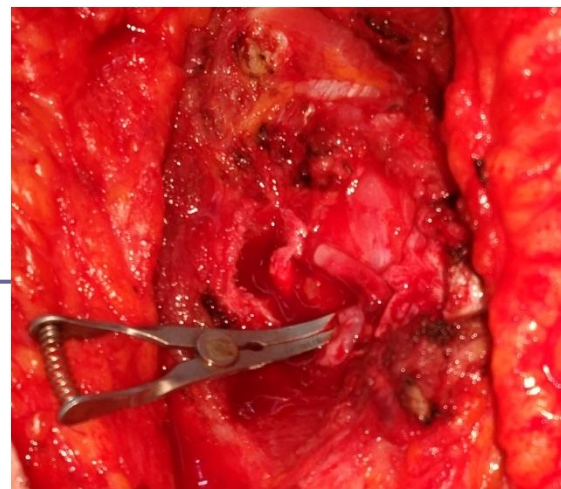
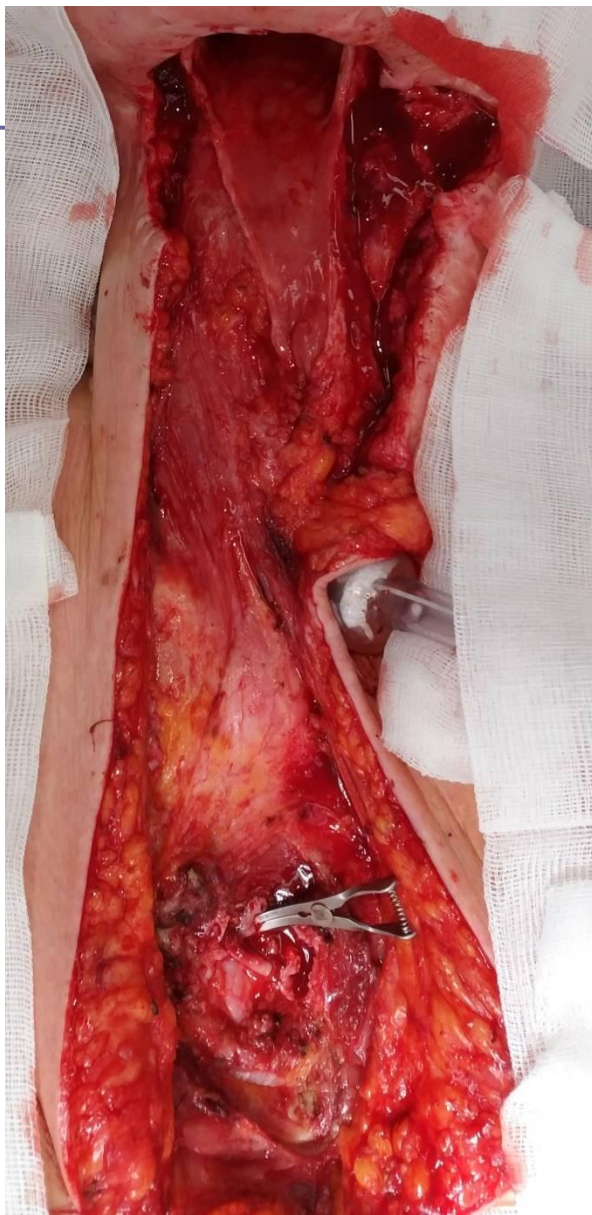
Орофарингостома



**Разметка доступа**

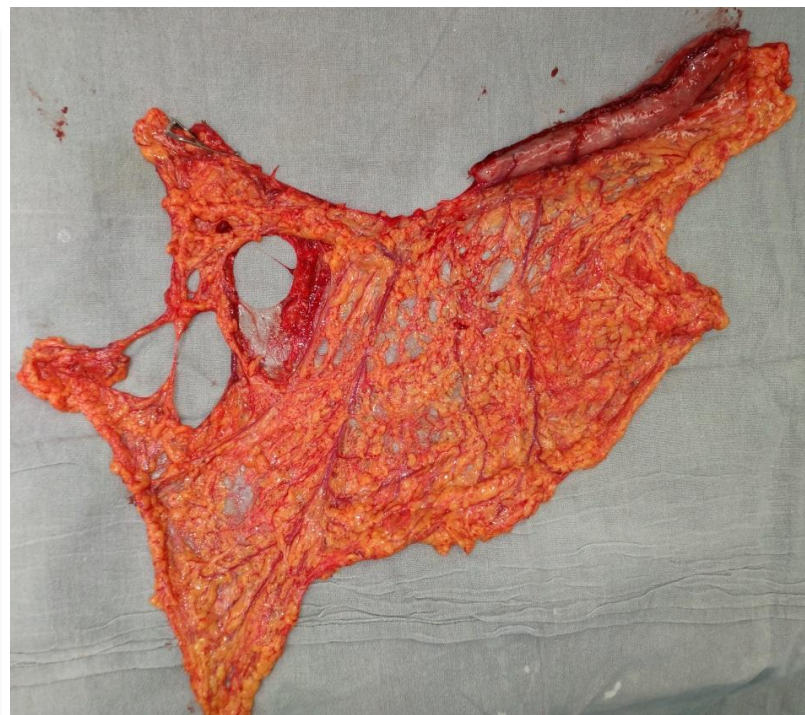
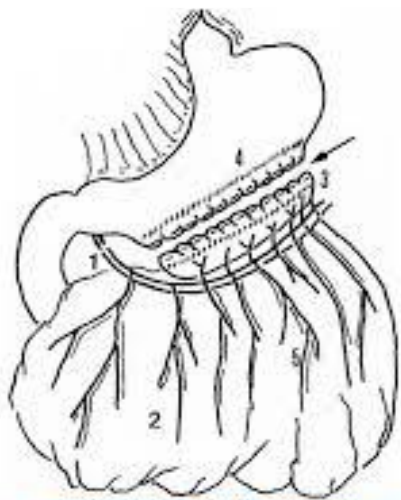


