

перевязки наружної сонної артерії. В трьох случаях проведено перевязку язичної артерії с обох сторін. В 11 из 12 пациентов, у которых кровотечение возникло вследствие местного прогрессирования заболевания, после комбинированного лечения её удалось остановить консервативными мероприятиями, один больной умер. Семеро из 14 больных умерло вследствие кровотечения из магистральных сосудов шеи в раннем послеоперационном периоде.

Ключевые слова: опухоли головы и шеи, кровотечение, лечение.

ARROSIVE HEMORRHAGES IN PATIENTS WITH HEAD AND NECK TUMORS – CAUSES, CONSEQUENCES AND PREVENTION

O.O. Halai, S.H. Bondarenko, O.V. Druziuk, O.R. Duda, V.Y. Ludchak, I.M. Sendeha, R.R. Slipets'kyi, T.R. Tsiolko, M.R. Schmidt

Abstract. 49 cases of arrosive hemorrhages in patients with head and neck tumors have been analyzed. We managed to arrest it by legating the external carotid artery in 20 out of 23 patients in whom bleeding was diagnosed from the tumor. A ligation of the lingual artery from on both sides was performed in three cases. It was possible to arrest the bleeding by means of a conservative method in 11 out of 12 patients in whom hemorrhage arose due to a local progression process after a combined treatment, one patient died.

Key words: head and neck tumors, hemorrhage, treatment.

State Oncologic Regional Medicodiagnostic Center (Lviv, Ukraine)

Рецензент – доц. Б.І. Шумко

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 190-195

Надійшла до редакції 11.06.2012 року

© О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, О.Р. Дуда, В.Ю. Лудчак, І.М. Сендега, Р.Р. Сліпещький, Т.Р. Цюлко, М.Р. Шмідт, 2012

УДК 617.51:616.5-006.6-089.844

І.Й. Галайчук, І.С. Данилків, М.І. Домбрович

ОНКОПЛАСТИЧНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ЗЛОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ШКІРИ ГОЛОВИ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського, Україна

Резюме. Проаналізовано результати онкопластичних операцій у 62 хворих на злоякісні пухлини шкіри голови (54 – рак шкіри на стадії T2-4; 8 – меланома шкіри T4N0-2M0). Первинну пластику операційної рани виконано в 47 пацієнтів (76,0 %), відстрочену – у 15 осіб (24,0 %). Клінічно оцінено способи онкопластичних операцій і визначено оптимальні методи пластики. Місцеві ускладнення спостерігали у 21,9 % осіб, в яких післяопераційні рани велися традиційним способом, і в 10,0 % пацієнтів, у котрих застосовували ТІМЕ-концепт лікування ран. Бактеріальні дослідження з виразкової поверхні злоякісних пухлин показали нетипову для шкіри голови колонізацію мікроорганізмів кишкової та синьо-гнійної паличок.

Дійшли висновку, що вибір методу пластики після радикальних онкологічних операцій залежать від локалізації, величини і глибини післяопераційного дефекту. Застосуванням способів транспозиційної пластики, ротаційної і мостоподібної пластик, автодермопластики досягають оптимальних умов повноцінного закриття операційної рани із задовільними функціональними і косметичними наслідками. Визначення мікробного спектра на виразковій поверхні злоякісної пухлини напередодні хірургічного втручання є необхідним дослідженням для ціленаправленого вибору антибактеріальної терапії під час онкопластичних операцій.

Ключові слова: рак шкіри голови, меланома, онкопластична хірургія.

