

**КОМБИНИРОВАННАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ СВОДА ЧЕРЕПА
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ КОЖИ****И. Р. Дашкова, А. Н. Ирхина***Ростовский научно-исследовательский онкологический институт*

Комбинированная пластика наиболее приемлема ввиду относительной простоты и пригодности к замещению анатомически сложных, а также очень обширных дефектов кожных покровов, возникающих после иссечения распространенных опухолей волосистой части головы. Этот способ пластики применялся нами в случаях заведомой неудачи других пластических операций, при чрезвычайно значительных по площади поражениях кожи с инфильтрацией подлежащих тканей, то есть в случаях, составляющих технический предел возможного иссечения.

Полное приживление кожных лоскутов при комбинированной пластике возможно даже в случаях широкого иссечения опухоли с удалением подлежащей кости.

Ключевые слова: рак кожи свода черепа, комбинированная пластика.

**COMBINED PLASTY OF DEFECTS OF CRANIAL VAULT IN COMPLEX TREATMENT
OF PATIENTS WITH LOCALLY-ADVANCED SKIN CANCER****I. R. Dashkova, A. N. Irkhina**

Combined reparative surgery is most acceptable in view of its relative simplicity and convenience in replacement of anatomically complex and very extensive defects of skin occurring after excision of advanced tumours of the scalp. We have applied this method when all other plastic operations failed, in cases of extensive skin lesions with infiltration of underlying tissues, i.e. in cases presenting technical limit of possible excision.

Complete engraftment in combined plastic surgery is possible even in cases of vast excision of tumour with ablation of underlying bone.

Key words: skin cancer of cranial vault, combined reparative surgery.

Одной из серьезных проблем клинической онкологии является поиск действенной помощи при местно-распространенных опухолях без отдаленного метастазирования. Как правило, у этой категории больных к моменту последнего обращения бывают применены все рутинные методы лечения, включая лучевую терапию и неоднократные операции. Возникает ситуация, когда нет альтернативы выполнению повторной комбинированной операции с удалением вовлеченных в опухолевый процесс тканей [1].

Нередко образующийся при этом дефект может оказаться несовместимым с жизнью в связи с обнажением жизненно важных структур, например обнажения вещества головного мозга при удалении опухоли свода черепа или лицевого скелета. Сдерживающим обстоятельством радикального удаления опухоли в этой ситуации является необходимость немедленного надежного пластического закрытия дефекта, изолирующего головной мозг от инфицирования [3].

Отказ от восстановления тканей может привести к ответственному сужению границ иссечения опухоли, что является одной из причин локального рецидива.

Стандартным подходом к пластике дефектов волосистой части головы при сохраненном апоневротическом шлеме является аутодермопластика. В случае инвазивного роста опухоли глубина иссечения ткани достигает костей свода черепа. Пласти-

ку подобных дефектов в большинстве случаев осуществляют путем перемещения лоскутов из тканей скальпа. Ряд исследователей отмечают осложнения пластики перемещенными лоскутами в виде краевых некрозов, что, вероятно, объясняется выкраиванием лоскутов без учета топографии сосудов скальпа [4].

Для решения этой задачи предложена микрохирургическая пластика различными вариантами лоскутов: кожно-жировыми трансплантатами из паховой и лопаточной областей, мышечными — из фрагментов широчайшей мышцы спины и передней зубчатой мышцы, а также фартука большого сальника. Каждый специалист отмечает преимущества используемого им пластического материала. Однако анализ указанных методов свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к их применению.

Серьезное обсуждение этой проблемы стало возможным только в последнее время благодаря совершенствованию методов нейрохирургии и пластической хирургии. Клинических наблюдений у специалистов немного, выживаемость больных составляет 5—38 % [2].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Проанализировать непосредственные и отдаленные результаты лечения 35 больных с местно-распространенным раком свода черепа, которым выполне-

на комбинированная пластика дефекта. Учитывая особенность локализации для ускорения реабилитации больных, мы стремились к оперативным вмешательствам с одномоментной пластикой.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу исследования положены результаты клинического наблюдения 35 больных местно-распространенным раком кожи волосистой части головы $T_3N_0M_0$ и $T_4N_0M_0$, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте в период с 2005—2008 гг.

Средний возраст пациентов составил 50—69 лет. К данной возрастной группе в нашем исследовании принадлежало 28 (80 %) больных раком кожи.

Распределение больных в зависимости от гистологической структуры было следующим: у 21 — плоскоклеточный рак, у 9 — саркома мягких тканей и у 5 — базальноклеточный рак.

Хирургическое вмешательство проводилось на поздних стадиях заболевания. Так комбинированная пластика выполнена 18 пациентам с III стадией заболевания, 10 — с IV стадией заболевания, а также 7 больным с рецидивными опухолями, в том числе многократными.

Показанием для выполнения комбинированных пластических операций в области свода черепа у больных с местно-распространенным раком кожи был обширный дефект, который невозможно закрыть сведением краев раны, а дном раны являлись кости, твердая мозговая оболочка.

