

РЕКОНСТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ С ВКЛЮЧЕНИЕМ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ ПО ПОВОДУ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИЦА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М.Е. КАЙБАРОВ¹, Н.В. СЛОНЕВА¹, Д.Н. АХМЕТОВ¹

¹АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», Алматы, Республика Казахстан

АННОТАЦИЯ

Актуальность: Базальноклеточный рак кожи – наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль кожи, происходящая из эпителиальных клеток. Реконструкция измененных тканей и органов является одной из актуальных и значимых медико-социальных проблем. В частности, наиболее сложными для функциональной, косметической и эстетической реконструкции являются повреждения головы и шеи.

Цель исследования – поделиться опытом проведения реконструктивно-пластических операций с использованием большой грудной мышцы в Центре опухолей головы и шеи АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (Алматы, Республика Казахстан).

Методы: В статье освещается опыт, этапы операции и результаты заживления послеоперационной раны после реконструктивной операции по поводу прогрессирования рака кожи с использованием расщепленного кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы (БГМ) на сосудистой ножке.

Результаты: По данным контрольного наблюдения через 6 и 12 месяцев после операции кожно-мышечный лоскут состоятелен, объективных данных за рецидив и метастазирование нет.

Заключение: Кожно-мышечные лоскуты с включением БГМ могут быть успешно применены для реконструкции комбинированных обширных повреждений головы и шеи.

Ключевые слова: Базальноклеточный рак, большая грудная мышца (БГМ), замещающий лоскут, остеомиелит, пластика, дефект, кожно-жировой лоскут.

Введение: Рак кожи относят к злокачественным новообразованиям, которые являются одним из индикаторов здоровья населения со значительной степенью зависимости от качества среды обитания. Высокий уровень заболеваемости часто рассматривают как медицинский показатель экологического неблагополучия территории. По литературным данным рак кожи чаще всего возникает в возрастном интервале 50-69 лет, однако в последние годы имеется тенденция к его омоложению [1].

Немеланомные опухоли включают в себя базальноклеточный рак кожи (базалиома) – от 75 до 97% от всех эпителиальных раков кожи, плоскоклеточный рак – от 5 до 15%, и редко встречающийся рак придатков кожи (сальных и потовых желез, волосяных фолликулов), составляющий менее 1%.

Грубый интенсивный показатель заболеваемости раком кожи в Республике Казахстан составляет: для всего населения – 75,0, для мужчин – 63,4, для женщин – 85,1. Стандартизованные показатели заболеваемости – 41,1; 45,9 и 39,8, соответственно.

Основными методами лечения больных местно-распространенным раком кожи головы и шеи являются – комбинированный и комплексный методы, которые включают разные комбинации лучевой терапии, химиотерапии и хирургического вмешательства [2]. Сложность лечения больных с местно-распространенными опухолями головы и шеи заключается в том, что проведение расширенно-комбинированных операций очень часто приводит к образованию больших сложных де-

фектов, функциональным и эстетическим нарушениям. Поэтому во многих случаях местно-распространенные первичные, рецидивные и/или регионарные метастатические опухоли определяют как неоперабельные, вследствие их распространенности, а также сложности или невозможности закрытия послеоперационных дефектов с помощью местных тканей. Это вынуждает хирурга к поиску максимального восстановления анатомических и функциональных нарушений, которые могут возникнуть после радикального хирургического вмешательства [3]. Одним из первых шагов при планировании реконструкции является оценка характера дефекта и состояния анатомических структур, требующих восстановления, а также оценка функционального дефицита, образовавшегося в результате оперативного вмешательства. Злокачественные новообразования кожи остаются одной из важнейших и приоритетных проблем современной медицины [4].

Цель исследования – поделиться опытом проведения реконструктивно-пластических операций с использованием большой грудной мышцы в Центре опухолей головы и шеи АО «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии» (КазНИИОиР).

Методы: В статье освещается опыт, этапы операции и результаты заживления послеоперационной раны после реконструктивной операции по поводу прогрессирования рака кожи с использованием расщепленного кожно-мышечного лоскута с включением большой грудной мышцы (БГМ) на сосудистой ножке.

