

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ И РАБОТЫ ЦЕНТРА РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ НА БАЗЕ ОКРУЖНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Ю.С. Васильев
УГМАДО, г. Челябинск

**Обобщен 10-летний опыт выполнения реконструктивных операций у 863 онкологических больных, получавших лечение в Челябинском областном онкологическом диспансере. На основании проведенного анализа авторы делают вывод о том, что организация службы реконструктивной хирургии на базе областного онкологического диспансера не требует выделения обособленного ко-
ечного фонда.**

*Ключевые слова: злокачественные новообразования, реконструктивной пла-
стические операции, опухолевый процесс.*

Введение. Среди всех медицинских и социальных проблем злокачественные новообразования занимают одно из ведущих мест. Это обусловлено целым рядом причин, среди которых особенно выделяются высокие показатели заболеваемости и смертности, поздняя обращаемость больных за лечением, частая инвалидизация и другие [2, 5]. Для решения вопросов реабилитации пациентов, перенесших калечащие операции, в настоящее время успешно применяются методы пластической хирургии, ставшей неотъемлемой частью лечения онкологических больных во многих лечебных учреждениях Российской Федерации [3, 6]. Однако взгляды на алгоритмы выбора метода пластики и на организацию работы службы реконструктивной хирургии на базе онкологического диспансера различаются, что прежде всего обусловлено длительным отсутствием в нашей стране данной специальности как отдельной области медицины [4].

Важным событием, внесшим существенные перемены в сложившуюся систему оказания квалифицированной медицинской помощи, явилось официальное признание в России специальности «пластическая хирургия» (Приказ Минздравсоцразвития РФ № 210н от 23 апреля 2009 г.). Благодаря этому нововведению, пластический хирург на законном основании может быть включен в традиционно сложившийся состав специалистов, участвующих в планировании и реализации программы комплексного лечения онкологических больных. Таким образом, в настоящее время назрела необходимость отработки не только технических и тактических, но и организационных аспектов деятельности службы реконструктивной пластической хирургии в структуре окружного онкологического диспансера [1].

Цель исследования. Повышение качества оказания специализированной помощи больным со злокачественными новообразованиями различных

локализаций за счет оптимизации тактических и технических аспектов выполнения реконструктивно-пластических операций и разработки организационной модели специализированной службы пластической реконструктивной хирургии на базе окружного онкологического диспансера.

Материалы и методы. В исследование включено 863 больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций, получавших лечение на базе Челябинского окружного клинического онкологического диспансера с 1998 по 2007 год. В исследуемую группу было включено 513 пациентов, которым в процессе комбинированного или комплексного лечения выполнялись реконструктивно-пластические операции с использованием более современных методик пластической хирургии, ранее в диспансере не применявшиеся. Для обоснования преимуществ внедряемых методик и оптимизации тактики выбора метода пластики в зависимости от локализации и гистологической принадлежности опухоли нами было отобрано 350 больных, у которых для закрытия дефектов использовались устаревшие методики либо пластика вообще не выполнялась по причине запущенности опухолевого процесса или отказа больных от оперативного лечения.

Наибольшее количество больных (516 или 59,8 %), включенных в исследование, было пролечено по поводу ЗНО области ГиШ, из них по поводу ЗНО слизистых оболочек органов орофарингеальной зоны – 189 (36,6 %) человек, по поводу местнораспространенных опухолей средней зоны лица с вовлечением орбиты – 41 (8,0 %) человек. По поводу рака молочной железы было оперировано 185 пациенток, находившихся в возрастном интервале от 22 до 60 лет при среднем значении 43 года. Одномоментные вмешательства были выполнены у 135 (73 %) больных, отсроченные – у 50 (27 %). Значительную долю в нашем исследовании составили пациенты с местнораспространенными

ЗНО области туловища, которых было 114 (13 %). В исследуемую группу было включено 44 больных, из них с саркомами кожи и мягких тканей – 19, с раком молочной железы – 18, с метастатическим поражением подмышечного лимфатического коллектора – 9. В качестве группы сравнения нами были отобраны больные с обширными дефектами области туловища, которым раны ушивались без применения методик пластической хирургии ($n = 50$) либо для закрытия дефектов использовались кожные трансплантаты ($n = 20$). По поводу ЗНО покровных тканей конечностей было оперировано 48 больных. В исследуемую группу было включено 28 пациентов, которым производилось закрытие дефектов за счет использования современных методик пластической хирургии, таких как лоскуты на сосудистой ножке и свободные реваскуляризируемые лоскуты. Группа сравнения была сформирована из 20 больных, у которых для закрытия дефектов использовались традиционные методики пластики.