**Мобилизация тканей**



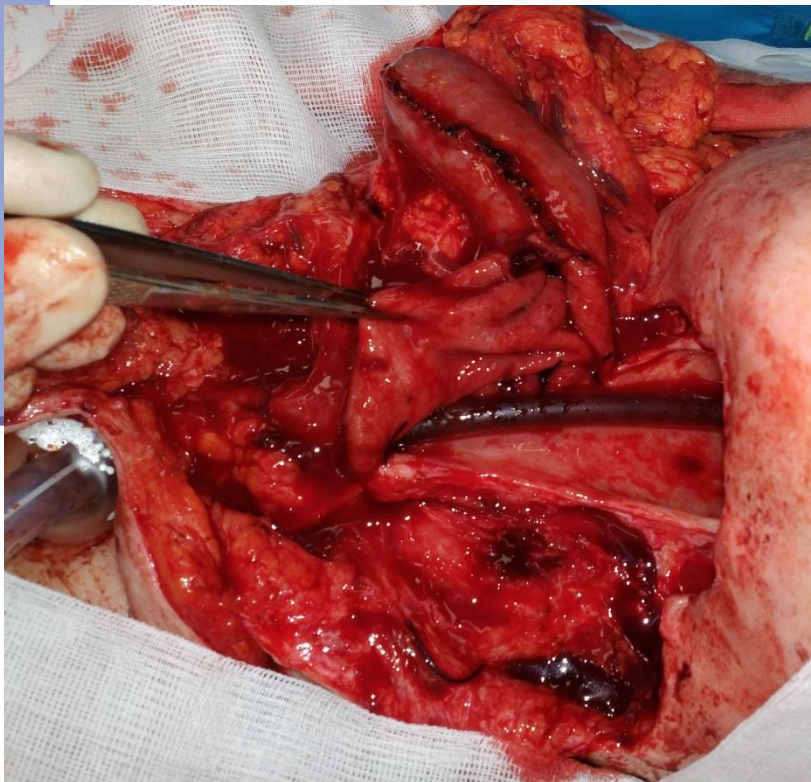
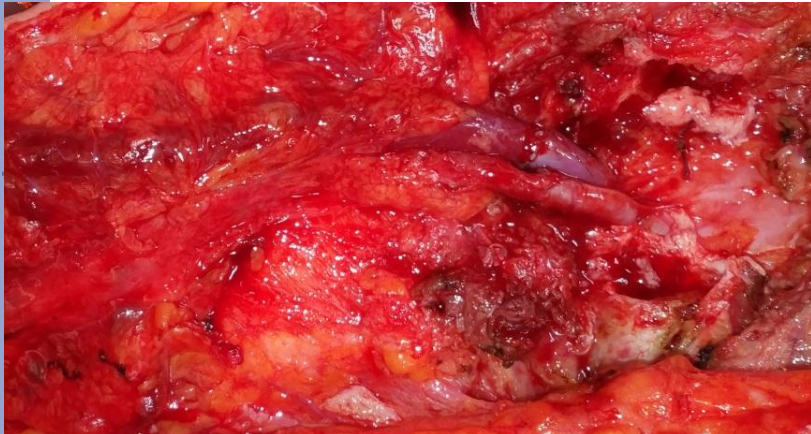


# Формирование желудочно-сальникового лоскута





# Фарингопластика





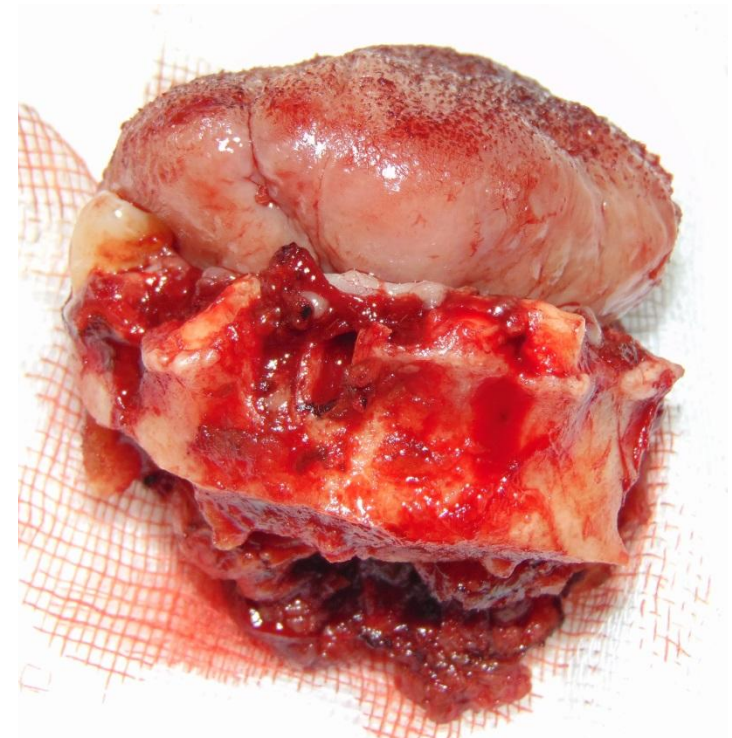
## 2 месяца после операции



# Дефект дна полости рта, языка, альвеолярного отростка нижней челюсти

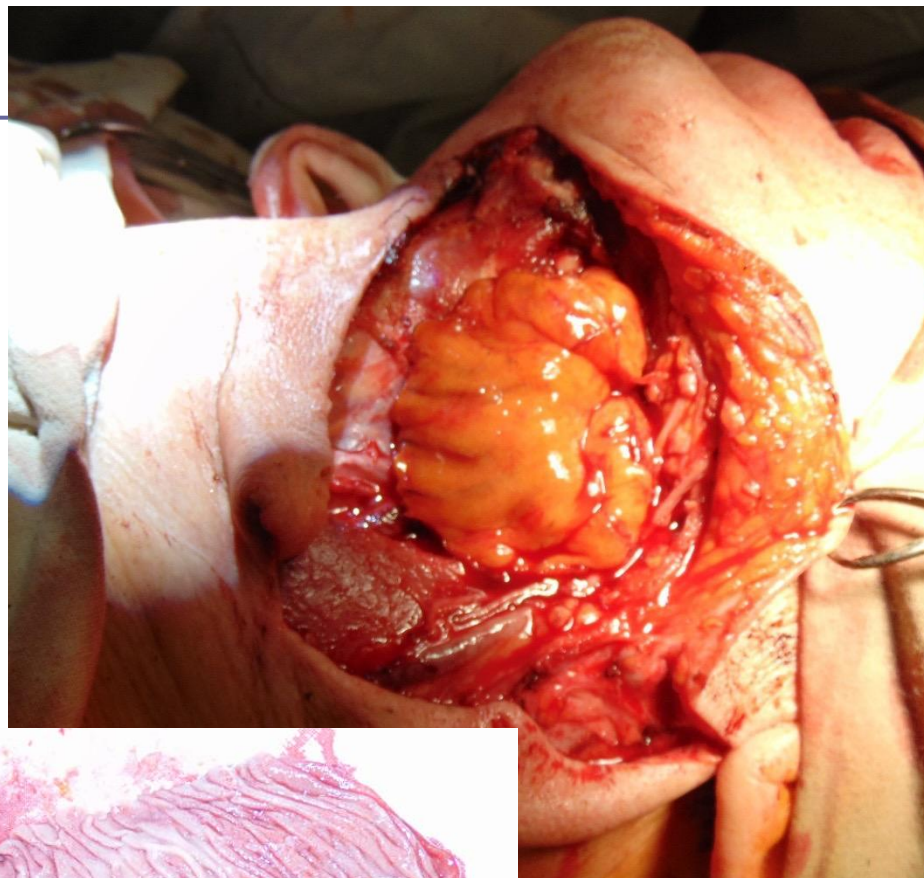
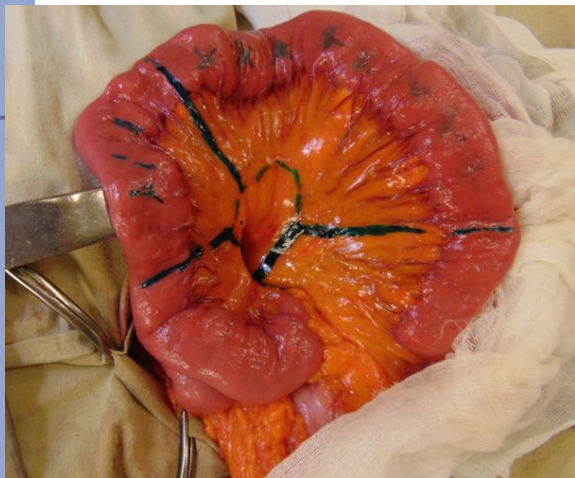
Тонкокишечный  
лоскут