Вступ. Для злоякісних пухлини шкіри голови характерно висока агресивність, швидкий та інвазивний ріст, деструкція хрящів і кісток черепа (базальноклітинний рак), метастатичне ураження головного мозку (меланома) тощо. Основними методами лікування таких хворих є хірургічне видалення пухлини, променева і цитостатична терапія. Комбіноване застосування хіміопроменевої терапії в неоад'ювантному режимі підвищує абластичність операції, однак впливає на загоєння операційних ран, збільшуючи ризик виникнення місцевих ранових ускладнень. Після

хірургічного видалення раку шкіри на стадії T2, T3 і T4 утворюються операційні рани значних розмірів [10, 15, 17, 18]. Радикальне видалення меланоми шкіри необхідно здійснювати в межах двох сантиметрів нормальних тканин. В усіх цих випадках операційні дефекти потребують пластичного закриття з дотриманням правил онкопластичної хірургії. Онкопластична хірургія якраз і поєднує в собі основні принципи онкохірургії і пластичної хірургії, при цьому дотримуються радикальності видалення пухлини й досягають максимально можливих естетичних результатів

лікування, що дуже важливо для клінічної, естетичної і соціальної реабілітації пацієнта [2, 3].

Мета дослідження. Охарактеризувати способи онкопластичних операцій у хворих на злоякісні пухлини шкіри голови і визначити оптимальні методи пластики при пухлинах різної локалізації, глибини інвазії та морфологічної структури.

Матеріал і методи. За період 2008-2011 рр. у клініці прооперовано 62 особи, віком від 25 до 75 років, серед яких жінок – 17 (27,5 %), чоловіків – 45 (72,5 %). У дослідження вибрані пацієнти з пухлинами категорії T2, T3, T4 за класифікацією TNM-6 [11]. Базальноклітинний рак шкіри діагностовано в 31 (50,0 %) пацієнта, плоскоклітинний рак – у 23 (37,1 %) осіб, меланому шкіри (T4N0-2M0) встановлено у 8 (12,9 %) пацієнтів. Із 54 хворих на рак шкіри семеро прооперовані з приводу рецидивів, які виникли після повних курсів променевої терапії первинних пухлин стадії T3 або T4.

Діагностичний алгоритм складався із передопераційної цитоморфологічної верифікації злоякісної пухлини та післяопераційного патоморфологічного дослідження з визначенням глибини інвазії і ступеня диференціації (G) пухлини. Ультразвуковими методами визначали *in vivo* глибину інвазії пухлини, лімфоваскулярну сітку навколо пухлини, оцінювали стан регіонарних лімфатичних колекторів. Комп'ютерну томографію головного мозку виконували у хворих на меланому і в пацієнтів на рак шкіри з деструкцією кісток черепа.

За глибиною інвазії злоякісних пухлин виділено такі підгрупи: А – 28 осіб, у яких було ураження шкіри і підшкірно-жирової клітковини, В – 21 пацієнт з ураженням пухлиною м'язів, окістя і частково кістки, С – 13 осіб з деструкцією кістки на всю її товщину або прямим поширенням пухлини на інші органи (око, вушна раковина).

У 16 пацієнтів (12 хворих на рак і 4 – на меланому шкіри), що мали пухлини з виразковою поверхнею або розпадом, брали матеріал для мікробіологічних досліджень із поверхні ракової виразки та з інтактною шкіри на відстані 5-10 см від пухлини (саме цю ділянку використовували в подальшому для пластики). Ідентифікацію виділених мікроорганізмів та визначення їх чутливості до антибіотиків здійснювали на бактеріальному аналізаторі Vitek2 Compact (Франція). Антибактеріальна терапія, починаючи з дня операції, проводилася відповідно до отриманої антибіотикограми.

Лікування. У хворих на рак шкіри величиною 2-3 см виконували лише хірургічне втручання. Передопераційну променеву терапію 35–45 Гр на апараті «Рокус-М» здійснювали в пацієнтів на рак шкіри розміром понад 3,0 см. У випадку місцево-розповсюдженого раку шкіри стадії T4 лікування починали з хіміопроменевої терапії. У хворих на меланому шкіри застосовували неoad'ювантний цикл хіміотерапії (дакарбазин, цисплатин, вінкристин) у поєднанні з інтенсивним

курсом гамма-терапії (СВД 35-40 Гр.) на ложе пухлини і перитуморальну зону.

