

УДК 616.5-006:616.5-089.844

## ЭНДОЭКОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПТИМИЗАЦИИ ПРИЖИВЛЕНИЯ РАСЩЕПЛЕННОГО ЛОСКУТА У БОЛЬНЫХ С ОНКОПАТОЛОГИЕЙ

© 2007 г. С. Г. Зуев, \*Г. М. Медведев

Городская больница № 1, г. Вологда

\*Северный государственный медицинский университет,  
г. Архангельск

Устранение кожных дефектов у больных с онкопатологией представляет сложную проблему клинической медицины. Внедрение в практику микрохирургических методов кожной пластики значительно улучшает результаты лечения, однако не решает всех задач. Часто возникает необходимость выполнять комбинированные кожно-пластические операции и закрывать донорский участок полнослойным кожным лоскутом. Некрозы полнослойных лоскутов или нагноения послеоперационной раны при данных операциях являются достаточно грозными осложнениями. Как правило, формирующиеся кожные дефекты закрываются затем расщепленным лоскутом.

Значительной доле пациентов с онкопатологией противопоказано проведение сложных пластических операций по общему состоянию и возрасту. В этой ситуации закрытие раневого дефекта расщепленным лоскутом является единственно возможным методом оперативного лечения. Кроме того, применение расщепленного лоскута позволяет производить эксцизию опухоли в более широких границах. Некрозы части или всего расщепленного лоскута являются частым осложнением оперативного лечения у больных с онкопатологией [1]. Закрывая дефект кожи после эксцизии опухоли, хирург, как правило, имеет дело с чистой раной. Однако при анализе неудачных исходов операций в раневом отделяемом нередко обнаруживается патогенная микрофлора, в большинстве случаев протеино-стафилококковые ассоциации [4].

Оптимизация алгоритма диагностики и хирургического лечения дефектов кожи позволяет в значительной степени сократить количество данных осложнений. Важными компонентами подготовки раны к трансплантации расщепленного лоскута являются адекватная антибиотикотерапия, коррекция белкового и стероидного обмена. В комплексе с мероприятиями по улучшению местных факторов они играют большую роль в успешном лечении пациентов с онкопатологией [2].

Опухоль оказывает влияние на приживление расщепленного кожного лоскута опосредованно, через общие изменения в организме, проявляющиеся сдвигами биохимических показателей крови [3, 5]. Отмечается, что низкий уровень холестерина (нижняя граница нормы и ниже) и альбумин-глобулинового коэффициента (менее 1) в подавляющем большинстве случаев встречаются у больных с неудовлетворительным результатом оперативного лечения. При низком уровне холестерина больным назначали раствор преднизолона по 30–40 мг внутривенно капельно в течение двух дней до оперативного вмешательства в комплексе с другими препаратами, обладающими мембраностабилизирующими свойствами. С первого дня после операции назначали таблетки преднизолона по 10 мг 3 раза в день (суточная дозировка 30 мг) в течение 3–5 дней с последующим постепенным снижением дозировки [4].

В статье обсуждаются проблемы приживления расщепленного кожного лоскута у больных, имеющих дефекты после удаления опухолей кожи и мягких тканей, а также кожные дефекты другой этиологии в сочетании с сопутствующей онкопатологией. Поднимаются вопросы оптимизации местных условий приживления лоскута и коррекции общих изменений организма при опухолевых процессах. Определяется эффективность предложенной схемы лечения.  
**Ключевые слова:** расщепленный лоскут, приживление, опухоли кожи.

**Материал и методики**

С учетом комплекса местных факторов и общих изменений организма при онкопатологии появляется возможность уменьшить количество неудовлетворительных исходов оперативного лечения. Мы использовали собственную схему предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больного.

Низкий альбумин-глобулиновый коэффициент (А/Г) при нормальных показателях общего белка крови являлся показанием для предоперационного внутривенного капельного введения 400,0 мл 10 % раствора альбумина в течение 2 дней до операции и по 200,0 мл в течение 3–4 дней после нее.

Предложенная схема не предполагает кардинального изменения А/Г в сторону его увеличения. Нашей целью является увеличение, хотя и кратковременное, эффективной концентрации альбумина плазмы крови, что, в свою очередь, приводит к улучшению перфузии тканей и улучшению диффузного питания расщепленного лоскута.

Для того чтобы предотвратить осложнения, пациентам проводили курс антибиотикотерапии препаратами широкого спектра действия, начиная с предоперационного дня. Пересаженные в рану кожные лоскуты закрывали повязками с преднизолоновой или гидрокортизоновой мазью.