Рак дна полости рта I ст. T1N0M0. Состояние после ДЛТ 70 Гр. Рецидив.





# этап формирования лоскута



Основное преимущество висцерального лоскута при  
восстановлении передних отделов дна полости рта  
полости рта – «тонкий» лоскут, не требующий  
предпротезной подготовки



Дентальное протезирование

Альтернатива: пекторальный, субментальный лоскут

и т.д.



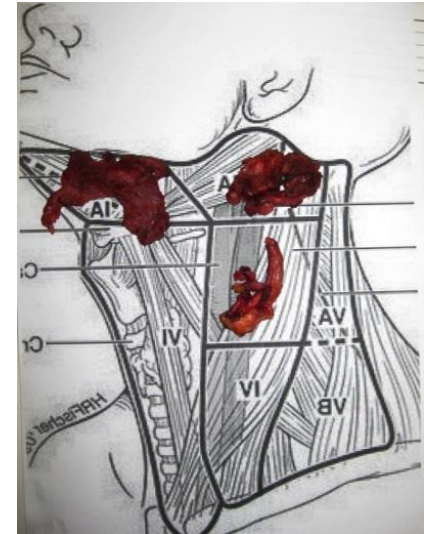
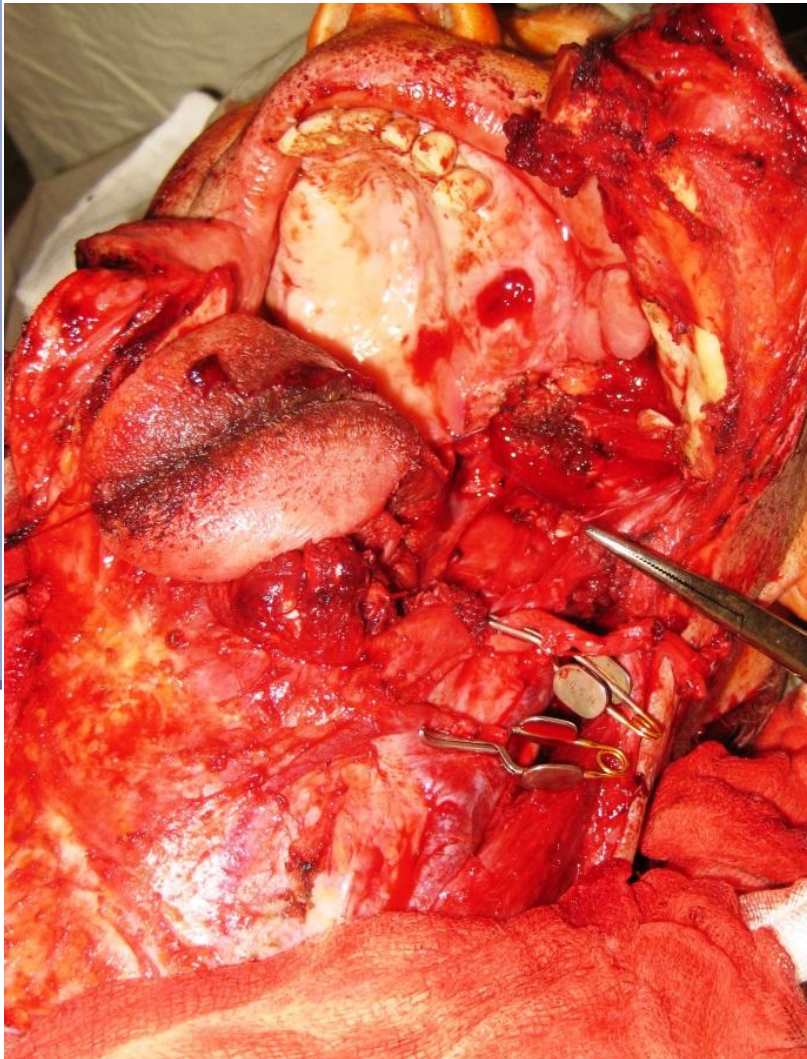
# Дефект ротоглотки

# Лучевой лоскут

Пациент С., 56 лет. Диагноз: рак ротоглотки слева II ст. cT2N0M0. Состояние после ХЛТ СОД 62,5 Гр. 02-04.2015г. Продолженный рост опухоли II ст. уrT2N0M0.

