

УДК 616.594.1-006.6-089.843

НИКОЛАЙ ВИЛЛЕНОВИЧ КРАСНОСЕЛЬСКИЙ^{1,2}, ЮРИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ БАБАЛЯН³, ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ КРУТЬКО¹, АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВИЧ БЕЛЫЙ^{1,2}, МАКСИМ ВЛАДИМИРОВИЧ ВЕРБИЦКИЙ¹

¹ ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

² Харьковский национальный медицинский университет

³ Коммунальное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница — центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харьков

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭКСТРАИНТРАКРАНИАЛЬНОГО РАКА КОЖИ ЗАТЫЛОЧНОЙ ОБЛАСТИ

В статье представлены возможности хирургического лечения больных местно-распространенным раком кожи головы и шеи. Нижний трапециевидный лоскут можно использовать при дефектах лица, шеи, волосистой части головы, плеча, передней грудной стенки, особенно после лучевой терапии. Применение нижнего трапециевидного лоскута позволяет добиться приемлемых функциональных и косметических результатов.

Ключевые слова: местно-распространенный рак кожи, хирургическое лечение, нижний трапециевидный лоскут.

Плоскоклеточный рак занимает второе место в структуре всех морфологических форм злокачественных эпителиальных опухолей кожи после базально-клеточного рака и составляет 15–27%. По сравнению с базально-клеточным раком плоскоклеточный рак имеет более агрессивное клиническое течение и может метастазировать даже при относительно небольших размерах опухоли. В 89% случаев рак кожи возникает на голове и шее [1–3]. Несмотря на то, что локализация этих новообразований позволяет диагностировать их визуально, достаточно часто встречаются местно-распространенные опухоли с обширным поражением кожных покровов, слизистых оболочек и подлежащих тканей.

Известно, что при начальных стадиях базально-клеточного и плоскоклеточного рака кожи (T1) с успехом используются различные, в том числе и консервативные, виды лечения, в связи с чем имеется возможность выбора оптимального метода в зависимости от особенностей каждой клинической ситуации [5, 6]. При местно-распространенных и рецидивных формах заболевания основным методом является хирургическое вмешательство как в самостоятельном варианте, так и в плане комбинированного лечения [4, 7, 8].

Отказ от хирургического вмешательства в области головы и шеи из-за косметических последствий,

недооценка распространенности процесса, его злокачественного потенциала при использовании нехирургических методов лечения (лучевая терапия, лазерная, криодеструкция, лекарственное лечение) приводят к неудачам — рецидиву или продолженному росту опухоли. В этой ситуации перед хирургом стоит непростая задача, заключающаяся в необходимости радикального вмешательства в эстетически значимой зоне на фоне обусловленных характером опухолевого процесса и предшествующим лечением изменений в тканях.

В результате расширенных и комбинированных хирургических вмешательств возникают обширные раневые дефекты как покровных, так и опорных тканей. Нередко образующийся при этом дефект может оказаться несовместимым с жизнью в связи с обнажением жизненно важных структур, например, обнажения вещества головного мозга при удалении опухоли свода черепа или лицевого скелета. Сдерживающим обстоятельством радикального удаления опухоли в этой ситуации является необходимость немедленного надежного пластического закрытия дефекта, изолирующего головной мозг от инфицирования. В связи с этим радикальное удаление самой опухоли — только один из этапов лечения. Другой важной задачей является выполнение реконструктивно-восстановительных вмешательств. Одномоментное решение этих проблем ускоряет начало проведения других видов специального лечения, улучшает социальную и трудовую реабилитацию больных.

© Н. В. Красносельский, Ю. А. Бабалян, Е. Н. Крутько, А. Н. Белый, М. В. Вербицкий, 2018

Анализ данных литературы свидетельствует, что в настоящее время пластику больших дефектов мягких тканей головы с использованием свободных лоскутов с микрососудистым анастомозом считают операцией выбора. Однако из-за большой частоты осложнений, непереносимости длительных и сложных операций, нарушений регенерации тканей, выполнение таких вмешательств у большинства больных невозможно [9, 10].

Использование регионарных лоскутов имеет определенные преимущества: одноэтапность резекции и реконструкции, небольшая продолжительность вмешательства, низкая частота осложнений, удовлетворительные функциональные результаты. Этим задачам наиболее соответствуют лоскуты с осевым кровотоком, позволяющие перенести к месту дефекта полноценные, хорошо васкуляризованные ткани. Из предложенных артериализованных лоскутов наибольшую распространенность получил кожно-мышечный лоскут на большой грудной мышце. Возможности его использования ограничены длиной питающей ножки. Максимальная по удаленности зона перемещения этого лоскута соответствует средней зоне лица.

