
МЕДИЦИНА

УДК 616-089.844:612.7-006.04

ВАРИАНТЫ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

© 2006 г. В.В. Позднякова, Ю.В. Пржедецкий

Different variants of dermatoplasty at skin melanomas are described.

Первый вариант – «круговой блок» как способ пластического закрытия дефектов после удаления обширных опухолей кожи.

В эстетической маммопластике более 10 лет успешно используется хирургический прием, называемый «Round-block» [1, 2].

В отделении пластической и реконструктивной хирургии РНИОИ «круговой блок» нашел применение при закрытии обширных кожных дефектов различных локализаций. Практическая польза «кругового блока» заключается в том, что происходит сокращение диаметра раневого дефекта более чем в 2 раза, а площади – более чем в 6 раз. Следует отметить, что при этом не удаляется здоровая кожа, как это бывает при традиционных линейных иссечениях, а вся окружающая дерма равномерно участвует в покрытии кожного дефицита.

«Круговой блок» с последующей свободной аутодермальной пластикой использовался нами при локализации злокачественного образования в височной, лобной, области волосистой части головы и голени.

Техника данного приема заключалась в следующем: на предварительно мобилизованный кожный край строго посередине кориума накладывался кисетный шов, нить максимально натягивалась с таким расчетом, чтобы узел оказался под кожей. Это давало возможность снизить нагрузку на кожные швы, существенно уменьшить размеры кожного аутотрансплантата, а следовательно, и раны в донорской области. Уменьшение площади трансплантации существенно улучшило приживляемость лоскутов, а следовательно, и функционально-эстетические результаты лечения.

Данный способ был применен у 11 больных. По гистологической структуре пациенты распределились следующим образом: меланома отмечена у 6 больных, плоскоклеточный рак – у 3 и базальноклеточный рак – у 2 пациентов.

Свободная пересадка кожи приводила к образованию кольцевидного рубца небольшого диаметра и появлению кожного островка в виде «заплатки», отличающегося по цвету и фактуре от окружающих тканей. Послеоперационный период в двух случаях осложнился частичным некрозом трансплантата.

При локализации опухолевого процесса в области туловища, плеча и бедра «круговой блок» дополняли пластикой остаточного дефекта сколь-

зующим серповидным лоскутом на питающей ножке из подкожной клетчатки. Данный способ позволил избежать избыточного напряжения в тканях, неизбежно возникающего в таких ситуациях при формировании линейного рубца, и позволил распределять нагрузку равномерно по всей площади серповидного лоскута.

Техника оперативного вмешательства заключается в том, что после удаления злокачественного образования циркулярным кожным разрезом, в области максимально подвижной кожи выкраивали серповидный лоскут на питающей ножке из подкожной жировой клетчатки. Прифабрикованный лоскут смещали к центру дефекта, сохраняя его связь с подлежащими тканями, и сшивали таким образом, чтобы он принял форму круга или овоида. На наружный край кожи накладывали кисетный шов, который затягивали до тех пор, пока диаметр гофрируемого кожного края не сравнивался с таковым перемещенного лоскута. На соприкасающиеся кожные края накладывались одиночные швы.

Данный способ пластического закрытия дефекта нами использован у 9 больных: при удалении опухолей кожи спины больших размеров – 5 наблюдений, бедра – 2, грудной стенки – 2 наблюдения.

По гистотипу опухоли больные распределились следующим образом: меланома кожи – 7 случаев, плоскоклеточный рак кожи – 2. Осложнений и рецидивов опухоли при данном виде пластики не наблюдалось.

Второй вариант – встречные скользящие лоскуты как вариант пластического закрытия кожного дефекта в области конечностей.

Наиболее проблемной зоной осуществления пластического закрытия кожного дефекта после широкого иссечения первичного очага меланомы является область нижних конечностей. Причем продольное иссечение опухоли сдерживает возможности хирурга ограниченным диаметром сегмента, а насильственное сближение краев раны приводит к выраженному лимфостазу и отеку нижележащих отделов конечности. Поперечное и косое иссечение обычно занимает не менее половины периметра сегмента, повреждая при этом кровеносные и лимфатические сосуды, нарушая магистральную кожную иннервацию, что наряду с выраженным натяжением кожных краев также не способствует хорошему заживлению раны.

Попытки осуществления балонной дермотензии в ограниченные сроки также не привели к положительному результату. Причиной этому видится возникновение обширных зон компрессии кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышц, что вызывало выраженную лимфорею и отек дистальной части конечности. При этом общее число больных с данной локализацией опухоли составляет 73,4 % [3].

Наиболее употребительным методом кожной пластики при меланоме голени и стопы является свободная аутотрансплантация кожного лоскута. При анализе непосредственных результатов проведения таких операций отмечено, что в 10–13 % случаев наблюдались частичные или полные некрозы трансплантатов [4, 5]. В повседневной практике процент некрозов

полнослойного аутодермального лоскута значительно выше и, по нашим наблюдениям, достигает 60 %.