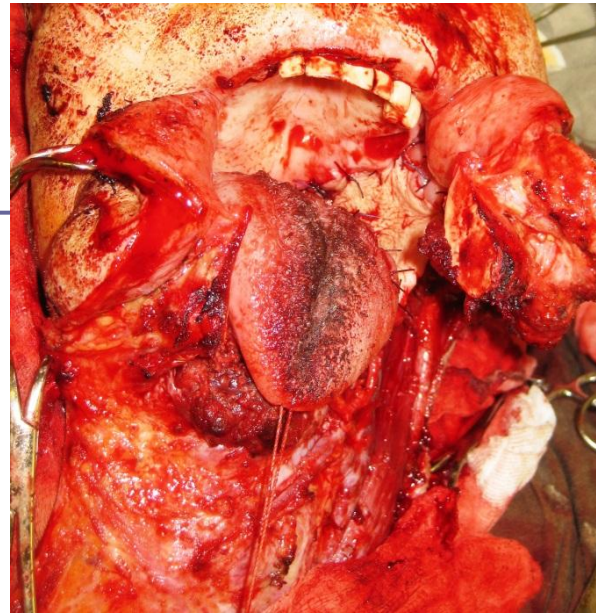
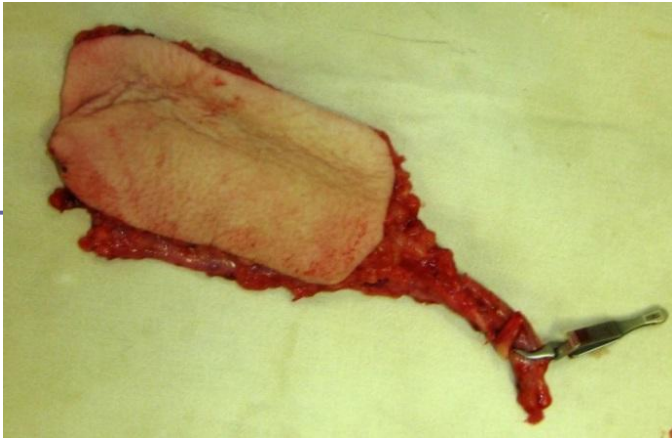


Вид раны после удаления препарата  
Доступ – срединная мандибулотомия



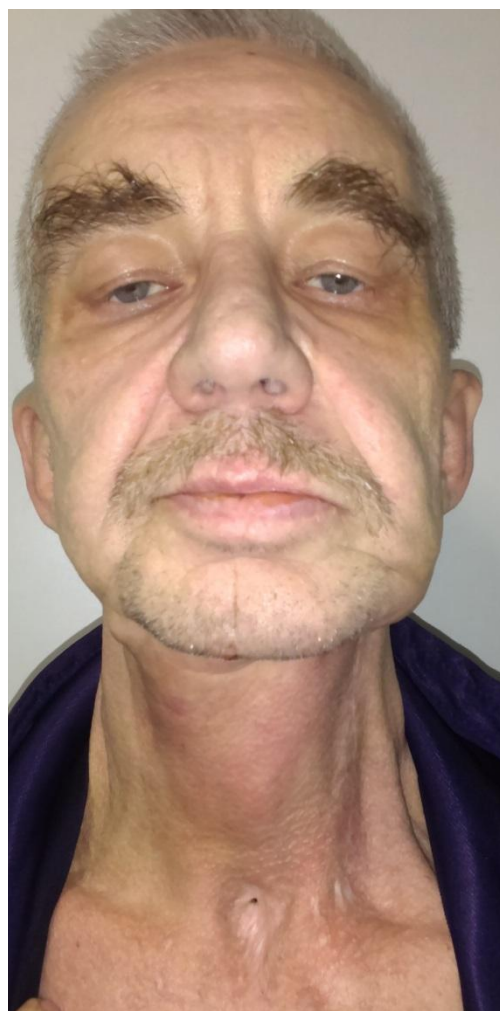


# Этап реконструкции глотки



Альтернатива – пекторальный лоскут, но ущерб донорской ране???

ALT ? Висцеральный лоскут ?

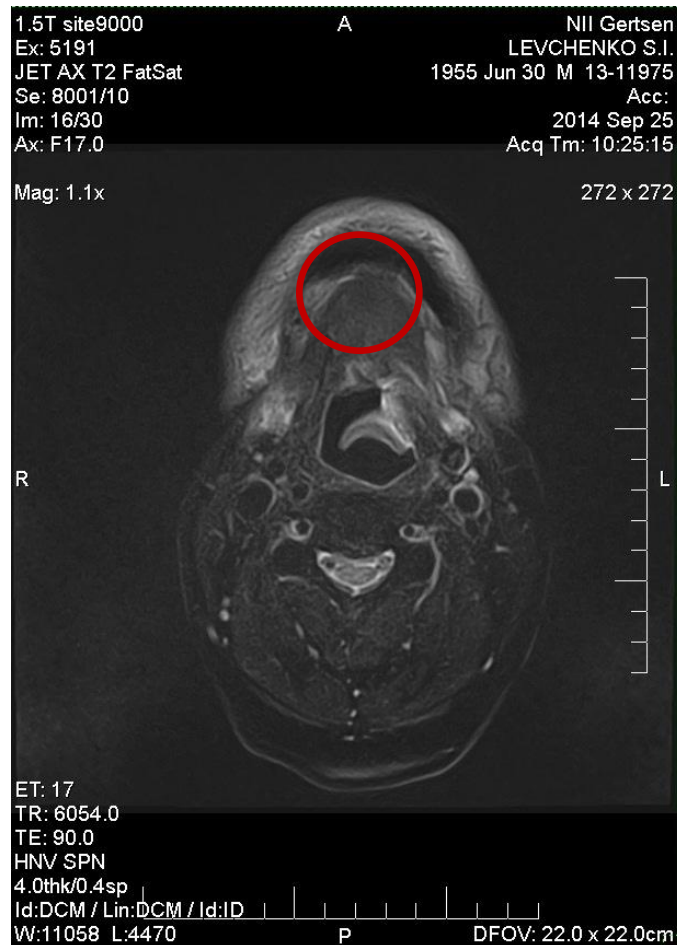




# Дефект ротоглотки, языка, гортани и мягких тканей

## Тонкокишечный лоскут

Пациент 60 лет. Диагноз: Рак ротоглотки слева II усT2N0M0. Комбинированное лечение (4 курса ПХТ 04-07.2012г., ДЛТ СОД 72 Гр. 08-11.2012г.) Рецидив опухоли.