Операция проводилась в условиях Центра опухолей головы и шеи КазНИИОиР.

Информация о пациенте: Пациент С., 1958 г.р., поступил в отделение опухолей головы и шеи КазНИИОиР в марте 2021 г. с направительным диагнозом: «с-ч кожи подбородочной области T2N0M0 ст2, состояние после химиолучевой терапии, прогрессирование».

Клинические данные:

Анамнез заболевания: По поводу основного диагноза «с-ч кожи подбородочной области T2N0M0 ст2» пациент состоит на диспансерном учете у онколога с апреля 2019 г., с момента появления образования на коже подбородочной области. Гистологическое заключение от апреля 2019 г.: «Базалиома кожи, солидный тип». Пациент направлен в КазНИИОиР.

Данный клинический случай был обсужден на заседании междисциплинарной группы. С учетом данных КТ-исследований и распространенности опухолевого процесса решено провести оперативное лечение в объеме: удаление опухоли кожи подбородочной области, мышц дна полости рта с резекцией фрагмента нижней челюсти, с пластикой кожно-жировым лоскутом с включением большой грудной мышцы (БГМ) слева. Пациент был госпитализирован в отделение опухолей головы и шеи КазНИИОиР.

Диагностика:

Общее состояние при поступлении: Состояние больного – ближе к удовлетворительному. Сознание ясное. Телосложение нормальное. Видимые кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розового цвета. Подкожно-жировая клетчатка и мышечная система развита равномерно. Костно-суставной аппарат без деформации. Грудная клетка правильной формы. В легких дыхание везикулярное, хрипы не прослушивается. Границы сердца соответствуют норме. Сердечные тоны приглушенные, ритмичные. АД –120/80 мм рт. ст., пульс – 76 уд. в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих сторон. Стул и диурез регулярные.

Локально: При наружном осмотре определяется опухолевое образование в центральной части нижней челюсти, кожа над опухолью изъязвлена, с гнойным отделяемым, размером до 8,0 см в диаметре, в подчелюстной области с обеих сторон определяются единичные лимфоузлы до 1,5 см. При ороскопии данных на онкопатологию нет.

На рисунке 1 приведен дооперационный вид пациента.



Рисунок 1 – Дооперационный вид пациента С., 1958 г.р. Диагноз: с-ч кожи подбородочной области T2N0M0 ст2, состояние после химиолучевой терапии, прогрессирование

Обследования при поступлении: В дооперационном периоде была проведена КТ нижней челюсти с целью оценки распространенности процесса и выбора адекватного объема оперативного лечения. На серии томограмм от марта 2021 г. определяется дефект наружного кожного покрова подбородочной области размером до 19,2x17,5 мм, достигающий наружного кортикального слоя тела нижней челюсти. Отмечается утолщение и инфильтрация прилежащих мягких тканей с неоднородным накоплением контраста. В теле нижней челюсти определяются участки литической деструкции костной ткани с наличием пузырьков свободного газа, целостность наружной и внутренней пластины кортикального слоя нарушена. Также определяется

очаг литической деструкции в альвеолярном отростке справа размером до 8,2x6,2 мм. Определяется наличие подбородочным, верхних и средних яремных лимфоузлов шеи с обеих сторон размером до 11x5,8 мм. **Заключение:** КТ-признаки дефекта наружного кожного покрова подбородочной области с утолщением и инфильтрацией прилежащих мягких тканей. Участки литической деструкции костной ткани тела нижней челюсти с наличием пузырьков свободного газа и нарушением целостности наружной и внутренней пластины кортикального слоя (признаки остеомиелита). Очаг литической деструкции в альвеолярном отростке нижней челюсти справа. Лимфаденопатия подбородочных, верхних и средних яремных лимфоузлов шеи с обеих сторон (рисунок 2).