Статистическая обработка материалов осуществлялась на персональном компьютере с использованием программы SPSS 13.0. При сравнении групп больных по количественным признакам использовался критерий Стьюдента. Сравнение качественных признаков проводилось с помощью таблиц сопряженности (хи-квадрат по методу Пирсона с поправкой Йетса). Если ожидаемые значения после составления таблиц сопряженности при сопоставлении качественных признаков не превышали 5, то их сравнение проводилось с помощью точного критерия Фишера попарно.

При обработке динамических рядов (оценка динамики прироста количества оперированных больных за 10 лет) мы применяли регрессионный анализ с расчетом общего прироста и среднегодового темпа прироста. Абсолютный прирост оценивался по значениям показателя, соответствующего выровненному динамическому ряду, в первый и последний годы исследуемого периода. Выравнивание динамических рядов производилось по методу наименьших квадратов.

Для оценки достоверности выявленных тенденций рассчитывался критерий Стьюдента (t) для динамического ряда, который равен частному коэффициенту наклона уравнения линейной регрессии (b) и его стандартной ошибке (sb). За нулевую гипотезу принималась возможность значения коэффициента наклона равным нулю. Вероятность наступления нулевой гипотезы определялась по таблице критических значений t . Достоверными считались тренды при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Всего было выполнено 730 пластических операций. Для закрытия дефектов наиболее часто использовали локальные лоскуты – в 295 (40 %) случаях. Лоскуты на ножке применялись в 150 (21 %) случаях. Свободные реваскуляризируемые лоскуты были использованы у 181 (25 %) пациентов, кожные трансплантаты –

в 104 (14 %) случаях. Некротические осложнения были отмечены в 54 (7,4 %) случаях, из них частичные некрозы встречались 39 (5,3 %), а полные некрозы – в 15 (2,1 %) случаях. На основании сравнительного анализа результатов выполненных операций по каждой локализации были разработаны алгоритмы выбора метода пластики, позволяющие снизить количество осложнений и улучшить косметические и функциональные результаты вмешательств.

Таким образом, наш опыт использования методик пластической хирургии красноречиво свидетельствует о высокой востребованности данных операций у больных со злокачественными новообразованиями различных локализаций. Вместе с тем внедрение любой технологии в практическую деятельность лечебно-профилактического учреждения должно не только быть обосновано с точки зрения клинического эффекта, но и опираться на расчеты экономического характера, которые в первую очередь зависят от наличия необходимого количества разнообразных ресурсов.

Челябинский окружной клинический онкологический диспансер является крупным многопрофильным лечебно-профилактическим учреждением, в котором оказывается весь спектр специальных методов лечения больным со злокачественными новообразованиями. Хирургическая служба ЧОКОД рассчитана на 330 коек. В состав хирургической службы ЧОКОД входят 9 отделений, многие из которых можно считать уникальными (отделения онкоурологии, офтальмоонкологии, амбулаторной онкологии). В период становления службы пластической хирургии нами также рассматривался вопрос о целесообразности создания обособленного отделения. Однако, как показал последующий опыт, организация подобной службы на базе областного онкологического диспансера может быть осуществлена и другим путем.

Традиционный подход, практикуемый в отечественном здравоохранении, предусматривает создание отделения с определенным коечным фондом и соответствующим штатным расписанием. Практическим воплощением такого организационного решения являются отделения реконструктивной и пластической хирургии, созданные на базе некоторых научно-исследовательских онкологических институтов. Положительной стороной такого организационного решения является возможность концентрации квалифицированного коллектива пластических хирургов и обслуживающего персонала в условиях одного отделения, что создает удобства в проведении реконструктивно-пластического этапа лечения. Однако обсуждаемый подход имеет ряд существенных недостатков.