Фарингостома после резекции  
ротоглотки, надгортанника,  
подъязычной кости



Фарингостома после  
ларингэктомии





# Фарингопластика

Разметка доступа



Тонкокишечный ауто трансплантат



Окончательный вид ран

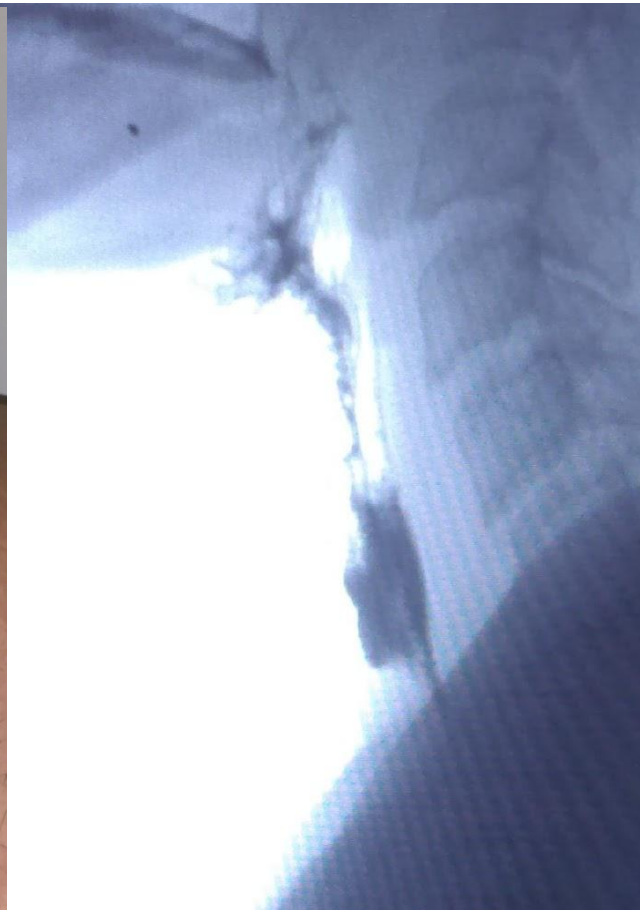


## Вид больного после операции

Установлен голосовой протез

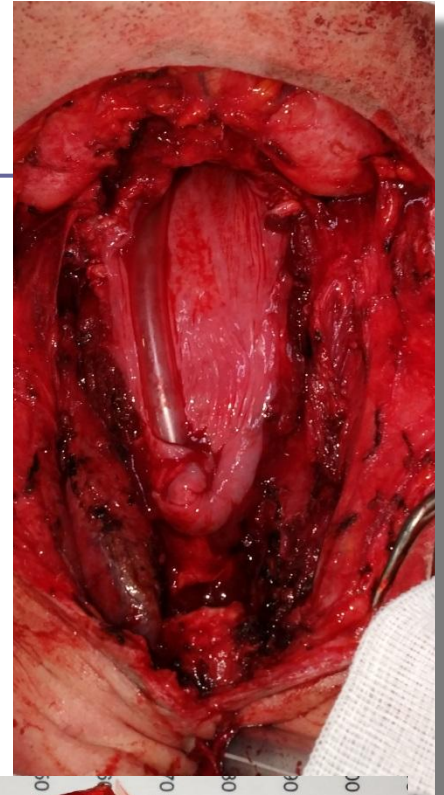


Акт глотания





Дефект глотки



Разметка доступа



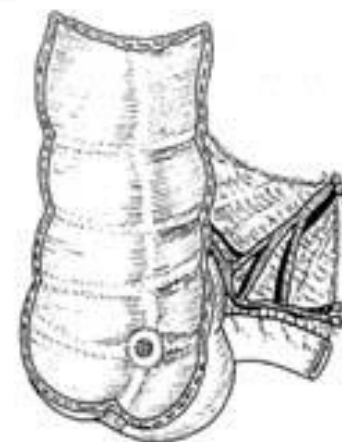
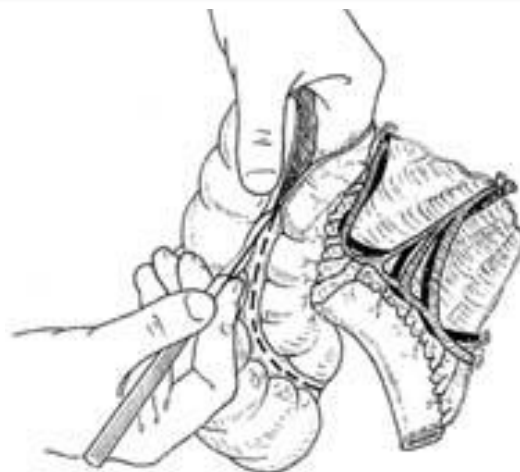
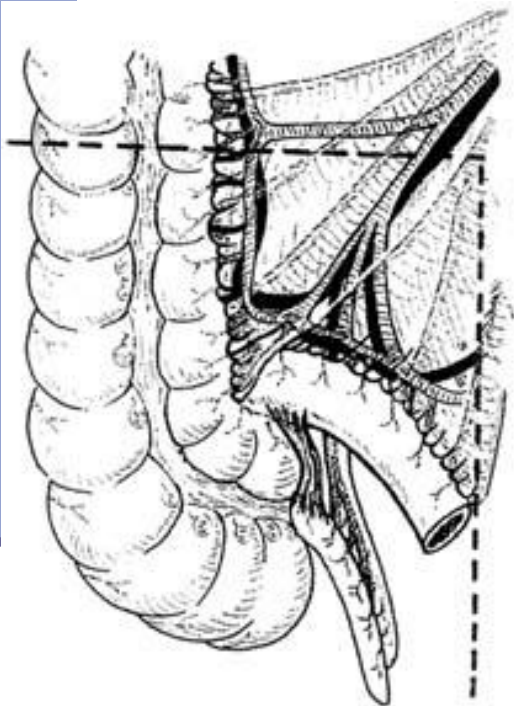
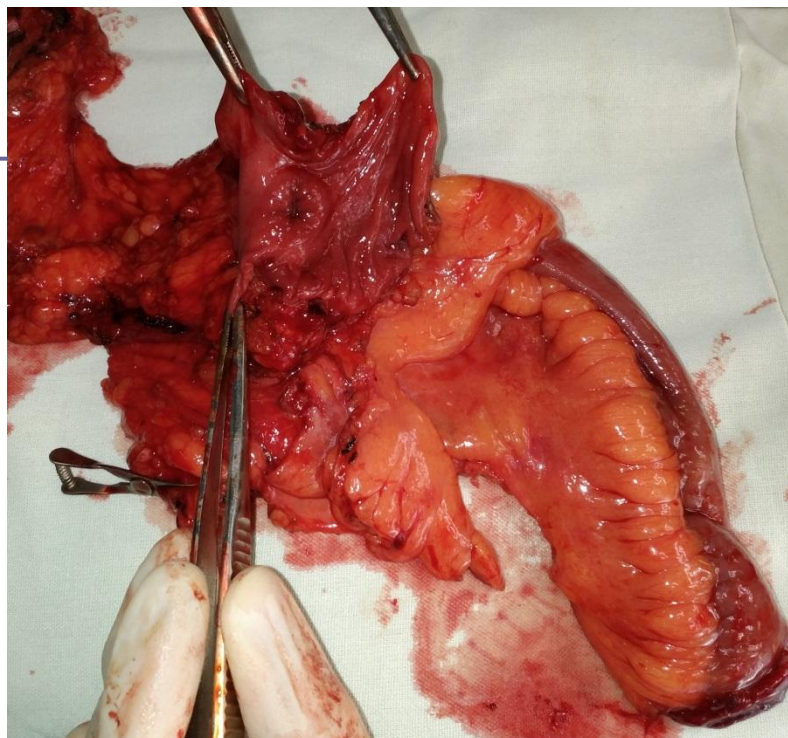
Рецидив рака гортани



