

© Коллектив авторов, 2012
УДК 617.51-006-089.87-06:616.5-004.8-089.844

А. В. Карпенко², Р. Р. Сибгатуллин², Н. С. Чуманихина², Д. Н. Джалилов²,
В. В. Гриценко¹, В. Г. Золотых¹

СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТОВ КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ

¹ Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. С. М. Яшин) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова, ² хирургическое отделение № 3, подразделение опухолей головы и шеи Ленинградского областного онкологического диспансера (главврач — Л. Д. Роман), Санкт-Петербург

Ключевые слова: опухоль, дефекты кожи головы, пластика.

Введение. Новообразования волосистой части головы не относятся к редким заболеваниям и достоверно сохраняют отчетливую тенденцию к увеличению. При этом, в случае их значительного размера и наличия инфильтративного роста предпочтение отдается хирургическому лечению. Однако, учитывая особенности строения кожи волосистой части головы и необходимость выполнения хирургического вмешательства с соблюдением онкологических принципов абластики, операция обычно приводит к получению значительных размером дефекта кожи, требующего пластического закрытия. Поэтому выбор наиболее простого и эффективного метода пластики послеоперационных дефектов кожи волосистой части головы является актуальной задачей не только в пластической хирургии, но и в повседневной работе практических хирургов.

Среди известных методов кожной пластики, нашедших применение для замещения дефектов кожи волосистой части головы, используется метод местной пластики (мобилизация краев раны, перемещение участков соседних тканей, ослабляющие разрезы вокруг раны), а также методы свободной (полнослойный или расщепленный кожный лоскут, лоскут на питающей ножке с наложением микроваскулярного анастомоза) и несвободной пересадки кожи (лоскут на широкой питающей ножке, мостовидный, мигрирующий и стебельчатый лоскуты) [1–4, 6]. При этом, следует отметить, что пластика дефектов кожи несвободными васкуляризованными лоскутами не получила широкого распространения в кли-

нической практике, так как их использование весьма ограничивается дугой ротации и длиной питающей ножки [2, 4]. На коже шеи и лица эффективно применяется шов «кошелька», но в волосистой части при этом не происходит практически значимого уменьшения дефекта, дополнительно используется большой по площади свободный кожный лоскут [7]. Метод баллонной дерматензии нашел ограниченное применение из-за возможных осложнений (некроз, инфицирование, расхождение краев раны) [4, 5].

При замещении дефектов кожи волосистой части головы в Ленинградском областном диспансере на хирургическом отделении № 3 (подразделение опухолей головы и шеи) обычно используется метод свободной пересадки полнослойного или расщепленного кожного лоскута. Метод, с нашей точки зрения, имеет существенный недостаток, так как в зоне пластики остаются сравнительно большой безволосый дефект и западение кожи. Этот недостаток может быть успешно устранен разработанным в подразделении опухолей головы и шеи оригинальным комбинированным способом замещения обширных послеоперационных дефектов кожи волосистой части головы (А. В. Карпенко) путем использования метода местной пластики с добавлением, при необходимости, свободной пересадки кожного лоскута.

Материал и методы. Способ замещения обширных послеоперационных дефектов кожи волосистой части головы в 2011 г. был применен у 8 больных, оперированных по поводу базально-клеточного рака кожи (T1N0M0 — у 3 и T2N0M0 — у 5 больных). Возраст оперированных больных составил от 39 до 74 лет, из них 4 мужчины и 4 женщины. Размеры опухоли составляли по площади от 0,79 до 42,06 см². В половине случаев опухоль локализовалась в