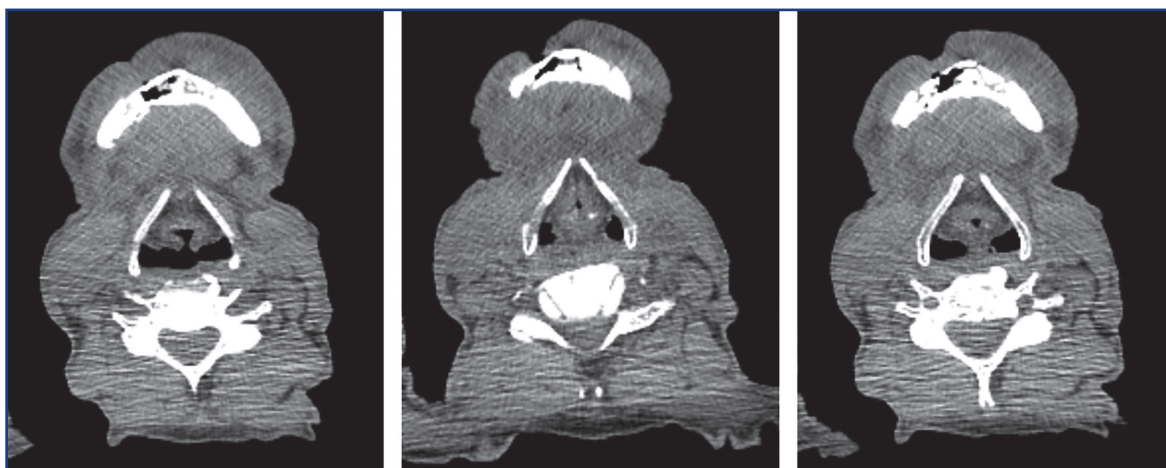


Рисунок 2 – Пациент С, 1958 г.р., КТ нижней челюсти и мягких тканей шеи с контрастированием (март 2021 г.)

Лечение: После гистологической верификации с июня по июль 2019 г. пациент получал близкофокусную рентген-терапию СОД 60 гр. Далее пациент находился под диспансерным наблюдением. В апреле 2020 г. отмечался повторный рост опухоли кожи подбородочной области с язвенным компонентом. Произведен соскоб из образования, цитология от июня 2020 г.: постлучевая дисплазия, единичные клетки карциномы. Заключение МДГ «ОМК» от июля 2020 г. рекомендованы курсы полихимиотерапии. В плановом порядке проведены 2 курса химиотерапии по схеме: цисплатин 130 мг, доксорубицин 90 мг. На фоне проведенного лечения отмечается рост обра-

зования с язвенным компонентом с гнойным отделяемым.

Далее в условиях КазНИИОиР в марте 2021 г. проведена операция: Удаление опухоли кожи подбородочной области, мышц дна полости рта с резекцией альвеолярного отростка нижней челюсти с 4-го зуба справа по 4-ый зуб слева, с пластикой кожно-жировым лоскутом с включением БГМ слева. Трахеостомия.

Этапы операции: 1 этапом операции в асептических условиях произведен окаймляющий разрез кожи, подкожной клетчатки подбородочной области отступая от опухоли на 1,0 см, в пределах здоровых тканей, выделена ветвь нижней челюсти (рисунок 3).



Рисунок 3 – Внешний вид пациента на первом этапе операции

При ревизии определяется литическая деструкция альвеолярного отростка нижней челюсти. При помощи пилы Джигли резецирован фрагмент нижней челюсти с 4-го зуба справа по 4-й зуб слева (рисунок 4). Произведен гемостаз.

Вторым этапом был выкроен кожно-мышечный лоскут с включением БГМ слева и перемещен на место дефекта, гемостаз, послойные швы, поставлены дренажи и назогастральный зонд, наложена асептическая повязка. Далее под общим обезболиванием выше яремной вырезки произведен продольный разрез кожи и подкожной клетчатки. Остро-тупым путем прямые мышцы шеи отведены в сторону, перешеек щитовидной железы оголен и отведен кверху, оголена перед-

няя поверхность трахеи, и между 2 и 3 трахеокольцами сформирована трахеостома (рисунок 5).