Удаленный препарат

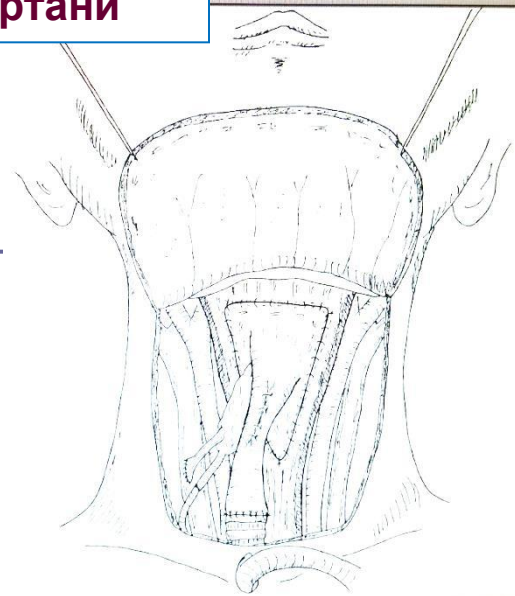
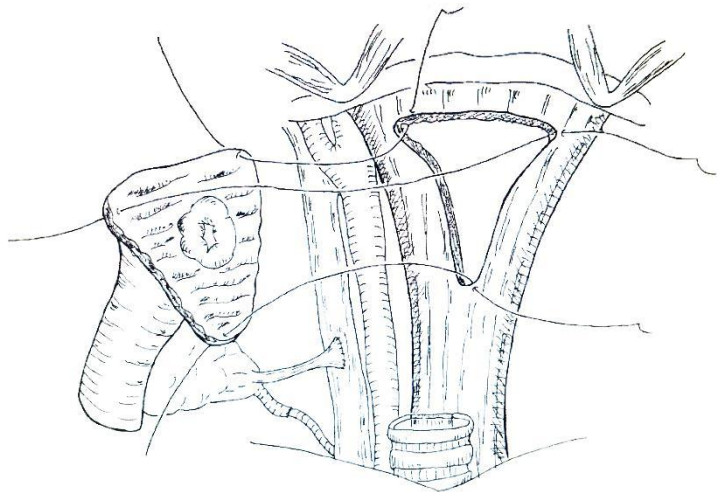


# Формирование подвздошно-толстокишечного лоскута

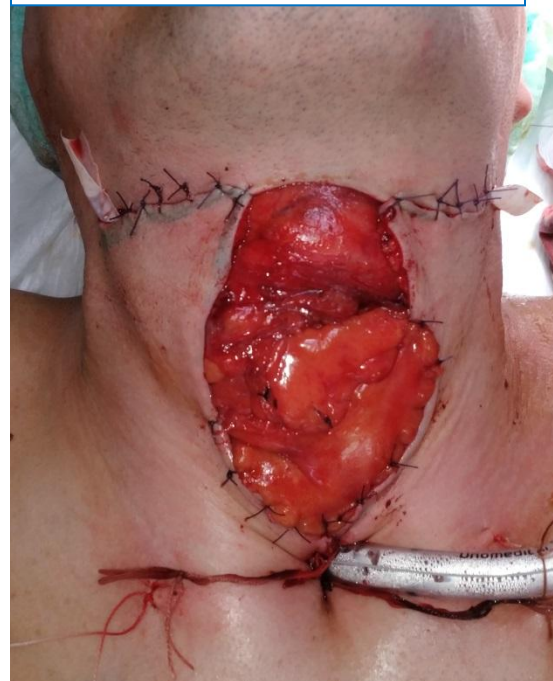
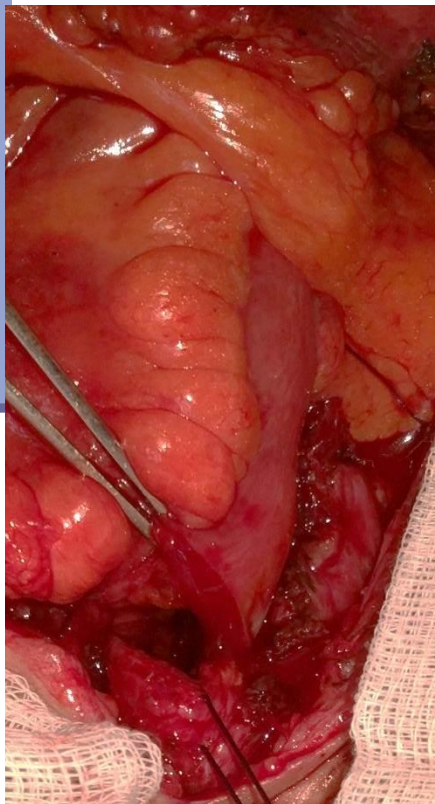




## Схема восстановления гортани



## Окончательный вид раны



# Через 3 недели после операции





## Распределение по категории сложности в зависимости от типа дефекта.

Тип дефекта	Категория сложности дефекта						ВСЕГО	
	I		II		III		N	%
	n	%	n	%	n	%		
Нижняя челюсть	46	58,2	29	6,7	4	5,1	79	100
Верхняя челюсть	20	28,5	38	54,2	12	17,7	70	100
Комбинированные дефекты верхней и нижней челюсти	-	-	-	-	22	100	22	100
Орбитофациальные	5	55,5	2	22,25	2	22,25	9	100
<b>ИТОГО</b>	<b>71</b>	<b>39,4</b>	<b>69</b>	<b>38,3</b>	<b>40</b>	<b>22,3</b>	<b>180</b>	<b>100</b>