Усім пацієнтам виконані радикальні операції – широке висічення злоякісних пухлин із відступом від краю пухлини на 1,0-1,5 см у хворих на рак шкіри і 2,0 см – у хворих на меланому шкіри. «Чистоту» країв резекції контролювали субопераційно за допомогою цитоморфологічного дослідження країв операційної рани. У двох пацієнтів об'єм радикальної операції включав енуклеацію очного яблука. У чотирьох хворих на меланому шкіри виконано фасціальну-футлярну лімфаденектомію шиї. У цих пацієнтів метастатичне ураження регіонарних лімфатичних вузлів шиї ще на доклінічній фазі розвитку виявлено при ультразвуковому дослідженні та підтверджено патогістологічно після операції.

Методи пластичного закриття операційної рани відрізнялися залежно від величини самої рани:

– округлий дефект на тім'яній і лобній ділянці до 4-5 см у діаметрі закривали двома ромбоподібними або серпоподібними шкірно-жировими клаптями за методом Лімберга або Піка відповідно, або застосовували спосіб «А-Т» пластики; рану на щоках закривали переміщенням одного транспозиційного клаптя за способом Шрудде;

– округлий дефект тім'яної ділянки розміром 6-10 см закривали переміщенням трьох ромбоподібних шкірно-фасціальних клаптів за методом Лімберга, або чотирьох – за способом «діафрагми»;

– асиметричні великі дефекти на бокових поверхнях голови закривали шляхом ротаційного переміщення окципітально-темпорального або лобно-темпорального шкірно-апоневрозного клаптя;

– при великих дефектах м'яких тканин і кісток у ділянці чола застосовували мостоподібний скронево-тім'яний клапоть на судинних ніжках (a. temporalis superficialis sin. et dex.);

– після електровисічення великих інвазивних пухлин на скронево-вличних ділянках на рани тимчасового (на 3-4 дні) накладали ксенодермотрансплантати для ліквідації больового синдрому, розвитку грануляційної тканини;

– місця глибокого дефекту м'яких тканин зі збереженим окістям закривали автодермотрансплантатами товщиною 0,15-0,2 мм.

У пацієнтів підгрупи «С» і «В» виконували операції на кістках черепа: некретомію зовнішньої пластинки (4 особи), множинні фрезові кратероподібні отвори в губчастій речовині кістки (6 осіб). При повній деструкції виконували кругову резекцію кісток черепа на віддалі 1,0 см від пухлинної інвазії (3 особи), потім кістковий дефект закривали титановою сіткою, з накладанням на неї переміщених шкірно-апоневрозних клаптів.

За способами лікування ран пацієнти розподілені на дві групи. У 1-й групі (32 пацієнти) застосовували традиційний підхід: асептичні пов'язки з розчином хлоргексидину або декасану, мазі левомеколь, офлокаїн, метилурацил залежно від

фаз ранового процесу. У 30 осіб 2-ї групи операційні рани вели за правилами ТІМЕ-концепту, що включали візуальну оцінку тканин рани («T-tissue»), запобігання інфікуванню («I-infection»), підтримання оптимальної вологості в рані («M-moisture»), захист країв рани від мацерації («E-edge») [7]. Для цього використовували сучасні перев'язувальні матеріали. На лінійні рани накладали прозорі гідрогелеві пов'язки SanoSkin First або Sano Skin-Net на 5-7 днів. Для підготовки відкритої рани до пластичного закриття застосовували адсорбуючу губчасту пов'язку SanoSkin Foam, яку змінювали на легко абсорбуючі пов'язки Stellaline, сітку-тюль і гель Melladerm Plus, гідрогелеві пов'язки SanoSkin-Net. Щоразу рану добре промивали фізрозчином або SanoSkin Cleanser, при потребі – антисептиками декасаном, бетацином. Пов'язки фіксували до шкіри клеєм поліуретановою плівкою Tegaderm Film. Перев'язки здійснювали раз на 2-3 дні. Хворі з великими пухлинами з розпадом отримували антибактеріальну терапію відповідно до ранової антибіотикограми, визначеної напередодні операції.