На рисунке 6 представлен извлеченный у пациента С. макропрепарат опухоли кожи подбородочной области с фрагментом челюсти.

В послеоперационном периоде пациенту проводилась антибактериальная, поддерживающая терапия. На 8-ые послеоперационные сутки пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Локально: на 8-ые сутки после операции: Асимметрия лица за счет послеоперационного дефекта фронтального отдела нижней челюсти замещенного кожно-жировым лоскутом с включением БГМ, лоскут состоятелен, признаков некроза нет (рисунок 7).

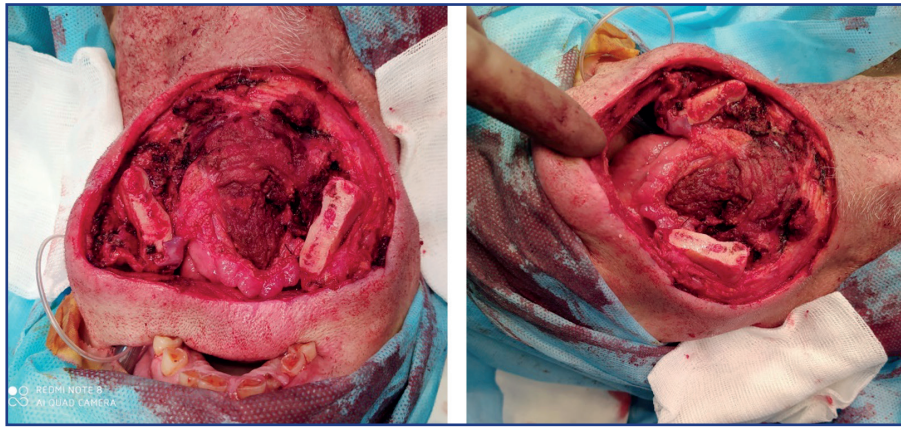


Рисунок 4 – Резецированный фрагмент нижней челюсти



Рисунок 5 – Выкраивание и фиксация лоскута

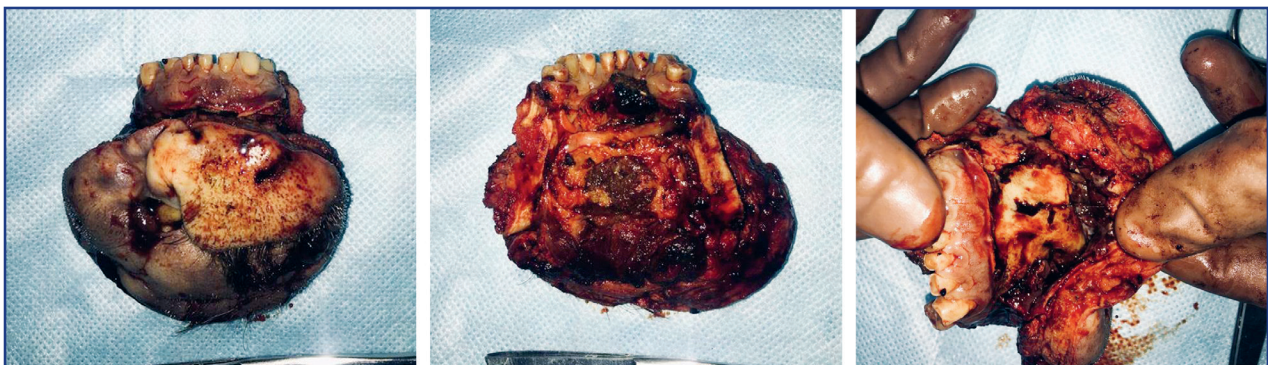


Рисунок 6 – Макропрепарат: опухоль кожи подбородочной области с фрагментом челюсти



Рисунок 7 – Вид пациента на 8-е сутки после операции

Заключение послеоперационной гистологии от марта 2021 г.: гнойно-продуктивное воспаление, гнойный актиномикотический остеомиелит. Клеток опухоли не обнаружено. Патоморфоз 4 степени.