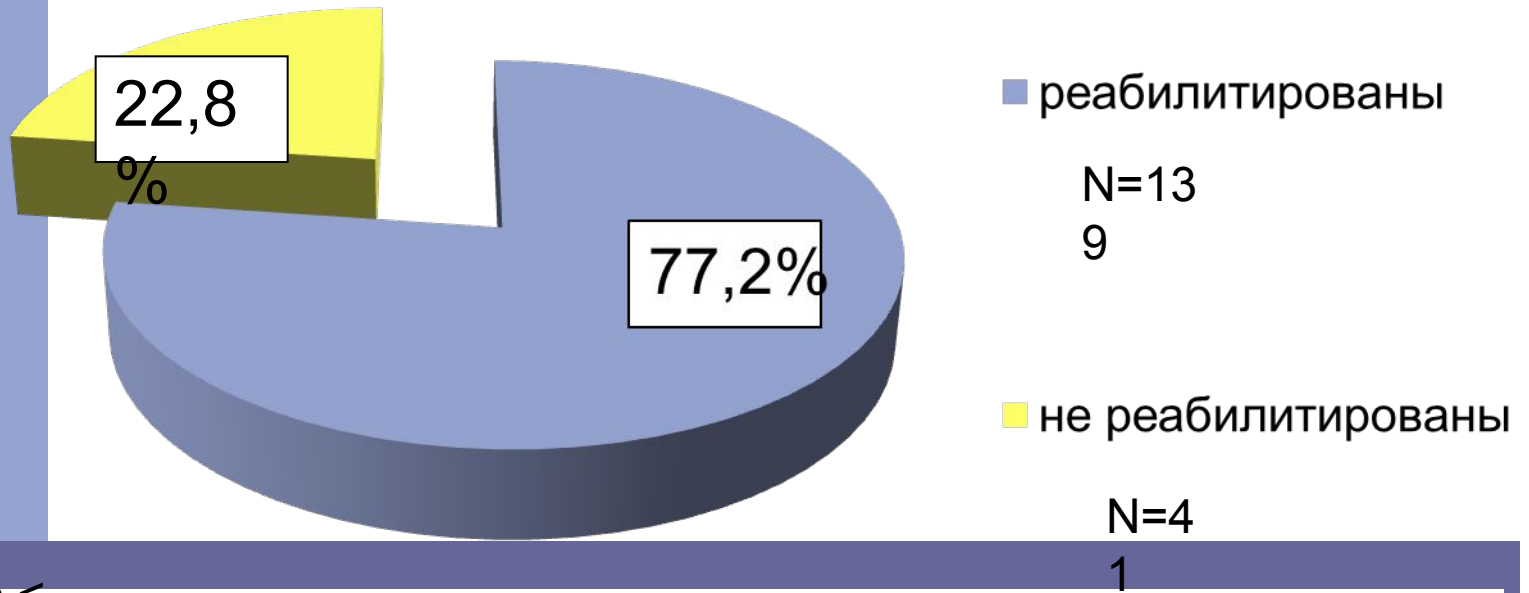
<b>Питание</b>	Баллы
Твердой пищей	5
Полужидкой пищей	4
Жидкой пищей	3
Через зонд/гастростому	0
<b>Речь</b>	
Отчетливая	5
Не отчетливая	3
Отсутствует	0
<b>Дыхание</b>	
Свободное	5
Затрудненное	3
Через трахеостому	0
<b>Боли</b>	
Нет	5
Есть	0
<b>Проблемы в донорской ране</b>	
Нет	5
Не значительные	3
Ущерб в донорской ране	0
<b>Общение без повязки</b>	
Без повязки	5
Дома без повязки в общественном месте в повязке	3
Всегда в повязке	0
<b>Трудовая деятельность</b>	
На прежнем месте	5
Смена работы на более легкую	3

## Шкала оценки уровня функциональной и социальной реабилитации

<b>Уровень функциональной и социальной реабилитации</b>	<b>Интервал балльных значений</b>
Полная	30-35
удовлетворительная	22-29
Неудовлетворительная	11-21
Отсутствует	0-10



# Показатели завершенности реабилитации пациентов с дефектами лицевого скелета



$p < 0,05$

Основными причинами незавершенности реабилитации явились:

1. неправильный выбор варианта реконструкции
2. отсроченная реконструкция
3. сложность, устраняемого дефекта
4. прогрессирование опухолевого процесса

N -21	Тонкокишеч. лоскут	ЛЛ	ТДЛ	Химерный лоскут	n (%)
<b>Декануляция</b>					
Да	2	12	1	2	18 (81%)
Нет			1	2	3 (14%)
Без трахеостомы		1			1 (5%)
<b>Питание</b>					
Энтеральное (назогастральный зонд, гастростома)	-	1	1	2	4 (19%)
Пероральное	2	12	1	2	18 (81%)
Жидкая	-	-	-	-	0
Полужидкая	-	4	-	1	5 (29%)
Твердая	2	8	1	1	12 (71%)
<b>Аспирация</b>					
Есть	-	1	-	1	2 (10%)
Нет	2	12	2	3	19 (90%)
<b>Речь</b>					
Непонятная	-	1		2	3 (18%)
Членораздельная речь	2	12	1	3	18 (82%)
<b>Сенсорная реинервация</b>					
+	-	6	-	1	7 (33%)
-	-	7	1	3	11 (76%)
<b>Моторная реинервация</b>					
+	-	-	-	1	1 (17%)
-	-	-	-	2	2 (22%)

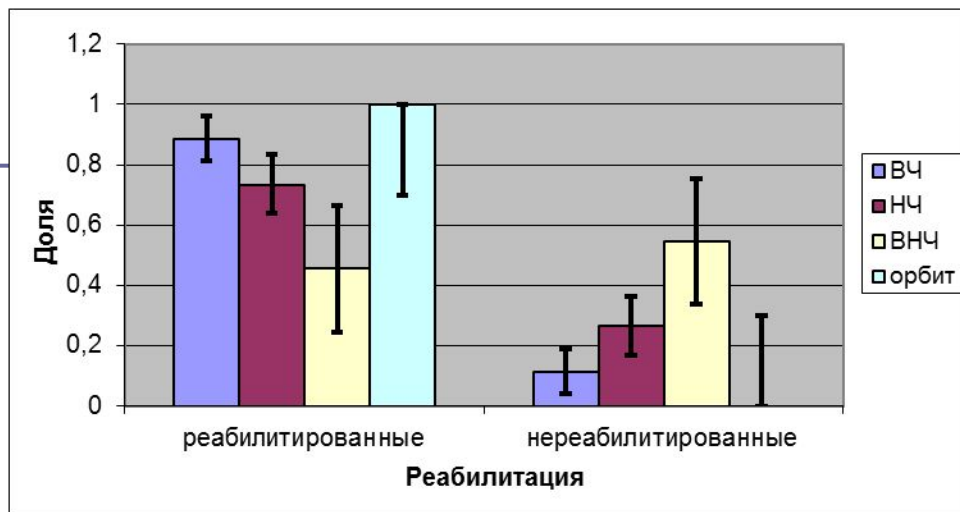
Средний период наблюдения за пациентами составил 16 месяцев (стандартное отклонение 2,5).