Во-первых, создание дополнительного отделения в уже сформированной структуре онкологической службы потребует дополнительного государственного финансирования, что с учетом экономических трудностей может стать неразрешимой

проблемой. Во-вторых, создание специализированного отделения пластической хирургии на базе многопрофильного онкологического диспансера нецелесообразно с производственной точки зрения. Исходя из сформулированной нами концепции единства лечебно-реабилитационного комплекса в лечении онкологического больного, главной задачей комплексной программы помощи является максимальная надежность избавления пациента от основного заболевания. Восстановительная пластическая операция выполняет вполне конкретные задачи, помогая закрыть послеоперационный дефект, образовавшийся в результате радикального лечения опухоли, и она никоим образом не способствует уничтожению злокачественной опухоли. Поэтому главным условием организации и проведения пластических операций в онкологии является то, что восстановительный хирургический этап не должен нарушать программу радикального лечения рака.

Перевод больного в отделение пластической хирургии неизбежно отрывает его от профильного отделения, тем самым создавая дополнительные трудности реализации комплексной программы радикального лечения. Гораздо более целесообразным следует признать организацию работы, при которой больной, требующий восстановительного хирургического лечения, закрепляется за профильным отделением и все необходимое дополнительное мероприятия осуществляются на базе этого же отделения.

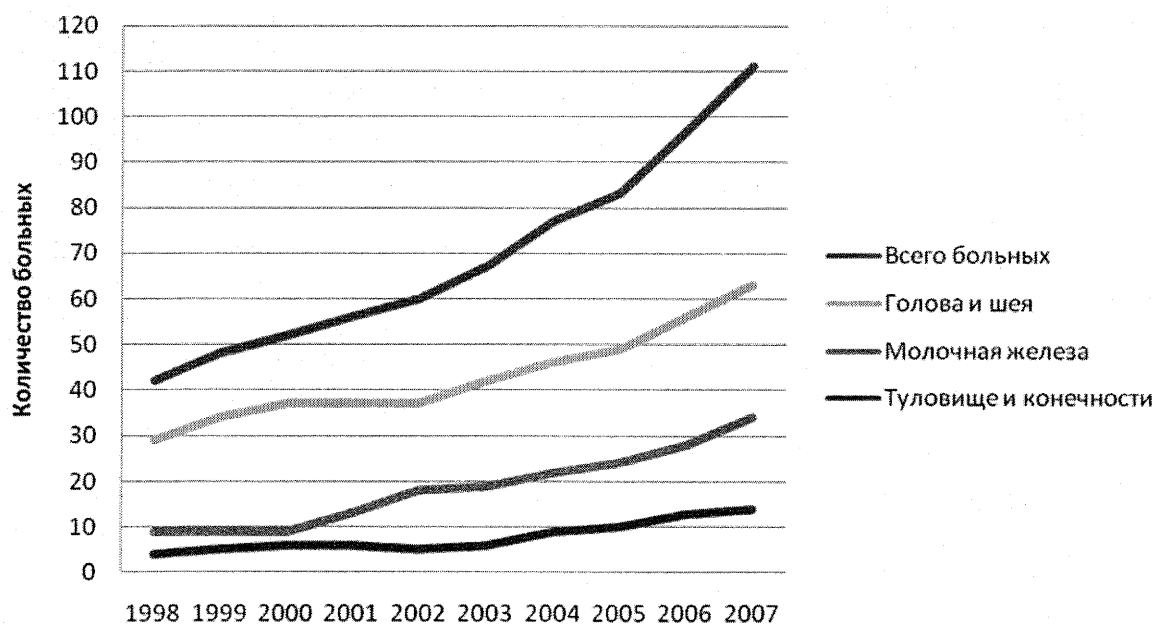
Учитывая всё вышесказанное, в нашем учреждении служба реконструктивной пластической хирургии была организована в виде группы из трех врачей-хирургов, каждый из которых имеет рабочее место в одном из трех специализирован-

ных хирургических отделений: патологии головы и шеи, маммарном и общехирургическом. Для проведения реконструктивных пластических операций была выделена отдельная специализированная операционная и создана бригада, состоящая из подготовленного медперсонала.