Результаты: По данным контрольного наблюдения через 6 и 12 месяцев после операции, кожно-мышечный лоскут состоятелен, объективных данных за рецидив и метастазирование нет (рисунки 8 и 9).



Рисунок 8 – Вид пациента через 6 месяцев после операции



Рисунок 9 – Вид пациента через 12 месяцев после операции

Данные контрольной КТ от сентября 2021 г.: КТ-картина состояния после комплексного лечения по поводу с-г кожи подбородочной области. Данных за рецидив основного процесса, MTS поражения не выявлено (рисунок 10).

На сегодняшний день пациент находится под контрольным наблюдением у онколога по месту жительства.

Временная шкала

Временная шкала данного клинического случая представлена на рисунке 11.

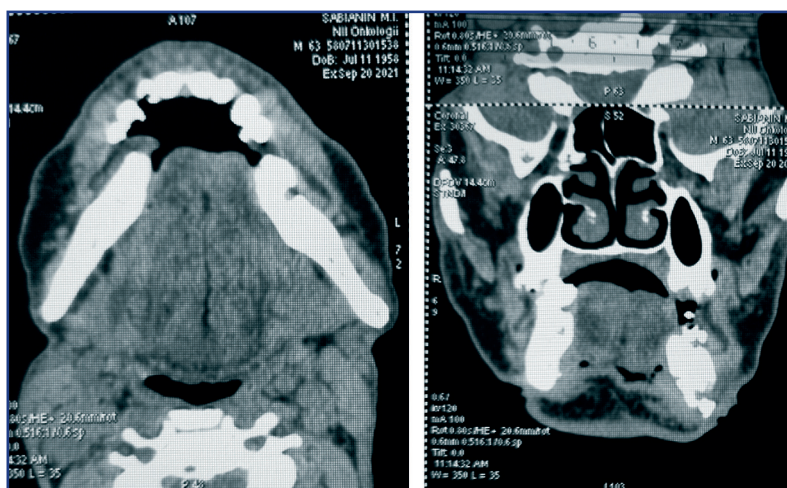


Рисунок 10 – КТ-картина состояния после комплексного лечения по поводу с-р кожи подбородочной области



Рисунок 11 – Временная шкала клинического случая лечения пациента по поводу базальноклеточного рака кожи подбородочной области с реконструктивно-восстановительной операцией

Обсуждение: Пациенты с обширными повреждениями, дефектами и деформациями головы и шеи представляют особую клиническую группу больных, лечение и реабилитация которых является сложной проблемой для хирургов. Как правило, обширные дефекты головы, лица и шеи сопровождаются повреждением комплекса тканей и для их восстановления требуется изыскать пластический материал большой площади и толщины, включающий кожу, клетчатку, мышцы и кость [5].

Представленная работа освещает результаты оперативного лечения и опыт работы хирургов центра, направленный как на лечение основного процесса и одномоментное восстановление функции и качества жизни пациентов после объемных оперативных вмешательств приводящих к инвалидизации.

Заключение: Как показывает наш опыт, авторизированные трансплантаты на базе БГМ могут быть успешно применены для восстановления комбинированных об-

ширных повреждений на голове и шее. Клинически подтверждены удовлетворительные результаты этих пластических восстановительных операций (рисунки 8, 10).

Список использованных источников:

1. Вавринчук А.С., Марочко А.Ю. Рак кожи: факторы риска, эпидемиология в России и в мире // Соврем. проблемы науки и образования. – 2015. – № 6 [Vavrinchuk A.S., Marochko A.Yu. Rak kozhi: faktory riska, e'pidemiologiya v Rossii i v mire // Sovrem. problemy nauki i obrazovaniya. – 2015. – № 6 (in Russ)]. <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23142>
2. Кабанова М.А., Волгин В.Н., Попова Н.М., Сачек О.И., Шелепова Е.А. Клинические проявления базальноклеточного рака кожи и результативность лечения пациентов // Соврем. проблемы здравоохран. мед. стат. – 2018. – № 2. – С. 28-36 [Kabanova M.A., Volgin V.N., Popova N.M., Sachek O.I., Shelepova E.A. Klinicheskie proyavleniya bazal'nokletochnogo raka kozhi i rezul'tativnost' lecheniya pacientov // Sovrem. problemy zdravoohr. med. stat. – 2018. – № 2. – С. 28-36 (in Russ.)]. <https://healthproblem.ru/files/pdf/180-pdf.pdf>
3. Кива Е.В. Тактические подходы к лечению больных с рецидивами базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи головы: дис. ...