За период с 2001 по 2005 год на базе Вологодского онкологического диспансера было обследовано 333 пациента с дефектами кожи различной этиологии. В одну группу вошли 111 больных с опухолями кожи, которым было проведено хирургическое лечение. Из них группу сравнения составили 63 пациента, у которых кожный дефект закрывался без использования схемы оптимизации оперативного лечения. Основную группу представляли 48 больных, которым проводились предоперационная подготовка и послеоперационное ведение по предложенной схеме.

В другую группу вошли 104 больных с гранулирующими ранами, имеющих онкопатологию как сопутствующее заболевание. Нами был разработан клиничко-диагностический алгоритм действий в отношении данной группы пациентов. Из них 67 больных, лечившихся по традиционной методике, составили группу сравнения, 37 – основную, в которой использовался алгоритм.

Контрольную группу представляли 118 пациентов с гранулирующими ранами, не имеющих сопутствующих онкозаболеваний.

**Результаты исследования**

Принципиальная схема оптимизации хирургического лечения представлена на рисунке. Статистически достоверно выявлено, что применение этой схемы у больных с дефектами кожи после эксцизии опухоли эффективно. Удалось достоверно уменьшить долю неудовлетворительных результатов лечения с 41,8 до 11,9 % ( $p < 0,05$ ) и увеличить долю удовлетворительных с 58,2 до 88,0 % ( $p < 0,05$ ) (табл. 1).

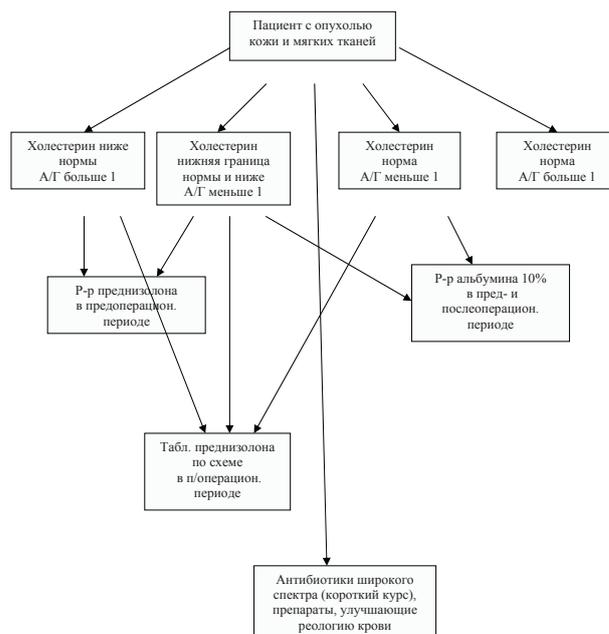


Схема оптимизации оперативного лечения

Таблица 1  
Эффективность схемы оптимизации хирургического лечения пациентов после иссечения опухоли кожи, абс. число / %

Группа	Неудовлетворит. исходы	Удовлетворит. исходы
Сравнения (n=63)	26/41,8	37/58,2
Основная (n=48)	6/11,9	42/88,0
Всего (n=111)	32/28,8	79/71,2

С целью выяснения достоверности полученных данных нами проведен анализ результатов обследования и лечения группы из 104 больных с гранулирующими ранами, имеющих онкопатологию как сопутствующее заболевание. Установлено, что основой успешного лечения этой группы пациентов является комплексный подход в диагностике и лечении. Учитывая результаты лабораторных, цитологических, гистологических методов исследования, мы пришли к выводу, что основным моментом в алгоритме лечения должна быть активная хирургическая тактика.

Как выяснилось, цитологическая картина мазков-отпечатков с поверхности раны не дает оснований рассчитывать на формирование полноценного грануляционного вала и ограничение воспалительного процесса. Рана представляет собой тусклую гипергранулирующую поверхность с обильным серозно-гнойным отделяемым. Раневой пейзаж представлен, как правило, вторым и третьим типом цитограммы по классификации М. Ф. Камаева (1992) и микстинфекцией с обильным ростом. В этой ситуации комплекс стандартных лечебных мероприятий оказывается неэффективным для приживления расщепленного кожного лоскута.

Для улучшения результатов лечения пациентов этой группы нами разработан клиничко-диагности-

ческий алгоритм действий в отношении больных с гранулирующими ранами, имеющих онкопатологию как сопутствующее заболевание.