Сложность проблемы инициировала поиск новых способов пластики при данной локализации опухоли.

Нами разработан и внедрен в клиническую практику способ пластического закрытия кожного дефекта путем перемещения скользящих кожных лоскутов на питающей ножке из подкожной клетчатки, а при необходимости и из мышцы.

Квадратным или прямоугольным кожным разрезом, согласно принятым в онкологии правилам, производили выделение блока тканей с опухолью. На противоположных сторонах дефекта выкраивали равнобедренные треугольные лоскуты, которые подвергались дальнейшей мобилизации путем просечения клетчатки, мышечной фасции, а при необходимости и мышцы. Полученные мобильные лоскуты перемещались в центр послеоперационной раны и сшивались между собой. Кожные края раны на месте перемещенных лоскутов сшивались между собой. Данный способ перемещения тканей нами использован для устранения значительных по размеру дефектов кожи голени после иссечения меланомы у 7 пациентов, а также у 2 – при локализации опухоли на плече. Во всех случаях имело место заживление первичным натяжением.

Приведенный вариант известного метода местной пластики в оригинальном применении позволил повысить радикальность хирургического вмешательства с одновременным снижением риска послеоперационных осложнений, улучшением медицинской и социальной реабилитации больных.

Третий вариант – трехлопастные скользящие кожные лоскуты как вариант пластического закрытия обширных кожных дефектов туловища.

Использование техники перемещения кожных лоскутов на питающей ножке из подкожной клетчатки известны с начала прошлого века. Хорошее кровоснабжение перемещаемых лоскутов, осуществляемое за счет сосудистой сети подкожной клетчатки, способствует поиску новых вариантов пластического закрытия обширных кожных дефектов туловища.

Нами разработан способ закрытия обширных циркулярных дефектов кожи туловища, возникающих после удаления меланомы или рака. Способ представляет собой комбинированное использование трех скользящих лоскутов, расположенных вокруг циркулярного дефекта под углом 120°. После выкраивания лоскутов рана по форме напоминает трехлопастной гребной винт.

Технически данный прием заключается в следующем: после широкого циркулярного иссечения опухоли, согласно принятым в онкологии правилам, из близлежащих тканей выкраивали три кожных лоскута, имеющих форму лопасти. Затем производили мобилизацию лоскутов в дистальных направлениях путем просечения клетчатки, а при необходимости и мышечной фасции. Полученные мобильные лоскуты перемещали в центр послеоперационной раны, на кожные края прямых углов треугольных лоскутов строго по

середине кориума накладывали шов, который обеспечивал их сопоставление. Края раны на месте перемещенных лоскутов сшивались между собой.

Следует отметить, что данный способ полностью использует окружающие тканевые резервы, ни один лишний участок кожи не удаляется, как это наблюдается при традиционном иссечении опухолей, ротационных лоскутах и других пластических приемах.

Данный способ был применен у шести больных меланомой кожи спины. Во всех случаях имело место заживление раны первичным натяжением. Данный вариант пластического закрытия обширных кожных дефектов надежен и позволяет равномернее распределить кожную нагрузку в области послеоперационной раны.

С нашей точки зрения, приведенная техника может быть методом выбора при пластическом устранении значительных послеоперационных дефектов кожи туловища.

Таким образом, дифференцированный подход к способам закрытия обширных кожных дефектов позволил провести радикальное иссечение очага поражения с получением хорошего функционально-эстетического результата. Наиболее надежными способами пластического закрытия ран следует считать перемещение лоскутов на питающей ножке. Корректно определить показания к применению того или иного способа и добиться высоких конечных результатов может хирург, владеющий широким спектром различных пластических приемов.

Литература

1. Benelli L. // Aesthetic Plast. Surg. 1990. Vol. 14. P. 93–96.
2. Tremolada C. et al. // Plast. Reconstruct. Surg. 1994. Vol. 100-1. P. 126–131.
3. Блохин Н.Н., Трапезников Н.Н., Алиев Д.А. Пластические операции при злокачественных опухолях кожи. М., 1997.
4. Аббасов А.Т. // Хирургия. 1967. № 5. С. 104–106.
5. Мирахмедов Х.Ш. // Вопр. онкологии. 1969. Т. 10. № 12. С. 66–72.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт 1 сентября 2006 г.

УДК 616-089.844:612.7-006.04

СПОСОБ ПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ КОЖНЫХ ДЕФЕКТОВ ГОЛЕНИ И ПРЕДПЛЕЧЬЯ

© 2006 г. Ю.С. Сидоренко, Ю.В. Пржедецкий, О.В. Ляпичева,
В.В. Позднякова

A new method of plastic closure of defects at skin tumours by cutaneofascial grafts of perforant vessels is presented.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями населения Российской Федерации опухоли кожи занимают второе-третье место. На протяжении последних 30 лет в общей структуре заболеваемо-