
ОПЫТ РАБОТЫ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

УДК: 616.5-006.04+616-006.3]-089.844

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНОЙ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

И.Р. Аглуллин, И.Р. Сафин

*Республиканский клинический онкологический диспансер
Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань
Приволжский филиал РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, г. Казань
420000, г. Казань, ул. Сибирский тракт, 28, e-mail: safin74@bk.ru*

Представлены результаты лечения 131 больного с местнораспространенными формами злокачественных опухолей кожи и мягких тканей. Из них радикальные операции с одномоментной пластикой дефектов покровных тканей кожно-мышечным лоскутом выполнены 83 пациентам. Использование васкуляризованных трансплантатов позволило снизить частоту послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные косметические и функциональные результаты без ущерба для радикальности хирургического вмешательства.

Ключевые слова: злокачественные опухоли кожи и мягких тканей, реконструктивно-пластические операции.

ONE-STAGE RECONSTRUCTION OF SKIN AND SOFT TISSUE DEFECTS IN CANCER TREATMENT

*I.R. Agullin, I.R. Safin
Republican Clinical Cancer Center, Kazan, Republic of Tatarstan
Privolzhsky Affiliation of N.N. Blokhin RCRC RAMS, Kazan
28, Sibirskiy Tract Street, Kazan-420029, Russia, e-mail: safin74@bk.ru*

Treatment outcomes for 131 patients with locally advanced skin/soft tissue cancer have been presented. Eighty three patients underwent radical surgery with one-stage reconstruction of skin/soft tissue defects by musculocutaneous flap. The use of vascularized grafts allowed the frequency of postoperative complications to be reduced and long-term cosmetic and functional results to be improved.

Key words: skin and soft tissue cancer, reconstructive-plastic surgery.

Высокий удельный вес больных со злокачественной патологией кожи и мягких тканей в общей структуре онкологической патологии демонстрирует серьезность этой проблемы. В 2007 г. в России из 475432 больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования на опухоли кожи и мягких тканей пришлось 67070 (13,6 %) случаев [2]. Заболеваемость злокачественными опухолями кожи и мягких тканей не имеет тенденции к снижению. Более того, несмотря на то, что эта патология относится к «опухолям визуальной локализации», большую часть составляют пациенты с местнораспространенными (T_3 - T_4) формами заболевания [5].

Лечение этой категории больных представляет собой крайне сложную задачу, при этом наиболее эффективным методом является комбинированное лечение, хирургический компонент которого заключается в широком иссечении опухоли [4], что, к сожалению, приводит к образованию выраженного анатомического и функционального дефекта тканей [1, 7, 8]. Благодаря успехам в лечении злокачественных опухолей кожи и мягких тканей (ОКМТ) увеличилась продолжительность жизни этих пациентов, а также существенно возрастает возможность их полной социальной и трудовой реабилитации. С учетом современных достижений клинической онкологии выполнение

радикальных операций, носящих калечащий характер с образованием обширных дефектов на месте удаления опухоли, теряет целесообразность и не может удовлетворить как больного, так и общество. В связи с этим органосохраняющее и функционально-сберегающее лечение ОКМТ становится приоритетным научным и практическим направлением [3, 4, 6].

В РКОД МЗ РТ в период с 1996 по 2010 г. пролечен 131 пациент со злокачественными новообразованиями кожи и мягких тканей различной локализации (табл. 1). В проведенный анализ были включены случаи первичного плоскоклеточного или базальноклеточного рака кожи T₃-T₄ стадии и локальные рецидивы заболевания, а также первичные и рецидивные саркомы мягких тканей, соответствующие стадии T_{2a}-T_{2b}. Все пациенты получали предоперационную лучевую терапию на очаг в режиме классического фракционирования, СОД 40–44 Гр. В зависимости от метода реконструкции образовавшегося после удаления опухоли или в результате проведенного комбинированного лечения дефекта покровных тканей больные были распределены на следующие группы:

- первая группа состояла из 48 больных, которым была выполнена пластика дефекта свободным кожным лоскутом;

- вторую группу составили 83 пациента, которым была выполнена пластика дефекта перемещенными васкуляризированными лоскутами (кожно-мышечным, кожно-фасциальными).

Адекватный контроль жизнеспособности трансплантата является основной задачей как на этапе оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде. В отличие от традиционных способов оценки кровоснабжения при формировании трансплантата мы предлага-

ем использовать методику оксифлоуметрии, которая заключается в том, что после выделения лоскута к нему с наружной и внутренней сторон подводят оптопары с открытыми оптическими каналами в инфракрасном, красном и синем спектральных диапазонах. По соотношению уровней сигналов красного и инфракрасного диапазонов судят об оксигенации трансплантата, а по соотношению уровней сигналов синего и инфракрасного диапазонов – о сатурации ткани трансплантата CO₂. При снижении уровня оксигенации, при условии монотонного увеличения степени сатурации CO₂, принимают решение о жизнеспособности лоскута и, при необходимости, об изменении хирургической тактики.