С целью изучения функции звукопроизношения мы пользовались методом акустической оценки по разработанным шкалам

Исследование степени атрофии реинервированных лоскутов показал, что в течении первых двух месяцев после операции происходит уменьшение общих размеров на 15% от первоначальных, к 6 месяцу происходит стабилизация и размеры лоскутов оставались неизменными в течении последующего периода наблюдений.

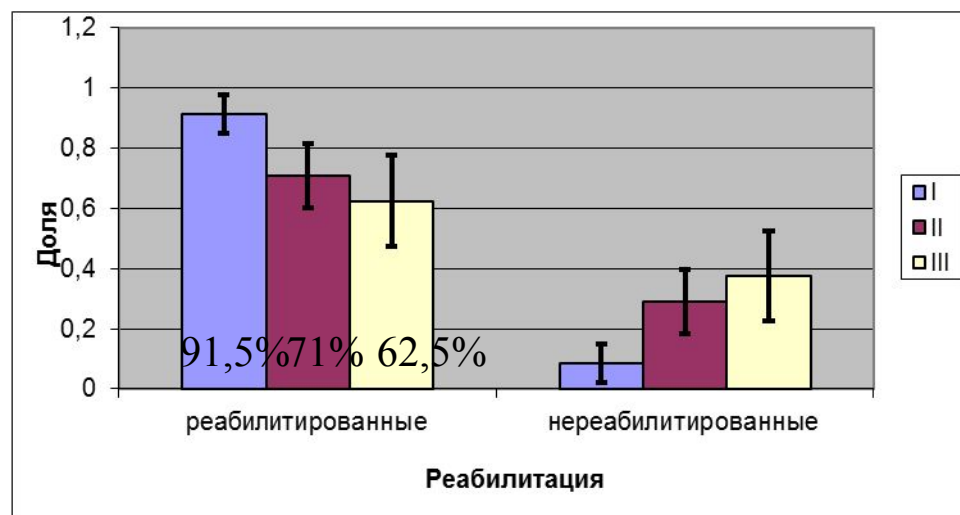


# Количество реабилитированных больных в зависимости от вида дефекта



$P=0,0008$ ;  $p<0,05$ ;  $\chi^2=28,2149$

# Общее количество реабилитированных больных в зависимости от категории сложности дефекта.



$P=0,0006$ ;  $p<0,05$ ;  $\chi^2=14,7261$

**Сводные данные успешности результатов реабилитации общей группы пациентов со всеми типами локализации дефектов лицевого скелета в зависимости от категории сложности дефекта и варианта устранения дефекта одним лоскутом или комплексно.**

Локализация дефекта	Категория сложности дефекта	Показатели успешности реабилитации	
		Одним лоскутом	Комплексная реконструкция
Верхняя челюсть	I	100	100
	II	75,9	88,9
	III	-	100
Нижняя челюсть	I	85,7	100
	II	47,4	80,0
	III	-	33,3
Комбинированный дефект верхней и нижней челюсти	III	20	52,9
Орбитофациальный дефект	I	Разница статистически не достоверна	
	II		
	III		



- Дифференцировка опухоли G 1-4
- Стадия опухолевого процесса
- Индекс T/N
- Вариант и сроки начала прогрессирования

Не влияют на  
результат,  
успешность и  
завершенность  
микрохирургической  
реконструкции

# Когда нужна микрохирургическая аутотрансплантация тканей?

- Незаменима при жизнеугрожающих комбинированных краниофациальных дефектах основания черепа
- Комбинированные дефекты верхней и нижней челюсти III категории (этапно)
- Дефекты верхней и нижней челюсти II - III категории сложности
- Истинный дефицит местных тканей
- Устранение дефектов лицевого скелета при планируемой дентальной имплантации
- Циркулярные, парциальные дефекты глотки, либо дефекты глотки
- С дефицитом покровных тканей
- Реконструкция языка после глоссэктомии.



# Когда целесообразна микрохирургическая аутотрансплантация тканей ???

- II – III стадия опухолевого процесса
- IV стадия – устранение жизнеугрожающего дефекта, функциональная реабилитация вторым этапом (step-by-step)
- Ожидаемая продолжительность жизни
- Неоднократный рецидив. При анализе результатов реабилитации определено, что в группе пациентов с первичными опухолями реабилитировано 86,5% больных, а в группе с рецидивами – 68,2%. При этом в первой группе полностью восстановлены 55,1% пациентов, а во второй – 36,4% ( $P=0,00354345$ ,  $p<0,05$ ;  $\chi^2=8,50411$ ) Различия статистически значимы.
- Ущерб для пациента от микрохирургической аутотрансплантации
- Соматический статус пациента

**ЕДИНСТВЕННАЯ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОДЛИТЬ ЖИЗНЬ ПАЦИЕНТУ / РИСК  
???**

# Спасибо за ВАШЕ внимание!



Поляков Андрей  
Павлович



Ребрикова Ирина  
Валерьевна



Маторин Олег  
Владимирович



Ратушный  
Михаил  
Владимирович



Филюшин Михаил  
Михайлович



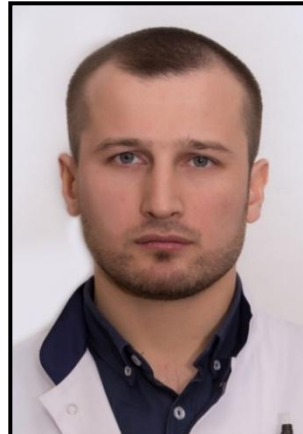
Харазян  
Артавазд  
Эдуардович



Епифанов Сергей  
Александрович



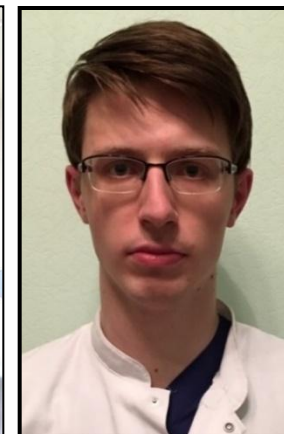
Лебедь Зоя  
Сергеевна



Сугаипов Адам  
Лёмаевич



Мордовский  
Александр  
Валентинович



Никифорович  
Петр  
Алексеевич





75 лет успешной работы

МНИОИ им. П.А. Герцена

**Спасибо за Ваше внимание!**