канд. мед. наук: 14.01.12, 14.01.10. – Москва: ФГБОУВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» МЗ РФ, 2019. – 168 с. [Kiva E.V. Takticheskie podhody k lecheniyu bol'nykh s recidivami bazal'nokletochnogo i ploskokletochnogo raka kozhi golovy: dis. ... kand. med. nauk: 14.01.12, 14.01.10. – Москва: FGBOUVO «RNI MU im. N.I. Pirogova» MZ RF, 2019. – 168 s. (in Russ.)]. <https://www.ronc.ru/upload/iblock/13c/Dissertatsiya-Kiva-E.V.pdf>

4. Schiff B.A. Обзор опухолей головы и шеи (Overview of Head and Neck Tumors). – 2021. <https://www.msmanuals.com/ru/профессиональный/заболевания-уха,-горла-и-носа/опухоли-головой-и-шеи/обзор-опухолей-головой-и-шеи-overview-of-head-and-neck-tumors>

5. Кива Е.В., Дворников А.С., Пустынский И.Н., Мудунов А.М., Азизян Р.И., Ткачев С.И., Алиева С.Б., Егорова А.В., Чулкова С.В., Лепкова Н.В., Петерсон С.Б. Дифференцированный подход к лечению больных с рецидивами базальноклеточного рака кожи головы // Хирург. – 2019. – №1-2. – С. 28-38 [Kiva E.V., Dvornikov A.S., Pustynskij I.N., Mudunov A.M., Azizyan R.I., Tkachev S.I., Alieva S.B., Egorova A.V., Chulkova S.V., Lepkova N.V., Peterson S.B. Differentsirovannyj podhod k lecheniyu bol'nykh s recidivami bazal'nokletochnogo raka kozhi golovy // Xirurg. – 2019. – №1-2. – С. 28-38 (in Russ.)]. <https://panor.ru/articles/differentsirovannyj-podkhod-k-lecheniyu-bolnykh-s-retsidivami-bazalnokletochnogo-raka-kozhi-golovy/9673.html>

ТҰЖЫРЫМ

БЕТТІҢ БАЗАЛЬДЫ ЖАСУШАЛЫ ТЕРІ ІСІГІ КЕЗІНДЕ КЕУДЕ БҰЛШЫҚЕТІНІҢ НЕГІЗГІ БӨЛІГІН ҚАМТИТЫН РЕКОНСТРУКТИВТІК ПЛАСТИКАЛЫҚ ОПЕРАЦИЯ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ

М.Е. Қайбаров¹, Н.В. Слонева¹, Д.Н. Ахметов¹

¹«Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты» АҚ, Алматы, Қазақстан Республикасы

Өзектілігі: Базальды жасушалы тері қатерлі ісігі – эпителий жасушаларынан пайда болатын ісіктердің ішінде ең көп таралған түрі. Өзгертілген тіндер мен мүшелерді қайта қалпына келтіру адамзаттың медициналық және әлеуметтік өзекті және маңызды проблемаларының бірі болып табылады. Әсіресе, Бас және мойын зақымданулары функционалдық және әсемдік тұрғыда қалпына келтіру үшін өте қиын.