Мы отдаем предпочтение нижнему трапециевидному лоскуту, который, несмотря на свои достоинства и уникальные возможности, не столь востребован и очень плохо освещен в отечественной литературе. В 1980 г. S. M. Ваек и соавт. впервые описали нижний трапециевидный лоскут. Это надежный дистанционный кожно-мышечный лоскут с осевым кровотоком, тонкий, обедненный волосным покровом, расположенный вне обычных полей облучения головы и шеи, имеющий длинную питающую ножку, позволяющую использовать его для закрытия различных дефектов области головы и шеи. При выполнении этой операции от хирурга не требуется владение особой техникой и отсутствует необходимость в использовании микрохирургического оборудования, которое, к сожалению, малодоступно для большинства лечебных учреждений. В ходе формирования нижнего трапециевидного лоскута используется нижний и (или) средний сегмент трапециевидной мышцы. В функциональном плане эта утрата компенсируется передней лестничной и ромбовидными мышцами и не столь значима для пациента.

Приводим **клинические наблюдения** удачного лечения распространенного рака кожи затылочной области.

Пациентка О., 61 год, госпитализирована в отделение онкохирургии ГУ «ИМП НАМН Украины», с жалобами на опухолевидное изъязвленное образование затылочной области, верхнезадних отделов шеи слева.

Из анамнеза известно, что впервые по поводу образования кожи затылочной области в лечебное учреждение по месту жительства обратилась в 2011 г., где ей амбулаторно выполнили хирургическое лечение. Со слов больной «иссечение нагноившейся атеромы». Спустя четыре года выявлен рецидив

опухолевидного образования в области п/о рубца. В последующем у больной образование увеличилось в размере, образовался язвенный дефект в центре опухоли с гнойными выделениями. Больная занималась самолечением и проведением гомеопатической терапии. В октябре 2017 г. в связи с увеличением опухолевидного образования и гнойных выделений обратилась за медицинской помощью по месту жительства, направлена к онкологу, нейрохирургу. При обращении в ИМП на коже затылочной области слева и верхних дорсальных отделах шеи слева — распространенная плотная неподвижная опухоль с изъязвлением, скудным гнойным отделяемым, местами покрытая корками (см. рис. DI–DII цв. вкл.). При гистологическом исследовании верифицирован плоскоклеточный рак (плеоморфный вариант).

По данным компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии диагностировано тканевое образование, расположенное преимущественно экстрацеребрально, поражающее мышцы шеи слева с деструкцией затылочной кости размерами 32×20 мм, распространяющееся интракраниально эпидурально (до 5 мм толщиной), подавливая корковые отделы левой гемисферы мозжечка, опухоль прилежит к поперечному синусу без признаков его инвазии. Образование общим размером $45 \times 57 \times 35$ мм (см. рис. DIII–DIV цв. вкл.).

Операция 24.11.2017 — комбинированное широкое удаление рака кожи затылочной области слева, с резекцией фрагмента затылочной кости, участка твердой мозговой оболочки с аутопластикой широкой фасцией бедра и пластикой дефекта затылочной области артериализованным нижним трапециевидным кожно-мышечным лоскутом.

Ход операции: разрез кожи, отступив от края инфилтратата на 3,0 см. Произведена мобилизация препарата с мягкими тканями до надкостницы диаметром 10 см (см. рис. DV цв. вкл.).

Далее бригадой нейрохирургов выполнена краниотомия с резекцией пораженного участка затылочной кости и твердой мозговой оболочки до 5 см в диаметре. Макропрепарат удален единым блоком. Выполнена аутопластика дефекта твердой мозговой оболочки подготовленным фрагментом широкой фасции бедра (см. рис. DVI–DVII цв. вкл.).

Бригадой онкохирургов после того как выполнена разметка кожной площадки, соответствующей размерам дефекта реципиентной зоны и возможностям прямого ушивания донорской раны, произведено выкраивание нижнего трапециевидного кожно-мышечного лоскута справа, питающей ножкой которого является *a. cervicalis superficialis*, *a. dorsalis scapulae* (см. рис. DVIII–DIX цв. вкл.).

Формирование лоскута осуществлялось от периферии к центру, нижняя граница на 10 см ниже угла лопатки. Мобилизована вся нижняя часть трапециевидной мышцы. На уровне *m. levator scapulae* осуществлен поворот лоскута на 180° , проведен через сформированный подкожный туннель на шее (см. рис. DX–DXI цв. вкл.).

После закрытия дефекта реципиентной зоны донорское место и питающая ножка закрыты местными тканями. Дренирование трубочными вакуум-дренажами (см. рис. DXII–DXIII цв. вкл.).

Гистологическое заключение исследованного операционного материала: Плоскоклеточный ороговевающий рак затылочной области (М 8071/3) диффузно инфильтрирующий кожу с поверхностным изъязвлением, прорастающим окружающие мягкие ткани, с разрушением костной ткани затылочной кости, инвазией в твердую мозговую оболочку. Через 16 суток больной была выполнена коррекция и окончательная фиксация лоскута. Выписана в удовлетворительном состоянии на 21-е сутки. Больная наблюдается

в течении четырех месяцев (см. рис. DXIV–DXV цв. вкл.). Данных о рецидиве нет.