Методом описової статистики оцінювали безпосередні результати операцій, ранові ускладнення (інфікування, нагноєння, ішемія, крайовий некроз), рецидив, метастази пухлин.

Результати дослідження та їх обговорення.

У результаті радикальних операцій первинну пластику операційної рани виконано в 47 пацієнтів (76,0 %), у 15 осіб (24,0 %) відстрочену пластику після розвитку грануляційної тканини.

Післяопераційні ускладнення: ішемія переміщеного клаптя з поверхневим або крайовим некрозом, діастаз рани, лізис трансплантата, інфікування, нагноєння спостерігали у 21,9 % пацієнтів, у яких післяопераційні рани велися традиційним способом, і лише в 10,0 % осіб, у котрих застосовували ТІМЕ-концепт лікування ран.

Бактеріальні дослідження показали, що в мікрофлорі пухлини переважала популяція *S. aureus*, на другому місці – грамнегативні палички *E. coli* і *Pseudomonas aeruginosa*. У мікрофлорі інтактної шкіри домінували коагулазонегативні стафілококи *S. epidermidis*. На поверхні інтактної шкіри не виявлено кишкових і синьо-гнійних паличок. Щільність мікробної колонізації виразкової поверхні злоякісної пухлини в 1,5-2,0 раза більша від колонізації бактерій інтактної шкіри. Нетипова для шкіри голови колонізація мікроорганізмів (кишкова і синьо-гнійна паличка) в злоякісних пухлинах створює додатковий ризик розвитку ранової інфекції, у т.ч. менінгіту. Беручи до уваги те, що хворі отримували променевою терапією і цитостатичну хімотерапією, потрібно забезпечувати надійний антибактеріальний захист на основі таргетного підбору антибіотиків напередодні операції.

Активна хірургічна тактика, ретельна вторинна хірургічна обробка та місцеве лікування рани за принципами ТІМЕ-концепту із застосуванням відповідних перев'язувальних матеріалів

дозволили локалізувати рановий процес, запобігти розвитку ранового менінгіту, зупинити остеомієліт кісток черепа, протягом двох тижнів підготувати гранулюючі рани до пластики. При звичайному місцевому лікуванні відкритих ран потрібно було не менше чотирьох тижнів.

За час спостереження троє (37,5 %) з восьми хворих на меланому шкіри (T4N1-2) померли від метастатичного ураження головного мозку в період 21-30 місяців із моменту діагностики. Від рецидивів раку шкіри з наскрізним ураженням кісток черепа і мозкових оболонок померли троє осіб (23,1 %) з підгрупи «С».

Вибір одного або комбінації декількох методів пластики залежить від анатомічних і пацієнт-залежних факторів. Анатомічні фактори включають локалізацію та глибину рани, ступінь еластичності або в'ялості навколишніх тканин. Фактори, що стосуються хворого, це загальний фізичний і психічний стан пацієнта, статус курця і здатність доглядати реконструктивну рану. Операцію планують виходячи з конкретної клінічної ситуації, наявності відповідних технічних можливостей, кваліфікації хірурга, побажань пацієнта [6, 17].

Необхідно брати до уваги фактори високого ризику у хворих на рак шкіри згідно з TNM-7 класифікацією: товщина пухлини >2 мм, рівень інвазії за методом Кларка \geq IV, периневральна або лімфоваскулярна інвазія; анатомічна локалізація (вушна раковина, шкіра верхньої губи); низький ступінь морфологічної диференціації або недиференційована пухлина [12]. Меланома шкіри голови – це завжди пухлина з високим метастатичним потенціалом, у таких пацієнтів прогноз несприятливий, тому протипухлинне лікування має бути комплексне і пролонговане.