Зерттеудің мақсаты: АҚ ҚазОжРФЗИ Бас және мойын ісіктері орталығында үлкен кеуде бұлшықетін қолдана отырып, реконструктивті пластикалық операцияларды жүргізу тәжірибесімен бөлісіңіз

Әдістері: Мақалада «Қазақ онкология және радиология ФЗИ» АҚ бас және мойын ісіктері орталығының (Алматы, Қазақстан) тері қатерлі ісігінің прогрессирленуі кезіндегі үлкен кеуде бұлшықетін (ҮКБ) қосумен тамырлы аяқшадағы лоскут арқылы реконструктивті-пластикалық операциядан кейінгі тәжірибесі, ота кезеңдері және отадан кейінгі жараны емдеу тәжірибесі және нәтижелері көрсетілген.

Нәтижелер: Операциядан кейін 6 және 12 айдан кейін динамикада бақылау нәтижесінде тері-бұлшықетті лоскут қалпында, ісіктің қайталануы және метастазына объективті деректер жоқ.

Қорытынды: ҮКБ негізіндегі тері-бұлшықетті лоскуттар бас және мойын комбинирленген, үлкен ауқымды тіндердің жетіспеушілігі кезінде сәтті пайдалануға болады.

Түйінді сөздер: Базальды жасушалық ісік, үлкен кеуде бұлшықеті (ҮКБ), алмастырушы қақпақ, остеомиелит, пластика, тін жетіспеушілігі, тері-майлы қақпақ.

ABSTRACT

RECONSTRUCTIVE PLASTIC SURGERY INVOLVING THE PECTORALIS MAJOR MUSCLE FOR BASAL CELL CARCINOMA OF THE FACIAL SKIN: A CLINICAL CASE

M.E. Kaibarov¹, N.V. Sloneva¹, D.N. Akhmetov¹

¹«Kazakh Institute of Oncology and Radiology» JSC, Almaty, the Republic of Kazakhstan

Relevance: Basal cell skin cancer is the most common malignant skin tumor originating from epithelial cells. Reconstruction of altered tissues and organs is an urgent and significant medical and social problem. In particular, head and neck injuries are particularly difficult for functional, cosmetic, and aesthetic reconstruction.

The article aimed to share the experience of performing reconstructive plastic surgery using the pectoralis major muscle at the Head and Neck Tumor Center of Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, JSC (KazIOR, Almaty, Kazakhstan).

Methods: The article describes the experience, operation steps, and results of postoperative wound healing after reconstructive surgery for skin cancer progression. A split musculocutaneous flap with the inclusion of the pectoralis major on a vascular pedicle was used. The surgery was performed at the Center for Head and Neck Tumors of KazIOR.

Results: Follow-up control 6 and 12 months after surgery showed that the musculocutaneous flap was intact. There was no evidence of recurrence or metastasis.

Conclusion: Musculocutaneous flaps involving the pectoralis major can successfully reconstruct combined extensive head and neck injuries.

Keywords: Basal cell carcinoma, pectoralis major, replacement flap, osteomyelitis, plastic, defect, fatty skin flap.

Прозрачность исследования: Авторы несут полную ответственность за содержание данной статьи.

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование: Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Вклад авторов: вклад в концепцию – Кайбаров М.Е., Слонева Н.В., Ахметов Д.Н.; научный дизайн – Слонева Н.В.; исполнение заявленного научного исследования – Слонева Н.В.; интерпретация заявленного научного исследования – Слонева Н.В., Кайбаров М.Е., Ахметов Д.Н.; создание научной статьи – Слонева Н.В.

Сведения об авторах:

Кайбаров Мурат Ендалович – к.м.н., заведующий Центром опухолей головы и шеи АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +77017883636, e-mail: kaibarov_murat@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0150-5118>;

Слонева Нина Викторовна (корреспондирующий автор) – хирург-онколог Центра опухолей головы и шеи АО «КазНИИОиР», Алматы, ул. Шевченко 166, Республика Казахстан, тел. +77783149680, e-mail: nina9202@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6499-9667>;

Ахметов Данияр Нуртасович – к.м.н., хирург-онколог Центра опухолей головы и шеи АО «КазНИИОиР», Алматы, Республика Казахстан, тел. +7773718550, e-mail: daniyar_n1976@mail.ru, ID ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9112-7327>.