При использовании кожно-мышечной пластики степень сатурации трансплантата методом оксифлоуметрии оценена у 30 больных. При этом ишемических нарушений в формируемых лоскутах не наблюдалось. Кровотечения в раннем послеоперационном периоде наблюдались у 2 пациентов. В группе пациентов, которым выполнялась пластика свободным кожным лоскутом, послеоперационный период осложнился в 11 (22,9 %), при пластике дефекта кожно-мышечными лоскутами – в 14 (16,8 %) случаях (табл. 2). В среднем продолжительность пребывания больных в стационаре составила в первой группе – 13,5 койко-дня, во второй группе – 18,05 койко-дня. Оценка функциональных и косметических результатов оперативного лечения проводилась лечащим врачом и пациентом при контрольном обследовании по критериям: «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Локальные рецидивы заболевания у пациентов, которым выполнялась пластика свободным кожным лоскутом, возникли в 7 (14,6 %) случа-

Таблица 1

Распределение больных по локализации и гистотипу опухолевого процесса

Анатомическая локализация	Кол-во больных	ПКР	БКР	Саркома
Область головы и шеи	48 (36,7 %)	30 (22,9 %)	18 (13,7 %)	-
Верхняя конечность	38 (29 %)	27 (20,6 %)	11 (8,3 %)	6 (4,5 %)
Нижняя конечность	24 (18,3 %)	10 (7,6 %)	2 (1,5 %)	4 (3 %)
Туловище	21 (16 %)	8 (6,1 %)	9 (6,8 %)	6 (4,5 %)
Итого	131 (100 %)	75 (57,2 %)	40 (30,5 %)	16 (12,3 %)

Примечание: ПКР – плоскоклеточный рак, БКР – базальноклеточный рак.

Таблица 2

Оценка результатов лечения в зависимости от частоты и структуры послеоперационных осложнений при различных способах замещения дефекта мягких тканей и кожи

Оценка результата	Контрольная группа (n=48)		Основная группа (n=83)	
	Кол-во больных	Частота и вид осложнений	Кол-во больных	Частота и вид осложнений
«Хорошо»	12 (25 %)	Кровотечение – 1 (2,1%)	17 (20,4 %)	Кровотечение – 1 (1,2 %)
«Удовлетворительно»	31 (64,5 %)	Некроз – 5 (10,4 %)	63 (75,9 %)	Некроз – 4 (4,8 %)
		Кровотечение – 2 (4,1 %)		Кровотечение – 7 (8,4 %)
«Неудовлетворительно»	5 (10,4 %)	Некроз – 3 (6,25 %)	3 (3,6 %)	Некроз – 2 (2,4 %)
Всего	11 (22,9 %)		14 (16,8%)	

ях, в сроки от 3 мес до 2 лет. Рецидивы после реконструкции операционного дефекта кожно-мышечным трансплантатом наблюдались у 11 (13,25 %) больных, в сроки от 5 мес до 3 лет. У 3 пациентов рецидив заболевания развивался дважды. Всем пациентам с рецидивами повторно выполнялось оперативное вмешательство.

Таким образом, оценивая непосредственные результаты одномоментной пластики дефектов кожи и мягких тканей, необходимо отметить большую устойчивость васкуляризированных лоскутов (кожно-мышечных, кожно-фасциальных). Свободный кожный лоскут хорошо адаптируется при неосложненных послеоперационных дефектах, с ровной раневой поверхностью. Метод оксифлоуметрической оценки кровоснабжения лоскута позволяет предупредить ишемические осложнения, что в конечном итоге отражается на результатах пластики. При оценке функциональных и косметических результатов пластики дефектов кожи и мягких тканей также выявлены преимущества методики формирования кожно-мышечными

лоскутами, что обусловлено отсутствием грубых рубцов, рубцовых деформаций, контрактур, трофических язв и т.п. Частота рецидивов в сравниваемых группах не имела различий, что было обеспечено соблюдением принципов онкологического радикализма при реконструктивно-пластических операциях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дарьялова С.Л., Чиссов В.И. Диагностика и лечение злокачественных опухолей. М.: Медицина, 1993. С. 14–16.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М., 2008. С. 11–31.
3. Залуцкий И.В. Реконструктивная и пластическая хирургия в клинической онкологии. Минск: Зорны верасень, 2007. 25 с.
4. Соболевский В.А. Реконструктивная хирургия в лечении больных с местно-распространенными опухолями мягких тканей: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 49 с.
5. Харатишвили Т.К., Тюлядин С.А., Хатырев С.А. Возможности лечения местнораспространенного рака кожи // Вопросы онкологии. 2005. Т. 51, № 3. С. 385–387.
6. Allen R.J., Heitmann C. Prefractors flaps – the history of evolution // Handchir. Mikrochir. Plast. Chir. 2002. Vol. 34. P. 216–218.
7. Chai Y., Zeng B., Zhang F. et al. Experience with the distally based sural neurofasciocutaneous flap supplied by the terminal perforator of peroneal vessels for ankle and foot reconstruction // Ann. Plast. Surg. 2007. Vol. 59 (5). P. 526–531.
8. Kawamura K., Yajima H., Kobota Y. et al. Clinical applications of free soleus and peroneal perforator flaps // Plast. Reconstr. Surg. 2005. Vol. 115. P. 114–119.

Поступила 17.05.11