Больной, нуждающийся в реконструктивно-пластической операции, поступает для ее проведения в специализированную операционную. При проведении одномоментных реконструктивных операций в работе принимает участие хирургическая бригада профильного отделения. После окончания операции больной переводится на свое место в специализированное профильное отделение. Послеоперационное лечение и наблюдение осуществляет пластический хирург из группы пластической хирургии и лечащий врач онколог отделения.

Отсутствие необходимости в создании обособленного отделения пластической хирургии был подтвержден нами и при динамическом анализе распределения количества оперированных больных в зависимости от локализации опухолевого процесса (принадлежности к тому или иному профильному отделению) за исследуемый период времени (см. рисунок).

Как видно из представленной диаграммы, потребность в реконструктивных операциях при опухолях различных локализаций отличается. Данное обстоятельство является одним из важных моментов при планировании нагрузки на оперирующих хирургов и распределении ресурсов операционного блока. Помимо этого, имеется отчетливая тенденция к увеличению количества оперированных больных, что также должно приниматься во внимание при планировании объемов оказания высокоспециализированной помощи на базе областного



Количество оперированных больных в зависимости от локализации опухолевого процесса с 1998 по 2007 гг.

онкологического диспансера. Общее количество оперированных больных возросло с 48 в 1998 году до 111 в 2007 году, что составляет 230 % ($p < 0,001$). Несмотря на столь внушительные темпы прироста, общее количество больных недостаточно для создания самостоятельного отделения. Мы считаем, что выполнение реконструктивных операций на базе областного онкологического диспансера может быть организовано и без существования обособленного коечного фонда.

В плане практического осуществления интеграции онкологии и пластической хирургии на базе окружного онкологического диспансера мы предлагаем следующие организационные решения:

1. Вопрос об организации и проведении каждой конкретной восстановительной операции решается руководителем группы пластической хирургии совместно с заведующим профильным отделением и окончательно утверждается на врачебной конференции.

2. Все участники группы пластической хирургии по штатному расписанию относятся к различным структурным подразделениям диспансера и выполняют возложенные на них дополнительные обязанности по проведению восстановительного хирургического лечения, согласуя их с общим режимом работы.

3. При проведении одномоментных реконструктивных операций онкологический этап выполняется врачебной хирургической бригадой профильного отделения.

4. Лечение больного после одномоментной реконструктивной операции осуществляет хирург-онколог профильного отделения и пластический хирург из состава группы пластической хирургии.

5. Послеоперационное лечение указанного больного осуществляется на койке профильного отделения.

6. Заведующий профильным отделением организует замещение исполнения функциональных обязанностей врача на период его участия в реконструктивной операции.

Литература

1. Васильев, С.А. Пластическая хирургия в онкологии / С.А. Васильев. – Челябинск: Изд-во ЧГМА, 2002. – 262 с.
2. Давыдов, М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2009. – Т. 20. – № 3 (77). – прил. 1. – 158 с.
3. Неробеев, А.И. Пластическая и реконструктивная хирургия. Понятие, задачи, достижения, нерешенные вопросы / под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотникова. – М.: Медицина, 1997. – С. 4–9.
4. Пишенисов, К.П. Национальные и международные параллели в будущем пластической хирургии / К.П. Пишенисов // Эстетическая медицина. – 2007. – Т. VI, № 3. – С. 375–382.
5. Реорганизация онкологической службы Челябинской области в рамках развития концепции окружного онкологического диспансера / А.В. Важенкин, А.С. Доможирова, В.А. Шепелев и др. // VII съезд онкологов России. Научно-практическая конференция с международным участием: сб. материалов. – Т. I. – М., 2009. – С. 14–15.
6. Решетов, И.В. Пластическая и реконструктивная хирургия в онкологии / И.В. Решетов, В.И. Чиссов. – М.: ООО РИФ. – 2001. – 200 с.

Поступила в редакцию 10 февраля 2010 г.