

ство жизни излеченных больных. Реконструкция резецируемых тканей с использованием широкого спектра пластического материала является важным

компонентом в лечении и реабилитации данной категории больных.

МЕТОДЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ТКАНЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Д.К. Стельмах, В.Ж. Бржезовский, М.А. Кропотов, И.Н. Пустынский,
Т.А. Акетова, М.Б. Пак, А.В. Епихина.

ФБГУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» РАМН, г. Москва

Цель исследования – определить наиболее оптимальные виды восстановления дефектов тканей после удаления злокачественных опухолей кожи головы и шеи.

В отделении опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с диагнозом рак кожи за период с 2005 по 2010 г. находилось на стационарном лечении 64 пациента, из них женщин – 37 (56%), мужчин – 30 (44%). Большинство больных находились в возрастной группе старше 60 лет – 47 (70%). Распределение по морфологической структуре опухолей: базально-клеточный рак – 44, плоскоклеточный рак – 20, метатипический – 3, рак из придатков кожи – 1 случай. Первичный рак кожи диагностирован у 37 (58%) пациентов ($T_1N_0M_0$ – 14, $T_2N_0M_0$ – 16, $T_3N_0M_0$ – 2, $T_4N_0M_0$ – 5), рецидивы заболевания – у 30 (42%) больных, в том числе ограниченные рецидивы (опухоли, соответствующие T_1 - T_2) – у 21, распространенные рецидивы (местнораспространенные опухоли, соответствующие T_3 - T_4) – у 9 пациентов. Локализация опухолей: волосистая часть головы – 20, нос – 15, щеки – 14, верхняя и нижняя губы – 5, ушная раковина – 3, шея – 2, множественные опухоли – 8, веки – 5 наблюдений.

Всем пациентам выполнено хирургическое лечение в различных объемах в зависимости от распространенности опухолевого процесса (от удаления опухоли до комбинированных операций с резекцией подлежащих костных структур). По поводу региональных метастазов 4 больным произведена шейная диссекция в различных объемах, 3 – фасциально-футлярных иссечения клетчатки шеи, 1 – операция Крайля). После иссечения опухоли больные нуждаются в возмещении об-

разовавшихся дефектов. Использовались следующие варианты пластики: местными тканями (в том числе встречными треугольниками) – 16, кожно-жировым лоскутом – 27, кожно-мышечным лоскутом – 4, свободным расщепленным кожным лоскутом – 9, комбинированная пластика – 5, пластика свободным лоскутом на микрососудистых анастомозах – 3, экзопротезирование – 3 операции. В послеоперационном периоде у 4 (5%) больных отмечались краевые некрозы лоскута, полных некрозов не было.

При ограниченных размерах опухоли (T_1 - T_2 , ограниченные рецидивы) пластика дефектов проводилась в основном местными тканями, чаще всего использовались встречные треугольники. При более распространенных процессах размером >4 см применялись кожно-жировые и кожно-мышечные лоскуты. Особенно выгоден для закрытия обширных дефектов шеи кожно-мышечный лоскут с включением большой грудной мышцы. При локализации рака на волосистой части головы оптимальным является использование свободного расщепленного кожного лоскута, при больших дефектах возможна комбинированная пластика с использованием нескольких различных лоскутов. Пластика ревазуляризированным лоскутом на микрососудистых анастомозах применялась при обширных дефектах, с поражением костей черепа. При этом использовались лучевые и торакодorzальные лоскуты. Экзопротезирование выполнялось при обширных дефектах назоорбитального комплекса (резекция наружного носа с экзентерацией глазницы).

Таким образом, во всех случаях хирургического лечения рака кожи необходимо выполнение пер-

вичного замещения дефекта тканей. Вид пластики зависит от локализации и распространенности опухолевого процесса. Современные методы замеще-

ния дефектов тканей позволяют добиться высоких функциональных и косметических результатов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

П.В. Светицкий

Отделение опухолей головы и шеи ФГБУ РНИОИ МЗ и СР РФ, г. Ростов-на-Дону.

Ростовская область находится на Юге России, территория области представлена в основном степью, лишь на северной границе имеются леса. Климат умеренно континентальный с сильными пылевыми и морозными ветрами. Лето жаркое, зима малоснежная. Население области – 4283000 человек, онкологическая помощь осуществляется в 6 медицинских учреждениях: РНИОИ, Ростовском областном, Новочеркасском, Таганрогском, Шахтинским и Волгодонском онкодиспансерах.

Заболеваемость злокачественными опухолями кожи (ЗОК) растет и за 40 лет увеличилась на 16,6 пункта, составляя в 1970 г. – 41,1 ‰, в 1980 г. – 48,2 ‰, в 1990 г. – 48,2 ‰, в 2000 г. – 53,8 ‰, в 2009 г. – 56,6 ‰. Чаще болеют женщины – 57,6 %, тогда как мужчины – 42,4 %, преимущественно в возрасте 70 и более лет.

В структуре заболеваемости до 1995 г. ЗОК занимали первое или второе места, чередуясь с раком желудка и легких, но затем ЗОК стабильно заняли

первое место. По стадиям удельный вес впервые выявленных больных с 1986 по 2009 г. с I–II ст. составлял 92,5–96,8 %, с III–IV ст. – 2,1–7,5 %. В 2010 г. впервые заболело 2403 человек. Из них меланомой – 282. Запущенных случаев – 79 (3,7 %), при меланоме – 32 (11,3 %). Причина запущенности заключалась в несвоевременном обращении – 54 или отказе от предложенного лечения – 6 больных, всего – 60 (2,8 %).

Морфологическое подтверждение диагноза получено в 97,7–99,9 %. Специальное лечение проведено 91,6–94,0 % больных. Одногодичная летальность при ЗОК: в 1985 г. – 0,8 %, в 1990 г. – 0,95, в 1995 г. – 1,5 %, в 2000 г. – 1,7 %, в 2005 г. – 1,7 %, в 2009 г. – 2,2 %. Удельный вес больных, проживших 5 лет и более с момента установления диагноза: в 1970 г. – 43,2 %, в 1980 г. – 54,9 %, в 1990 г. – 59,2 %, в 2000 г. – 52,6 %, в 2009 г. – 52,6 %.