Так как особенность анатомии мягких тканей волосистой части головы не позволяет применять для пластики кожные аутодермотрансплантаты, поскольку остающаяся в дне раны после радикального удаления опухоли оголенная кость не может обеспечить адекватной ревазуляризации донорской кожи, наиболее частым вариантом комбинированной пластики является сочетание способа перемещенным лоскутом на питающей ножке с пластикой свободным кожным трансплантатом дефекта, образовавшегося после перемещения лоскута, взятого рядом с зоной кожи после удаления опухоли.

Местные кожные лоскуты являются наиболее частым типом лоскутов, используемых для реконструкции кожных дефектов головы и шеи. Они создаются путем препаровки на уровне подкожно-жировой клетчатки. Их артериальное кровоснабжение осуществляется перфорирующими мышечно-кожными сосудами, исходящими из сегментарных сосудов, лежащих под мышцей и подкожным слоем. Кровоток в свободной части лоскута обеспечивается анастомозами между глубоким дермальным-субдермальным сплетением и более поверхностным сплетением сосочкового слоя дермы. Большинство лоскутов могут создаваться с соотношением длина/ширина 3:1 и более.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В нашем исследовании использовались лоскуты осевой конфигурации, которые получают кровоснабжение непосредственно от кожных артерий или артериальных анастомозов. Эти лоскуты имели большее соотношение длина/ширина, чем местные кожные лоскуты. Дистальная часть лоскута по характеру кровоснабжения являлась местным лоскутом. Данные лоскуты питались конкретным сосудом (лоскут височной области волосистой части кожи головы — поверхностной височной артерией, лоскут затылочной области — затылочной артерией). Преимуществом такого лоскута является то, что закрытие кожей большой области может обеспечиваться одномоментно без включения в лоскут объемной подлежащей мышцы. Основание лоскута должно быть, всего лишь, достаточно широким для того, чтобы сопровождать сосуд, питающий лоскут.

Лоскут волосистой части кожи головы представлял собой пример чистого поворотного лоскута из-за чрезвычайной ригидности апоневротического шлема внутри и вокруг лоскута. По нашему мнению, на коже волосистой части головы, чтобы одномоментно закрыть дефект, дуга должна быть примерно в шесть раз длиннее диаметра раны. Вокруг первичного дефекта можно выкраивать несколько поворотных лоскутов спиральным способом. Приемлемой альтернативой закрытия дефекта, образовавшегося после перемещения лоскута, является свободная трансплантация полнослойного кожного лоскута.

Общими правилами при выполнении комбинированной пластики являлись:

1. Стремление включить в толщу лоскута всю подкожно-жировую клетчатку без сухожильного шлема.
2. Соотношение длина/ширина перемещаемого лоскута 4:1, 5:1.
3. Сохранить сосуды, прободающие фасцию и подкожно-жировую клетчатку, если они не препятствуют мобилизации лоскута.
4. Выкраивать лоскут в одном слое, чтобы жировой слой у основания ножки не был тоньше, чем на протяжении лоскута.
5. Отсутствие натяжения кожных лоскутов в зоне дефекта. Так как натяжение уменьшает кровоток; в лоскутах с отличным кровотоком натяжение может не быть критическим фактором, но при пограничной жизнеспособности оно увеличивает частоту некротизации.
6. Не допускать ротацию перемещенных лоскутов под большим углом (более 90 градусов), так как возможно чрезмерное растяжение и сдавление сосудов питающей ножки.

Техника оперативного вмешательства заключалась в том, что после удаления опухоли кожи (при необходимости выполняли резекционную краниотомию) циркулярным кожным разрезом вблизи дефекта в области максимально подвижной кожи выкраивали

вали лепестковый кожно-жировой лоскут (иногда с включением мышцы) соответствующей длины на питающей ножке. Проводили тщательный гемостаз донорской и реципиентной зон (рис. 1). Выкроенный лоскут ротировали в зону дефекта на 50—70°, сохраняя его связь с подлежащими тканями, и вшивали одиночными швами в зону дефекта. Для закрытия донорской зоны, применяли пластику полнослойным свободным кожным лоскутом (рис. 2, 3).



Рис. 1. Больная Г. после удаления опухоли с резекционной краниотомией затылочной кости, выкроен кожно-жировой лоскут



Рис. 2. Больная Г. после комбинированной пластики дефекта

Послеоперационные осложнения отмечены у 8 (22,9 %) пациентов. Так, частичная преходящая ишемия и частичный некроз лоскутов отмечен у 3 больных (8,6 %), воспаление и нагноение послеоперационной раны — у 2 пациентов (5,7 %), а прорезывание лигатур и расхождение краев раны у 1 больного (2,9 %). Полного некроза и отторжения перемещенного лоскута в нашем исследовании не отмечено.

Частичный некроз свободного аутодермотрансплантата в составе комбинированной пластики отмечен у 2 (5,7 %) больных.



Рис. 3. Больная Г. через месяц после комбинированной пластики

Такие осложнения, как частичные некрозы, диастаз краев раны и нагноения корригировались с помощью простых хирургических манипуляций в виде наложения вторичных швов, дополнительной пластики местными тканями или кожными лоскутами после предварительной некрэктомии и местной противовоспалительной терапии.