ВЫВОДЫ

Приведенное наблюдение успешного хирургического лечения распространенного рака кожи затылочной области является примером сотрудничества хирургов различных специальностей. Нижний трапециевидный кожно-мышечный лоскут может быть востребован в различных разделах хирургии и онкологии в связи с тем, что он имеет небольшую толщину, большую дугу ротации, длинную питающую ножку и позволяет возместить обширные дефекты тканей с хорошим функциональным и косметическим результатом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Васильев С. А.* Пластическая хирургия в онкологии / С. А. Васильев. — Челябинск : Челяб. гос. мед. акад., 2002. — 262 с.
2. *Неробеев А. И.* Восстановление тканей головы и шеи сложными артериализированными лоскутами / А. И. Неробеев. — М. : Медицина, 1988.
3. *Пачес А. И.* Опухоли головы и шеи / А. И. Пачес. — М. : Медицина, 2000.
4. *Чупров И. Н.* К вопросу о деструктивных формах базалиом / И. Н. Чупров, Н. В. Сысоева // Материалы науч.-практ. конф. «Проблемы теории и практики укрепления общественного и индивидуального здоровья в современных условиях». — СПб., 1999. — С. 294–295.
5. *Barry J.* The management of basal cell carcinomas / J. Barry, S. F. Oon, R. Watson, L. Barnes // *Ir. Med. J.* — 2006. — Vol. 99, N 6. — P. 179–181.
6. *Skelton L. A.* The effective treatment of basal cell carcinoma / L. A. Skelton // *Br. J. Nurs.* — 2009. — Vol. 18, N 6. — P. 346, 348–350.
7. *Craniofacial resection for nonmelanoma skin cancer of the head and neck / D. D. Backous, F. DeMonte, A. El-Naggar et al. // Laryngoscope.* — 2005. — Vol. 115, N 6. — P. 931–937.
8. *Aggressive basal cell carcinoma: presentation, pathogenesis, and management / H. W. Walling, S. W. Fosko, P. A. Geraminejad et al. // Cancer Metastasis Rev.* — 2004. — Vol. 23, N 3–4. — P. 389–402.
9. *Can A.* The myocutaneous trapezius flap revisited: a treatment algorithm for optimal surgical outcomes based on 43 flap reconstructions / A. Can, D. P. Orgill, J. O. Dietmar Ulrich, M. A. Mureau // *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* — 2014. — Dec., Vol. 67, N 12: 1669–79. doi: 10.1016/j.bjps.2014.07.044. Epub 2014 Aug 6. PubMed PMID: 25175273.
10. *Reconstruction of the head and neck region using lower trapezius musculocutaneous flaps / S. K. Yoon, S. H. Song, N. Kang et al. // Arch. Plast. Surg.* — 2012. — Nov., Vol. 39, N 6: 626–30. doi: 10.5999/aps.2012.39.6.626. Epub 2012 Nov 14. PubMed PMID: 23233888; PubMed Central PMCID: PMC3518006.

Статья поступила в редакцию 10.04.2018.

М. В. КРАСНОСЕЛЬСКИЙ^{1,2}, Ю. О. БАБАЛЯН³, О. М. БІЛІЙ^{1,2}, Є. М. КРУТЬКО¹, М. В. ВЕРБИЦЬКИЙ¹

¹ ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

² Харківський національний медичний університет

³ Комунальний заклад охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня — центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», Харків

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ МІСЦЕВО-ПОШИРЕНОГО ЕКСТРАІНТРАКРАНІАЛЬНОГО РАКУ ШКІРИ ПОТИЛИЧНОЇ ДІЛЯНКИ

У статті представлені можливості хірургічного лікування хворих на місцево-поширений рак шкіри голови і шиї. Нижній трапецієподібний клапоть можна використовувати при дефектах обличчя, шиї, волосистої частини голови, плеча, передньої грудної стінки, особливо після променевої терапії. Застосування нижнього трапецієподібного клаптя дозволяє досягти прийнятних функціональних і косметичних результатів.

Ключові слова: місцево-поширений рак шкіри, хірургічне лікування, нижній трапецієподібний клапоть.

N. V. KRASNOSELSKYI^{1,2}, Y. A. BABALIAN³,
E. N. KRUTKO¹, A. N. BELIY^{1,2}, M. V. VERBITSKY¹

¹ *SI Grigoriev Institute for Medical Radiology of National Academy of Medical Science of Ukraine, Kharkiv*

² *Kharkiv National Medical University*

³ *Communal Healthcare Establishment Regional Clinical Hospital — Emergency Care Center and Disaster Medicine, Kharkiv*

SURGICAL TREATMENT OF LOCALLY ADVANCED EXTRA-INTRACRANIAL SKIN OF THE OCCIPITAL AREA

The article presents the possibilities of surgical treatment of patients with locally advanced cancer of the skin of the head and neck. The lower trapezoidal flap can be used if there are defects of the face, neck, scalp, head, shoulder, anterior chest wall, especially after radiotherapy. Applying the lower trapezoid flap makes it possible to achieve acceptable functional and cosmetic results.

Keywords: locally advanced skin cancer, surgical treatment, lower trapezoid flap.

Контактная информация:

Вербицкий Максим Владимирович
врач-хирург отделения онкохирургии ГУ «ИМП НАМН Украины»
ул. Пушкинская, 82, г. Харьков, 61024, Украина
тел.: +38 (050) 767-70-52