Лікувальна тактика при локалізації злоякісної пухлини на шкірі виличних дуг, скроневій, привушній або лобній ділянках – тобто в тих місцях, де немає вираженої тканинної основи, має узгоджуватися між радіологом і онкохірургом. При пухлинах >3 см доцільно планувати на першому етапі променевою терапією (СВД 40-45 Гр.) з подальшим радикальним хірургічним втручанням і первинним або відстроченим пластичним закриттям операційної рани. Інший варіант – продовження променевої терапії до СВД 70 Гр має тимчасовий задовільний ефект. Рецидивний рак, який виникає через 6-12 місяців або через декілька років, є значно агресивнішим, інфільтрує прилеглі тканини в площині післяпроменевого рубця і нерідко руйнує верхньощелеповий суглоб та кістки на тлі пострадіаційного остеопорозу. У таких пацієнтів як проведення радикальної операції, так і пластичне заміщення операційного дефекту є досить складним завданням.

При плануванні пластичних операцій на волоській частині голови необхідно враховувати куполоподібну поверхню черепа, де площинна геометрія фігур переходить у сферичну, що вимагає продовження на 1,5-3,0 см довжини при виконанні транспозиційних клаптів. Однак від-

ношення довжини клаптя до його ширини не повинно перевищувати 4:1. Крім того, потрібно мати на увазі, що викроєні клапті ущільнюються на 15-20 % від розрахованої величини.

Ротаційне переміщення окципітально-темпорального шкірно-апоневротичного клаптя в напрямку до чола є більш ефективним для закриття великого дефекту, завдяки розправленню шийно-потиличної складки, що додає тканин при переміщенні в напрямку від потилиці до чола, чого не буває при переміщенні масиву тканин від чола до потилиці.

Дефекти після радикальних онкологічних операцій можуть бути успішно закриті шкірно-фасціальним язикоподібним клаптем із завушної ділянки по ходу тім'яної гілки поверхневої скроневної артерії, повноцінними шкірно-м'язовими клаптями на судинній ніжці з великого грудного і трапецієподібного м'язів, або вільним переміщенням шкірно-м'язових клаптів (у т.ч. з широкого м'яза спини) із застосуванням мікрохірургічної техніки судинних анастомозів [1, 2, 13, 14, 16].

Пластика мігруючими Філатовськими стеблами і методика місцевого нарощування тканин за допомогою імплантованого під сухожильний апоневроз експандера займають декілька місяців [2, 5, 6]. Беручи до уваги роль хронічної рани в розвитку рецидиву і метастазів злоякісної пухлини [8, 9], такі операції можуть плануватися лише в окремих випадках.

Перед кожним хірургічним етапом необхідно здійснювати цитоморфологічний контроль рани в центрі і по її краях на предмет можливого рецидиву раку.

Успішними онкопластичні операції вважаються тоді, коли переміщені тканини плавно стикаються з навколишніми тканинами, вписуються у конфігурацію кісток черепа, шви приховані в природних зморшках шкіри, відновлюється тактильна чутливість, наявний задовільний косметичний ефект [4, 5]. У таких випадках настає фізична і психологічна реабілітація пацієнта, відновлюється його працездатність.

Отже, радикальна операція, променева і хімотерапія призводять до формування зовнішніх дефектів, порушенню функції органів голови і шиї, інвалідації. Тому пластично-реконструктивним операціям, які виконуються одночасно з радикальною або з відстроченням на 2-4 тижні немає альтернатив. Не доцільно очікувати місяцями і роками для виключення рецидиву раку, за цей час настає повна дезадаптація пацієнта і можливість його повернення до активного життя стає мінімальною.

Висновки

1. У хворих на злоякісні пухлини шкіри голови вибір методу пластики після радикальних онкологічних операцій залежать від локалізації, величини і глибини післяопераційного дефекту. Застосуванням транспозиційної пластики за методом Лімберга і Піка, ротаційної пластики окципітально-темпоральним клаптем, мостоподібного

клаптя на судинних ніжках, відстроченої автодермопластики гранулюючих ран досягають оптимальних умов повноцінного закриття операційної рани із задовільними функціональними і косметичними наслідками.