Необходимо отметить, что у самой сложной в технической отношении группы больных раком кожи волосистой части головы количество осложнений было минимальным, даже в случаях обширного иссечения опухоли и перемещения значительных по величине кожных лоскутов.

В нашей работе основными критериями оценки эффективности использования комбинированной пластики в лечении злокачественных опухолей кожи являются результаты безрецидивной выживаемости.

Из наблюдаемых нами 35 больных было 5 (14,3 %) случаев возникновения местных рецидивов. Из 9 больных саркомой местные рецидивы возникли в 2 (22,2 %) случаях через 6 и 13 месяцев. И у 3 (14,3 %) из 21 больного плоскоклеточным раком кожи в сроки 7, 15 и 19 мес. (у двух с IV ст. и у одного с III ст. заболевания). У больных базальноклеточным раком местных рецидивов не отмечалось. Данный факт является свидетельством того, что применяемый нами метод не ухудшает результаты безрецидивной выживаемости. При операциях с применением данной методики отчетлива связь между распространенностью опухоли и возможностью ее рецидива.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комбинированная пластика наиболее приемлема ввиду относительной простоты и пригодности к замещению анатомически сложных, а также очень обширных дефектов кожных покровов, возникающих после иссечения распространенных опухолей волосистой части головы. Этот способ пластики применялся нами в случаях заведомой неудачи других пластических операций, при чрезвычайно значитель-

ных по площади поражениях кожи с инфильтрацией подлежащих тканей, то есть в случаях, составляющих технический предел возможного иссечения.

Полное приживление кожных лоскутов при комбинированной пластике возможно даже в случаях широкого иссечения опухоли с удалением подлежащей кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетов И. В., Чиссов В. И. Пластическая и реконструктивная хирургия микрохирургия в онкологии. — М., 2001. — 194 с.

2. Ioannides C., Fossion E., McGroutber A. D. // J. Cranio-Maxillofacial Surgery. — 1999. — Vol. 27, № 3. — P. 145—152.

3. Jackson I. T. // J. Craniomaxillofacial Surg. Aug. — 1996. — Vol. 24 (Suppl. 1). — P. 3.

4. Tolburst D. E., Carstens M. H., Greco R. J., et al. // Plastic Reconstr. Surg. — 2001. — Vol. 87, № 4. — P. 603—612.

Контактная информация

Дашкова Ирина Рудольфовна — к. м. н., врач-онколог Ростовского НИИ онкологии, e-mail: rniioi@list.ru

УДК 616-055.2: 615.838

КУРОРТНЫЕ ФАКТОРЫ САНАТОРИЯ «ТИНАКИ» В ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

М. А. Кузьмина, М. В. Ипатова, С. П. Синчихин, З. Т. Наврузова

Астраханская государственная медицинская академия

В статье представлены данные о эффективности и патогенетическом обосновании применения природных физических факторов (бальнео-, пелоидотерапии) санатория «Тинаки» в лечении женщин с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза.

Ключевые слова: бальнео-, пелоидотерапии, санаторий «Тинаки», гинекология.

HEALTH-RESOR FACTORS OF THE TINAKI REHABILITATION CENTRE IN THE TREATMENT OF GYNECOLOGIC PATIENTS

M. A. Kuzmina, M. V. Ipatova, S. P. Sinchikhin, Z. T. Navruzova

The paper present facts of effectiveness and pathogenetic substantiation of natural physical factors (sulfide-sludge mud and iodide-bromine waters) of the Tinaki Rehabilitation Center, in the treatment of women with chronic inflammatory diseases of small pelvis.

Key words: balneo-, mudtherapy, Tinaki Rehabilitation Center, gynecology.

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ХВЗОМТ) оказывают негативное влияние на репродуктивное здоровье и детородную функцию женщины, а потому эффективность их лечения относится к актуальной медико-социальной проблеме [2, 3]. Несмотря на успехи в диагностике и терапии воспалительных заболеваний внутренних гинекологических органов, их частота не имеет тенденции к снижению, а положительный эффект от лечения достигается лишь у половины больных [4]. Решение указанной проблемы осложняется высокой частотой встречаемости у этих пациенток экстрагенитальной патологии с вторичными полисистемными функциональными нарушениями, наличием сопутствующих доброкачественных гормонозависимых образований органов репродуктивной системы, а также полиморбидностью клинических проявлений с синдромом взаимного отягощения [3, 5]. Одним из перспективных направлений в лечении хронических воспалительных заболеваний половых органов

является санаторно-курортное лечение с применением бальнео-, пелоидотерапии. Данные виды лечения благоприятно влияют на различные звенья патогенеза заболевания при минимальном риске развития побочных эффектов и аллергических реакций [6].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Научно обосновать целесообразность применения сульфидно-иловых грязей и йодобромных вод у пациенток с ХВЗОМТ, поступающих в гинекологическое отделение санатория «Тинаки».

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В условиях гинекологического отделения Центра реабилитации «Тинаки» проведено обследование и лечение 108 женщин, имеющих ХВЗОМТ, осложненных синдромом тазовой боли. Следует отметить, что у 50 % пациенток длительность заболевания превышала более пяти лет.