Алгоритм предполагает следующее:

- 1) активная хирургическая тактика (раннее иссечение некрозов при ожогах, некротической форме рожистого воспаления и т. д.);
- 2) оценка динамики микробного пейзажа раны;
- 3) оценка биохимических показателей крови;
- 4) коррекция белкового состава крови (переливание раствора альбумина 10 % в предоперационном и раннем послеоперационном периоде);
- 5) рациональное использование гормональных препаратов (внутривенное введение раствора преднизолона в течение двух дней до операции по 30–40 мг два раза в день; в послеоперационном периоде по 30 мг в сутки *per os* с постепенным снижением дозировки);
- 6) обработка раневой поверхности растворами антисептиков с широким спектром антимикробного действия;
- 7) хирургическое удаление гипергрануляций перед трансплантацией лоскута;
- 8) адекватная антибактериальная терапия по чувствительности;
- 9) подавление чрезмерного разрастания грануляционной ткани раствором 10 % хлористого кальция.

При оценке результатов лечения статистически достоверно доказана целесообразность применения схемы оптимизации оперативного лечения у пациентов с гранулирующими ранами при наличии у них сопутствующей онкопатологии (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность схемы оптимизации хирургического лечения пациентов с гранулирующими ранами при наличии сопутствующей онкопатологии, абс. число / %

Группа	Неудовлетворит. исходы	Удовлетворит. исходы
Сравнения (n=67)	29/43,05	38/56,95
Основная (n=37)	6/15,0	31/85,0
Всего (n=104)	35/33,6	69/66,3

Доля неудовлетворительных результатов достоверно уменьшилась с 43,05 до 15,0 % ( $p < 0,05$ ), доля удовлетворительных увеличилась с 56,95 до 85,0 % ( $p < 0,05$ ). Доля удовлетворительных результатов в контрольной группе составила 94,0 %.

#### Контактная информация:

Зуев Сергей Геннадьевич — врач-хирург МУЗ “Вологодская городская больница № 1”

Адрес: 160000, г. Вологда, пр. Советский, д.63

Тел. (8172), 75-00-87; e-mail: [O-Zueva@yandex.ru](mailto:O-Zueva@yandex.ru)

#### Выводы

1. Наличие онкологической патологии отрицательно влияет на результаты приживления расщепленного кожного лоскута, снижая долю удовлетворительных исходов оперативного лечения до 56,9 % по сравнению с контрольной группой — 94,0 %.

2. Применение схемы оптимизации хирургического лечения у больных с дефектами кожи после экцизии опухоли достоверно уменьшает количество неудовлетворительных результатов лечения с 41,8 до 11,9 % ( $p < 0,05$ ).

3. Доказана целесообразность применения схемы оптимизации оперативного лечения и у пациентов с гранулирующими ранами при наличии сопутствующей онкопатологии. Доля неудовлетворительных результатов составила 15,0 % вместо 43,05 ( $p < 0,05$ ).

#### Список литературы

1. Азизян Р. И. Выбор оптимального варианта пластики при опухолях головы и шеи / Р. И. Азизян // Вопросы онкологии. — 1998. — № 5. — С. 614–618.

2. Акимов М. А. Современное состояние химио- и гормонотерапии диссеминированной злокачественной меланомы кожи / М. А. Акимов // Там же. — 1999. — № 4. — С. 341–350.

3. Данилова А. Б. Нарушение системы свертывания крови у онкобольных / А. Б. Данилова // Там же. — 1998. — № 1. — С. 12–19.

4. Закудряева И. Г. Факторы, влияющие на приживление свободного кожного лоскута после интенсивной предоперационной лучевой терапии локальной меланомы кожи / И. Г. Закудряева, Г. Т. Кудрявцева // Российский онкологический журнал. — 2004. — № 4. — С. 35–38.

5. Кологривова Е. Н. Аутоиммунные реакции у больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций / Е. Н. Кологривова, Н. В. Иванова // Вопросы онкологии. — 2000. — № 1. — С. 61–64.

#### ENDOECOLOGICAL ASPECTS OF OPTIMIZATION OF BIFID GRAFT RETENTION IN PATIENTS WITH ONCOLOGIC PATHOLOGY

S. G. Zuev, \*G. M. Medvedev

Vologda City Hospital № 1, Vologda

\*Northern State Medical University, Arkhangelsk

In the article, there have been discussed the problems of skin bifid graft retention in patients with defects after skin tumors and soft tissues removal, as well as skin defects of other etiology associated with concomitant oncologic pathology. The issues of optimization of local conditions for graft retention and correction of general changes in an organism during tumor processes have been put. Effectiveness of the proposed treatment scheme has been detected.

**Key words:** bifid graft, retention, skin tumors.

Статья поступила 13.09.2006 г.