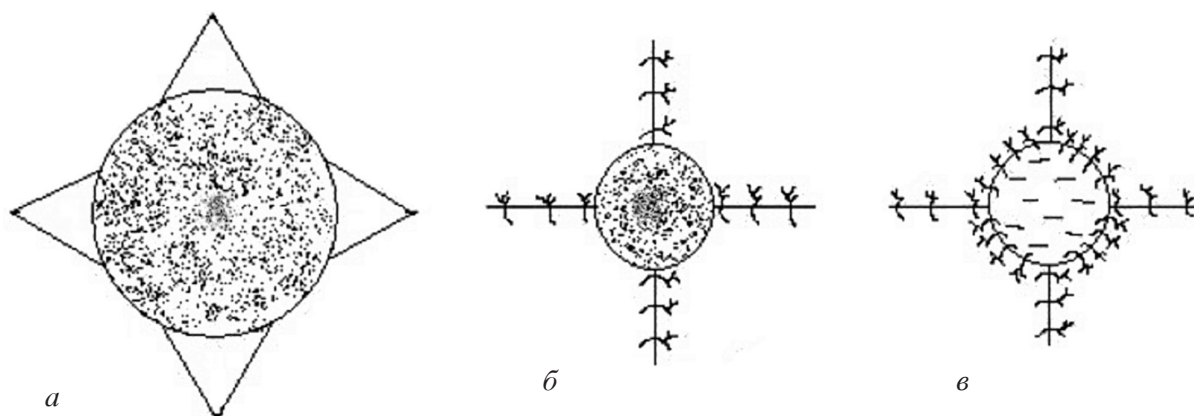


Рис. 1. Схема выкраивания кожных треугольников и варианты закрытия дефекта кожи.

а — опухоль удалена в пределах здоровых тканей, вокруг дефекта размечены равносторонние треугольники; б — треугольники иссечены, края раны треугольников сшиты до сопоставления вокруг дефекта; в — при площади дефекта более 2 см² он закрывается свободным расщепленным лоскутом.

теменной, дважды — в затылочной и по одному разу в лобной и височной областях. Длительность существования новообразований составила от 2,5 до 60 мес — (54±14,14) мес.

Методика операции. Операции проводили под местной анестезией (от 50 до 120 мл 0,5% раствора новокаина), иссечение опухоли выполняли, отступя от ее края на 0,5–1 см в зависимости от локализации в волосистой части головы. После иссечения опухоли площадь дефекта составляла от 3,14 до 68,19 см². После удаления новообразования по периметру раневого дефекта кожи взаимно перпендикулярно выкраивались и иссекались четыре равносторонних треугольника Вигора¹ с таким расчетом, что основание каждого из треугольников и соответственно расстояние между ними составляло около 45 ° окружности раневого дефекта (рис. 1, а).

Затем производили мобилизацию кожи, и края раны треугольников сшивали между собой до их полного сопоставления по периметру. В результате в обследованной группе больных после применения предложенного способа замещения обширных послеоперационных дефектов волосистой части головы площадь основного дефекта кожи составила 1,10–23,87 см², т. е. его уменьшение произошло примерно на 2/3 или, в среднем, на 65%. При этом, в каждом конкретном случае площадь новообразованного дефекта становилась тем меньше, чем больше сокращалась длина его окружности после ушивания ран на месте удаленных кожных треугольников (рис. 1, б). Математическое обоснование этому представлено следующими формулами: P (длина окружности) = $2\pi R$ (радиус окружности), S (площадь круга) = πR^2 , значит, если $R = P/2\pi$, то $S = \pi (P/2\pi)^2$.

Таким образом, у 4 больных после иссечения опухоли и пластики дефекта местными тканями разработанным способом удалось уменьшить его площадь до 2 см², у остальных 4 пациентов, у которых площадь оставшегося дефекта превысила 2 см², дополнительно использовали для его закрытия метод свободной пересадки перфорированного кожного лоскута (рис. 1, в).

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде у больных после

замещения кожных дефектов волосистой части головы разработанным способом и дополнительно использованной свободной кожной пластики воспалительных явлений не наблюдали. У 5 больных оставшиеся дефекты закрылись только в результате краевой эпителизации, у остальных 3 пациентов — еще и за счет жизнеспособного свободного кожного лоскута. Швы сняты на 11–13-й день. Лишь у 1 пациентки, 74 лет, после снятия швов на 13-й день возникло частичное расхождение краев послеоперационной раны, зажившей в дальнейшем вторичным натяжением. Приводим одно из наших наблюдений.

