

легче ротировать и меньше перегибать ее. В ходе диссекции основания ножки разделялась и резецировалась наморщивающая мышца с сохранением всех основных питающих сосудов, чтобы лучше пропустить ножку лоскута. Далее, подкожно в области надпереносья, от основания ножки лобного лоскута к дефекту на коже носа, формировался тоннель. На участке лобного лоскута, который располагался подкожно, удаляли эпидермис, кожную лопасть истончали, чтобы она лучше соответствовала толщине кожи в зоне дефекта. Лобный лоскут ротировали и через тоннель проводили в зону дефекта на носу, следя за тем, чтобы только дезэпидермизированный участок лоскута находился в подкожном тоннеле. Перемещенный лобный лоскут вшивали в зону дефекта носа. Таким образом, вставочный лоскут переводился в островковый лоскут, что устраняло необходимость разделения ножки вторым этапом.

Результаты. С сентября 2006 по август 2008 года по данной методике было выполнено 32 операции. В 19 случаях диагностирован базальноклеточный рак. Плоскоклеточный рак выявлен у 11 больных. У 2 больных отмечались поздние лучевые повреждения кожи носа. III стадия рака кожи носа отмечена у 16 пациентов, IV стадия – у 10, рецидивный рак – у 6 пациентов. Отмечено два осложнения в раннем послеоперационном периоде в виде краевого некроза дистального участка лоскута, в одном случае нагноение послеоперационной раны. Причиной некротических изменений при этом

способе пластики является нарушение трофики лоскута вследствие послеоперационного отека окружающих тканей, его поворота, транспозиции и сдавления сосудов. При этом во всех случаях частичного некроза лоскута раны зажили без дополнительных хирургических вмешательств. Заживление ран при краевом некрозе удлинялось до 20-25 сут. На функциональные и косметические результаты эти осложнения существенно не повлияли. После операции выявлено 2 рецидива – через 12 мес и 1,5 года у больных с рецидивирующим плоскоклеточным раком кожи. Необходимо отметить, что срединная модель лобного лоскута дает большую длину лоскута, чем парамедиальная, что является важной деталью для пациентов с низкой передней границей роста волос или наличием дефекта хрящевого комплекса и слизистой носа, результирующий рубец расположен в центре лба и менее заметен, не вызывает подъема брови с одной стороны.

Выводы. Реконструкция носа по данной методике позволяет произвести радикальное удаление опухоли кожи носа и восстановить обширный дефект поверхности всего носа одним лоскутом за один этап операции, не требует длительного пред- и послеоперационного ухода, позволяет полностью восстановить анатомическую форму носа и, следовательно, улучшить эстетический результат реконструктивно-пластических операций, повысить качество жизни и социальную реабилитацию онкологических больных.

КОЖНО-ФАСЦИАЛЬНЫЕ ЛОСКУТЫ НА ПЕРФОРАНТНЫХ СОСУДАХ - ВАРИАНТ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ КОНЕЧНОСТЕЙ

А.Н. ИРХИНА, И.Р. ДАШКОВА

*ФГУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт Росмедтехнологий»,
г. Ростов-на-Дону*

Актуальность. В связи с повышенным риском сосудистых осложнений при микрохирургической пересадке комплексов тканей в области конечностей особое внимание пластические

хирурги в последнее время обращают на варианты несвободной пересадки тканей. Важное значение в пластической хирургии конечностей имеют кожно-фасциальные лоскуты на широком

основании, преимуществом которых перед лоскутами с осевым кровообращением является возможность мобилизации их практически в любой области тела со значительно меньшими ограничениями в отношении размеров и формы. Это объясняется интенсивностью кровообращения и относительно высокой концентрацией микрососудов в лоскуте глубокой фасции. По этим причинам из всех сложных кожных лоскутов именно кожно-фасциальные комплексы тканей нашли наибольшее применение.

Цель исследования. Разработать оригинальный способ пластического закрытия послеоперационного дефекта кожи и мягких тканей конечности скользящими кожно-фасциальными лоскутами на перфорантных сосудах, способствующий более легкому закрытию дефекта мягких тканей и надежному заживлению раны после радикального иссечения опухоли.

Материал и методы. В основу исследования положены результаты клинических наблюдений 28 больных злокачественными новообразованиями кожи конечностей по разработанной нами методике, включающей пластику послеоперационного дефекта встречными кожно-фасциальными лоскутами на перфорантных сосудах, находившихся на лечении в Ростовском научно-исследовательском институте в период с 2005 по 2008 г. В основе разработанного метода лежит особенность кровоснабжения кожи перфорантными сосудами, что позволяет формировать кожно-фасциальные и кожно-жировые лоскуты с неопределенным типом кровоснабжения. Пластика обширного дефекта конечностей кожно-фасциальными лоскутами, выполнялась следующим образом. В предоперационном периоде, после предварительной разметки, ультразвуковым сканером выполнялся поиск перфорантных сосудов заинтересованной зоны, производилась маркировка выявленных сосудов на коже. В дальнейшем производилась коррекция разметки лоскутов с учетом расположения перфорантных сосудов. Производили широкое иссечение патологического очага с подлежащими тканями, осуществляли тщательный гемостаз, дистальную и проксимальную выкраивали фигурные кожные лоскуты, согласно разметке, просекали жировую клетчатку, фасцию, тупым методом отделяли кожно-фасциальные лоскуты от подлежащей мышцы, с сохранением целостности перфорантных сосудов. Лоскуты смещали

в реципиентную зону, сшивали одиночными швами между собой. Края донорской раны мобилизовывали, лоскуты вшивали одиночными швами в образовавшийся раневой дефект.

Результаты. Наиболее частым осложнением являлась преходящая ишемия – 3 (10,7 %) одного из встречных лоскутов и краевой некроз – 1 (3,6 %), чаще дистального. Ишемия лоскутов и частичные некрозы послеоперационных ран не оказали существенного влияния на окончательный функциональный и косметический результат пластики, незначительно удлинив лишь сроки заживления послеоперационных ран. Таким образом, поставленную задачу удалось решить в 85,7 % случаев. В группе больных, оперированных по данной методике, не отмечалось расхождения краев раны после снятия швов, некроза лоскутов. Основными критериями оценки эффективности метода пластики кожно-фасциальными лоскутами на перфорантных сосудах в лечении злокачественных опухолей кожи и отдаленных лучевых осложнений являются результаты безрецидивной выживаемости. Из наблюдаемых нами 11 больных первичной меланомой кожи в течение 2 лет не было случаев возникновения местных рецидивов. Среди первичных больных раком кожи 17 человек, отлеченных хирургическим, комбинированным и комплексным методами, с применением различных видов реконструктивных операций также не возникло местных рецидивов. Данный факт является свидетельством того, что применяемый нами метод не ухудшает результаты безрецидивной выживаемости.

Выводы. Сущность разработанного способа хирургического лечения опухолей кожи и последствий лучевой терапии опухолей кожи конечностей состоит в пластическом восполнении послеоперационных дефектов, используя комплекс близлежащих тканей, с учетом особенностей ангиоархитектоники кожи донорской зоны. Лоскуты, васкуляризированные перфорантными сосудами, обладают высокой жизнеспособностью и надежностью, идентичны по цвету и текстуре кожи реципиентной зоны. Непосредственная близость к воспринимающей зоне способствует минимальной деформации донорской области. Данный метод способствует повышению радикальности хирургического вмешательства, существенно улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения.