

С.В. Мовергоз, В.Р. Ибрагимов, А.А. Андаров, А.В. Фролов, В.А. Фролов
**ВОЗМОЖНОСТИ РЕКОНСТРУКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ
ЛИЦА ПЕРЕМЕЩЁННЫМ КОЖНЫМ ЛОСКУТОМ С ШЕИ И ГРУДНОЙ
КЛЕТКИ ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ИССЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННОЙ
ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ**

ООО «Медсервис» г. Салават, Республика Башкортостан

Статья посвящена актуальной проблеме хирургического лечения распространённых опухолей кожи головы и шеи, где наряду с радикальным иссечением новообразования необходимо одномоментное замещение дефекта. В работе описывается клинический случай лечения пожилой пациентки с местнораспространённой злокачественной опухолью лица. Подчёркивается необходимость одномоментного выполнения радикального хирургического вмешательства и реконструкции тканей лица.

Ключевые слова: рак кожи, реконструкция тканей головы и шеи, перемещённый кожный лоскут.

S.V. Movergoz, V.R. Ibragimov, A.A. Andarov, A.V. Frolov, V.A. Frolov
**POSSIBILITY OF RECONSTRUCTION OF THE MIDDLE THIRD
OF FACE BY MEANS OF LOCAL ADVANCEMENT SKIN FLAP FROM NECK AND
CHEST AFTER RADICAL RESECTION OF ADVANCED MALIGNANT TUMOR**

The article is devoted to the problem of surgical treatment of advanced skin tumors of head and neck region, where simultaneous reconstruction of the defect is recommended. Clinical case of patient with locally advanced malignant tumor of the face is described. Necessity of simultaneous reconstruction of the facial tissues is underlined.

Key words: skin cancer, reconstruction of head and neck, advancement skin flap.

На коже головы, лица и шеи новообразования наблюдаются часто и имеют различный генез. В нашей стране среди всех злокачественных новообразований опухоли кожи по частоте занимают 3-е место, уступая лишь раку желудка и легких у мужчин и раку молочной железы и желудка у женщин. У большинства больных злокачественные опухоли кожи возникают в области лица и волосистой части головы. Среди всех больных со злокачественными опухолями кожи локализация их на голове и шее встречается в 89% случаев, из них 30% на коже носа, 20% - век, 15% - щек [2, 3, 5]. При этом особую сложность в лечении представляют пациенты с распространёнными опухолями, когда после широкого иссечения образования необходима одномоментная реконструкция тканей головы и шеи [1, 4, 5, 6]. Кроме того, большинство пациентов с подобными образованиями пожилые люди с тяжёлой сопутствующей патологией. Для иллюстрации мы приводим клинический случай лечения пациентки с распространённым раком кожи правой щеки в условия медицинского центра ООО «Медсервис».

Больная Ч. 1925 года рождения поступила в хирургическое отделение ООО «Медсервис» 01.03.2009г с жалобами на кровоточащее, объемное образование правой щеки.

Из анамнеза: больная обратила внимание на опухоль правой щеки размером с горошину более 2-х лет назад. Надо отметить, что пациентка страдает двусторонней катарактой со снижением остроты зрения, и опухолевидное образование она не увидела, а нащупала. В течение двух лет опухоль значительно выросла. К специалистам пациентка не обращалась, не обследовалась. Из сопутствующей патологии: ИБС, гипертоническая болезнь II стадии. Больная поступила в хирургическое отделение с кровотечением из распадающейся опухоли. При осмотре: опухоль лица с распадом смешанной формы роста с выраженным экзофитным компонентом до 9 см в диаметре занимает практически всю щеку справа. На коже спинки и кончика носа два образования до 1 см в диаметре. Пациентка была обследована, выполнено цитологическое исследование соскоба с опухоли кожи лица. Выставлен клинический диагноз - первично множественное злокачественное образование: плоскоклеточный рак кожи правой щеки T4N0M0 III стадии; базалиома кончика носа T1N0M0 I стадии; базалиома ската носа T1N0M0 I стадии. Учитывая распространённость и характер роста опухолей, выбран хирургический план лечения пациентки.



Рис. 1. Вид пациентки с предоперационной разметкой



Рис. 2. Этап операции: опухоль лица иссечена, мобилизован сложный кожный лоскут с боковой поверхности шеи



Рис. 3. Вид больной на 10-е сутки после операции



Рис. 4. Шесть месяцев после операции

06.03.2009г выполнена операция: иссечение распространённой опухоли кожи правой щеки с замещением дефекта средней зоны лица ротационным кожным лоскутом с боковой поверхности шеи и грудной клетки справа. Под эндотрахеальным наркозом в пределах визуально неизменённых тканей иссечена распадающаяся опухоль кожи лица с подкожно-жировой клетчаткой, поверхностной фасцией, с участком поверхностной доли ОУСЖ, выполнен гемостаз. Сформировался дефект мягких тканей средней зоны лица справа до 12 см в диаметре. При ревизии в области нижнего полюса околоушной слюнной железы обнаружен лимфатический узел до 1,2 см в диаметре, эластичный, смещаемый, иссечён и отправлен на срочное гистологическое исследование. Получен ответ – воспалительная реакция лимфоузла. Согласно предварительной разметке с целью замещения дефекта мягких тканей лица на боковой поверхности шеи выкроен сложный двудольный кожный лоскут, ротирован на 90 градусов и уложен в зону дефекта на лице. Для закрытия дефекта нижней трети шеи выкроен скользящий кожный лоскут, основанием уходящий на переднюю грудную стенку. Подшивание лоскутов произведено с использованием мононити Атрават 3-0, наложен непрерывный шов на кожу Пролен 3-0. Произведено активное дренирование раны. Затем выполнено иссечение базалиомы ската носа справа с замещением дефекта скользящим кожным лоскутом со лба. Иссечена базалиома кончика носа с пластикой местными тканями.

Операцию больная перенесла удовлетворительно. В послеоперационном периоде возник поверхностный некроз каудального участка лоскута на щеке размерами 1x1 см. Выполнена некрэктомия в пределах поверхностного слоя кожи, лоскут жизнеспособен. Швы сняты на 12-е сутки. Рана зажила первичным натяжением. При морфологическом исследовании удалённых препаратов подтверждено предоперационное цитологическое заключение, в краях резекции опухоли не обнаружено. Пациентка выписана на 14-е сутки в удовлетворительном состоянии. Активно наблюдалась на дому. Через 6 месяцев лоскут жизнеспособен, края раны сглажены, выворота нижнего века не определяется, цвет лоскута нормальный, идентичный цвету лица, чувствительность сохранена. Данных за продолженный рост опухолей нет.

Данное клиническое наблюдение характеризует возможность замещения обширного дефекта средней зоны лица перемещённым

сложным кожным лоскутом с шеи и грудной клетки. Кроме того, мы считаем, что даже у пожилых пациентов с распространёнными злокачественными новообразованиями мягких тканей лица с тяжёлой сопутствующей пато-

логией необходимо придерживаться активной хирургической тактики с одномоментной пластикой, поскольку только в этом случае у больного есть надежда на благоприятный исход.

Сведения об авторах статьи

Мовергоз Сергей Викторович

к.м.н., Заведующий оториноларингологическим отделением.
МСЧ ООО "Медсервис" г. Салават Республика Башкортостан, ул. Октябрьская 35.

Ибрагимов Виль Рашитович

Зам. директора д.м.н., проф.
МСЧ ООО "Медсервис" г. Салават Республика Башкортостан, ул. Октябрьская 35. тел: 395136

Андаров Артур Альбертович

Врач оториноларинголог. МСЧ ООО "Медсервис" г. Салават Республика Башкортостан, ул. Октябрьская 35.

Фролов Андрей Васильевич

Врач онколог хирургического отделения высшей категории.
МСЧ ООО "Медсервис" г. Салават Республика Башкортостан, ул. Октябрьская 35. тел: 32-78-02

Фролов Василий Александрович

Врач анестезиолог-реаниматолог высшей категории.
МСЧ ООО "Медсервис" г. Салават Республика Башкортостан, ул. Октябрьская 35. тел: 32-76-58

ЛИТЕРАТУРА

1. Неробеев, А.И. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области./А.И. Неробеев, Н.А. Плотников. - М.: Медицина, 1997.- 284 с.
2. Пачес, А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.- 480 с.
3. Шенталь, В.В. Современные представления в диагностике и лечении рака кожи. // Кондратьева Т.Т., Пачес А.И. и др. Практикующий врач -2002-№ 3.- С 24-25.
4. Petres J., Rompel R., Robins P. Dermatologic surgery. Berlin; 1996; 522 p.
5. Shah J. Head and neck surgery and oncology. Mosby; 2003; 731 p.
6. Weerda H. Reconstructive facial plastic surgery. Stuttgart; 2001; 148 p.