2. Післяопераційні рани (лінійні та відкриті) слід вести за правилами ТІМЕ-концепту із використанням сучасних перев'язувальних матеріалів, що запобігає генералізації ранової інфекції, сприяє загоєнню лінійних швів первинним натягом, прискорює розвиток грануляційної тканини, зменшує у 2,2 раза місцеві ранові ускладнення.

3. Визначення мікробного спектра поверхні злоякісної пухлини і чутливості до антибіотиків напередодні хірургічного втручання є необхідним дослідженням для ціленаправленого вибору антибактеріальної терапії і профілактики інфекційних ускладнень після виконання онкопластичних операцій.

4. Хворі на рак шкіри з деструкцією кісток черепа і хворі на меланому шкіри стадії T4 становлять найбільш тяжку категорію в прогностичному плані, з них відповідно 23,1 % і 37,5 % пацієнтів помирають від злоякісної інвазії менингеальних оболонок та метастатичного ураження головного мозку протягом перших 2-2,5 року.

Перспективи подальших досліджень. Подальші дослідження перспективно спрямувати на створення комп'ютеризованих індивідуальних моделей хірургічних втручань при різних локалізаціях пухлин шкіри голови та вивчення впливу нових перев'язувальних і шовних матеріалів на процеси загоєння ран у хворих після радикальних онкопластичних операцій.

Література

1. Бурлаков А.С. Проблема выбора пластики в онкологии: микрохирургическая пересадка или традиционные методы? / А.С. Бурлаков, А.Н. Махсон // Вестн. Московского Онкологического Общества. – 2004. – № 6-8. – С. 7-8.
2. Васильев С.А. Пластическая хирургия в онкологии / С.А. Васильев. – Челябинск: Из-во «Челябинская государственная медицинская академия», 2002. – 262 с.
3. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. Руководство для врачей / Под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотнокова. – М.: Медицина, 1997. – 288 с.
4. Пластическая хирургия лица и шеи / В.И. Сергиенко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 328 с.
5. Соколов В.Н. Пластическая, реконструктивно-восстановительная и косметическая хирургия. Руководство для интернов и врачей / В.Н. Соколов, Д.С. Аветиков. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 340 с.
6. Chang D.C.W. Forehead Reconstruction. Treatment & Management. – 2011 / D.C.W. Chang, A.D. Meyers: <http://emedicine.medscape.com/article/876876-treatment>

7. Dowsett C. TIME principles of chronic wound bed preparation and treatment / C. Dowsett, E. Ayello // Br. J. Nurs. – 2004. – Suppl. 13 (15). – S. 16-23.
8. The effect of surgical wounding on tumour development / S.O.P. Hofer, G. Molema, R.A. Hermens, H.J. Wanebo // Eur. J. Surg. Oncology. – 1999. – Vol. 25, № 3. – P. 231-243.
9. Schafer M. Cancer as an overhealing wound: An old hypothesis revisited / M. Schafer, S. Werner // Nat. Rev. Mol. Cell. Biol. – 2008. – Vol. 9. – P. 628-638.
10. Smith V. Treatment of Facial Basal Cell Carcinoma: A Review / V. Smith, Sh. Walton // Journal of Skin Cancer. – 2011. – Vol. 2011. – P. 1-7.
11. TNM Classification of Malignant Tumours. 6th edition / L.H. Sobin and Ch. Wittekind, Eds. – Wiley-Liss, 2002. – 239 p.
12. TNM Classification of Malignant Tumours. 7th ed. / L. Sobin, M. Gospodarowicz, Ch. Wittekind, Eds. – Wiley-Blackwell, 2009. – 328 p.
13. Hill J.L. Microsurgical Reconstruction of Large, Locally Advanced Cutaneous Malignancy of the Head and Neck / J.L. Hill, B. Rinker // International J. of Surgical Oncology. – 2011. – Vol. 2011. – P. 1-5.
14. The role of free tissue transfer in the reconstruction of massive neglected skin cancers of the head and neck / M.K. Wax, B.B. Burkey, D. Bascom [et al.] // Archives of Facial Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 5, № 6. – P. 479-482.
15. Giant basal cell carcinoma surgical management and reconstructive challenges / P.L. Lackey, L.A. Sargent, L. Wong [et al.] // Annals of Plastic Surgery. – 2007. – Vol. 58, № 3. – P. 250-254.
16. Wong C.H. Microsurgical free flap in head and neck reconstruction / C.H. Wong, F.C. Wei // Head and Neck. – 2010. – Vol. 32, № 9. – P. 1236-1245.
17. Belmahi A. Local flaps in the treatment of full thickness scalp defects secondary to advanced cutaneous malignancy. About 21 clinical cases / A. Belmahi, A.A. Oufkir // Ann. Chir. Plast. Esthet. – 2007. – Vol. 52 (6). – P. 569-576.

ОНКОПЛАСТИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОЖИ ГОЛОВЫ

И.И. Галайчук, И.С. Данилків, М.И. Домбрович

Резюме. Проанализированы результаты онкопластических операций у 62 больных злокачественными опухолями кожи головы (54 – рак кожи на стадии T2-4, 8 – меланомой кожи T4N0-2M0). Первичную пластику операционной раны было выполнено у 47 больных (76 %), отсроченную – у 15 больных (24 %). Клинически оценены способы онкопластических операций и определены наиболее целесообразные методы пластики. Местные осложнения наблюдали у 21,9 % больных, у которых послеоперационные раны велись традиционным способом, и в 10,0 % больных, у которых применяли TIME-концепт лечения ран. Бактериальные исследования с язвенной поверхности злокачественных опухолей показали нетипичную для кожи головы колонизацию микроорганизмов кишечной и синегнойной палочки.

Сделаны выводы, что выбор метода пластики после радикальных онкологических операций зависит от локализации, величины и глубины послеоперационного дефекта. Применением способов транспозиционной пластики, ротационной и мостовидной пластик, аутодермопластики достигают оптимальных условий полноценного закрытия операционной раны с удовлетворительными функциональными и косметическими последствиями. Определение микробного спектра с язвенной поверхности злокачественной опухоли накануне хирургического вмешательства необходимо для целенаправленного выбора антибактериальной терапии при онкопластических операциях.

Ключевые слова: рак кожи головы, меланомы, онкопластическая хирургия.

ONCOPLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH MALIGNANT SKIN TUMORS OF THE HEAD

I.Y. Halaichuk, I.S. Danylkiv, M.I. Dombrovych

Abstract. The results of oncoplastic surgeries were analyzed in 62 patients with malignant tumors of head of the skin (54 pts. – skin cancer at stage T2-4, and 8 pts. – cutaneous melanoma T4N0-2M0). Primary plasty of a surgical wound was performed in 47 patients (76,0 %), a delayed one in 15 patients (24,0 %). Different oncoplastic techniques were clinically evaluated and optimal plasty methods for a wound closure were determined. Local complications were observed in 21,9 % of the patients in the group with traditional wound care, and in 10,0 % of the patients in the group which used TIME-concept in wound treatment. Bacterial studies of the ulcerous surface of malignant tumors demonstrated an atypical colonization of microorganisms for the head skin of *E. coli* and *Pseudomonas aeruginosa*. It has been concluded that the choice of the method of plasty after radical cancer surgery depends on the location, size and depth of the postoperative defect. By applying methods of flap transposition, rotation-advancement and bridge flaps, and autodermplasty we achieved optimal conditions for an adequate closure of the operative wound with satisfactory functional and cosmetic consequences. A determination of the microbial spectrum on the ulcerous surface of the malignant tumor before surgery is a necessary research for a purposeful selection of antibacterial therapy during oncoplastic operations.

Key words: head skin cancer, melanoma, oncoplastic surgery.

State Medical University Named after I.Ya. Horbachevs'kyi (Ternopil, Ukraine)