Больной А., 49 лет, поступил 18.04.2011 г. с диагнозом — базалиома кожи затылочной области слева (T2N0M0). Новообразование занимает площадь около 18 см², регионарные лимфатические узлы не увеличены (рис. 2).

21.04.2011 г. под местной анестезией, отступя от края опухоли на 0,5 см, произведено её иссечение с формированием дефекта кожи площадью 23,74 см². Выполнена разметка кожных треугольников по окружности дефекта. После мобилизации тканей наложены швы на края раны иссеченных треугольников (см. рис. 2, б). Оставшийся дефект площадью 8,31 см² закрыт свободным расщепленным трансплантатом (см. рис. 2, в).

Послеоперационный период без осложнений. Больной выписан на 8-е сутки после операции на амбулаторное лечение. Швы сняты на 12-е сутки в районной поликлинике. Гистологическое исследование от 27.04.2011 г.: опухоль 4×4,5 см, базально-клеточный рак кожи с изъязвлением и хроническим воспалением и распространенной кистозной трансформацией, операционный разрез выполнен в пределах здоровых тканей.

Осмотрен через 6 мес. Жалоб не предъявляет. Данных за рецидив опухоли нет (см. рис. 2, г).

Таким образом, выполненная с соблюдением онкологических принципов разработанным способом пластика дефектов кожи волосистой части головы после иссечения новообразований

¹ Иссечение треугольников кожи было предложено Вигор для адаптации разных по длине краев раны на лице (цит. по [4]).



Рис. 2. Больной А., 49 лет, с базалиомой кожи затылочной области.

а — вид опухоли до операции; б — зона пластики после ушивания кожных треугольников; в — оставшийся дефект кожи закрыт расщепленным кожным лоскутом; г — результат операции через 6 мес.

позволяет получить хорошие косметические результаты, сокращает сроки медицинской реабилитации оперированных больных и повышает качество их жизни.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Адамян Р. Т., Миланов Н. О., Юршевич Э. Н. и др. Устранение рубцовых деформаций лица с применением пластики местными тканями на основе анатомических представлений о кровоснабжении и лимфооттоке. Клиническое наблюдение // Анн. пластич. реконструкт. и эстетич. хир.—2008.—Вып. 2.—С. 39–45.
2. Белоусов А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия.—СПб.: Гиппократ, 1998.—774 с.
3. Золтан Я., Донат А., Фаркаш Й. Пересадка кожи.—Будапешт.: Изд-во Академии наук Венгрии, 1984.—304 с.
4. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / Под ред. А. Д. Пейпла: Пер. с англ.—М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007.—951 с.
5. Трофимов Е. И., Бжассо Д. М. Пластическое закрытие дефектов мягких тканей головы и шеи. Микрохирургия и экспансионная дерматензия // Анн. пластич. реконструкт. и эстетич. хир.—2008.—Вып. 1.—С. 32–39.

6. Moore M. G., Lin D. T., Mikulec A. A. et al. The occipital flap for reconstruction after lateral temporal bone resection // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.—2008.—Vol. 134.—P. 587–591.
7. Patel K. K., Telfer M. R., Southee R. A «round block» purse-string suture in facial reconstruction after operations for skin cancer surgery // Brit. J. Oral Maxillofacial Surg.—2003.—Vol. 41.—P. 151–156.

Поступила в редакцию 15.12.2011 г.

A. V. Karpenko, R. R. Sibgatullin, N. S. Chumanikhina,
D. N. Dzhalilov, V. V. Gritsenko, V. G. Zolotykh

METHOD OF PLASTY OF DEFECTS OF A HAIRY PART OF THE HEAD SKIN AFTER TUMOR EXCISION

Results of operative treatment of 8 patients with cellular basal cancer of the hairy part of the head are presented. The patients were operated by an original worked out method of plastic reconstruction of skin defects of the head hairy part after tumor excision. The mathematical substantiation of the surgical method was stated. The technique of operative intervention is described. The clinical course and illustration of the long-term results are given.