

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ БЕЗ МЕТАСТАЗОВ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Патент на изобретение №2367365 от 19.03.2008 г.

Ш.Х. Ганцев, Р.Ш. Ишмуратова, И.Р. Рахматуллина, Ф.Ш. Зайнуллин, А.Ф. Ямалов

Ведущим методом лечения плоскоклеточного рака кожи (ПРК) является хирургический. Вопрос профилактики рецидивов опухоли после проведенного лечения остается актуальным. Частота рецидивов при T2N0M0 – T3N0M0 может достигать 13,8%. Показатели пятилетней выживаемости при T1N0M0 составляют 86,1%, при T2N0M0 – 81,9%, резко снижаются при T3 и T4, составляя 48,1% и 23,1%. Неудовлетворительные результаты пятилетней выживаемости больных при распространенных стадиях заболевания обосновывают поиск путей повышения радикализма хирургических операций при раке кожи. В настоящее время заслуживает внимания метод микрографической хирургии, разработанный Фредериком Мохсом в 1936 г. Данный метод обеспечивает контролируемое серийное микроскопическое исследование тканей. Но широкое применение метода Мохса ограничивается тем, что требует больших затрат времени и средств, кроме того, необходим подготовленный персонал и специалист для проведения морфологического исследования.

Известен способ хирургического лечения ПРК, предусматривающий широкое иссечение кожи (отступив 2-2,5 см от края опухоли), жировой клетчатки и подлежащей фасции единым блоком, при этом плоскость рассечения тканей соответствует 90° по отношению к глубжележащим тканям (мышц, костей и др.) (Анищенко И.С. Плоскоклеточный рак кожи. - Челябинск, 2000 г. - С. 20). При этой технологии операции размер кожного лоскута строго соответствует размеру иссеченной поверхностной фасции. При выполнении стандартной операции по поводу ПРК наблюдаются локорегионарные рецидивы, которые достигают 25% у больных с III и IV стадиями. При I и II стадиях процент рецидивов ниже (5-7%), хотя и эти результаты нельзя рассматривать как положительные. Учитывая эти факты, нами предложен новый способ хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи без метастазов в регионарные лимфатические узлы. Радикализм выполненной операции можно повысить при увеличении площади удаляемой подкожной клетчатки и фасции, где формируются лимфатические капилляры и посткапилляры, принимающие участие в диссеминации раковых клеток. Это достигается за счет того, что в предлагаемом нами способе хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи без метастазов в регионарные лимфатические узлы, включающем иссечение кожи с опухолью, жировой клетчатки и подлежащей фасции единым блоком, после рассечения кожи и обнажения клетчатки кожный лоскут приподнимают, а иссечение подкожной клетчатки

и фасции проводят под углом не менее 120° к основанию раны. Дополнительно нами предлагается определять коэффициент радикализма операции как отношение площади иссеченного кожного лоскута к площади иссеченной поверхностной фасции в проекции доступа. Предлагаемый способ хирургического лечения ПРК осуществляется следующим образом: с помощью маркера на кожу наносят предполагаемую линию разреза, которая должна отступать 2-2,5 см от края опухоли. Эти размеры зависят от типа роста опухоли, локализации патологического процесса. При инфильтративном характере роста ПРК отступ должен быть более значительным. После рассечения дермы и обнажения клетчатки двумя острыми крючками приподнимают и разводят кожные лоскуты. Это позволяет изменить угол наклона для последующей мобилизации жировой клетчатки. Необходимым является наклон разреза не менее 120°. После мобилизации кожного и жирового лоскутов в основании раны появляется фасциальный листок, иссечение которого является принципиальным моментом операции. Удаление опухоли производят одним блоком в пределах одной лимфатической зоны. Восстановительный этап операции предусматривает два варианта. Первый - послойное ушивание тканей; второй - пластическое замещение удаленных тканей. Таким образом, предлагаемый способ обеспечивает закрытие путей несосудистого массопереноса в интерстиции (прелимфатики), лимфатических капилляров и посткапилляров, расположенных в пределах подлежащих фасций, а площадь иссеченной фасции в 1,5-2 раза превышает площадь иссеченной кожи, что обеспечивает максимально возможный радикализм хирургической операции. Предлагаемый способ иллюстрируется рисунком, на котором изображено направление линии рассечения тканей при хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи без метастазов в регионарные лимфатические узлы (рис. 1).

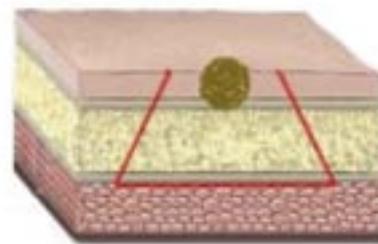


Рис 1. Направление резекции тканей при хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи без метастазов в лимфатические узлы

Рассечение подкожной клетчатки и поверхностной фасции производят под тупым углом не менее 120° к основанию раны, открытым снаружи, в результате чего увеличивается объем удаляемой жировой клетчатки и лимфатических капилляров по сравнению с традиционным подходом. Соотношение площадей удаляемого кожного лоскута (S_1) и удаляемой поверхностной фасции (S_2) коррелирует с объемом удаленных тканей, то есть может служить показателем радикализма выполненной операции. Предлагается выделить коэффициент радикализма K , определяемый по формуле $K=S_2/S_1$, где S_1 - площадь иссеченного кожного лоскута, а S_2 - площадь иссеченной поверхностной фасции в проекции доступа. В случае, если площади кожного лоскута S_1 и иссеченной фасции S_2 совпадают, на-

пример, равны 10 см^2 , то коэффициент радикализма K в данном случае будет равен 1, что позволяет говорить о нерадикальности выполненной операции. Если площадь S_2 , к примеру, равна 30 см^2 и превышает площадь S_1 , равной 10 см^2 , в этом случае коэффициент радикализма будет равен 3, то есть операция является радикальной. Таким образом, впервые установлено, что приведенная совокупность отличительных признаков способа вызывает повышение радикализма хирургической операции за счет расширения объема удаляемых тканей, играющих важную роль в реализации метастазирования при плоскоклеточном раке кожи.

**Д-р мед. наук
И.Р. Рахматуллина (г. Уфа)**