

4. Амбулаторное оперирование рака губы недопустимо.

5. Все оперированные раковые больные, и особенно с наружными формами заболеваний, подлежат длительному диспансерному наблюдению.

Литература: 1. Березов, Журн. сов. хир., 1929, т. IV.—2. Березин, Нов. хир. арх., 1935, кн. 133.—3. Герцен, Журн. сов. хир., т. III, 1928.—4. Коган, Нов. хир. арх. 1936, III, 36.—5. Лейфер, Н. X. А. 1935, кн. 133—134.—6. Мельников, Нов. хир. арх., 1933, № 111—112.—7. Нарбушевский, Нов. хир. арх., 1935, кн. 129.—8. Петров, Злокачественные опухоли, т. I, 1934.—9. Покрышкин, Сиб. арх. теор. и прак. мед., 1928, т. 3.—10. Патерило, Вопр. онкол., 1930, т. 3.—11. Петров, В. X. и П. О., 1929, кн. 52.—12. Шанин, Доклад на 1 Украинском онкологическом съезде 1938.

Поступила в ред. 28/XI 1938 г.

Из 1 хирургич. клиники им. проф. В. Л. Боголюбова (дир. проф. Ю. А. Ратнер)
Казанского гос. института усовершенствования врачей им. В. И. Ленина.

О замещении обширных дефектов после оперативного удаления рака кожи.

Доц. С. П. Вилесов.

Раковые поражения кожи, по доступности их лечению, можно подразделить на три группы.

1. Плоские поверхностные язвы (*ulcus rodens*), занимающие небольшие участки собственно кожи. Они хорошо подвижны и, за редким исключением, метастазов не дают. Небольшие поверхностные эпителиомы кожи легко излечиваются оперативным иссечением опухоли с первичным закрытием дефекта, лучевой терапией и другими консервативными методами (хлористый цинк, формалин, снег угольной кислоты).

2. Рак кожи, проникающий в подкожную клетчатку и фасции. На лице он нередко прорастает мышцы и слизистую оболочку полости рта, а также небольшие участки надкостницы и кости. Это полуподвижная или неподвижная опухоль, захватывающая более или менее обширные участки кожи. Поверхность опухоли обычно подвергается распаду, а присоединяющаяся инфекция ведет к появлению зловонных кровянисто-гнойных выделений. Часто наблюдаются метастазы в регионарные лимфатические железы.

Лечение здесь встречает известные трудности как в отношении ликвидации ракового процесса, так и в смысле анатомического и функционального восстановления образующегося дефекта.

3. Рак кожи, захватывающий обширные поверхности, проникающий глубоко в подлежащие ткани и органы. На лице процесс сопровождается полным разрушением пораженных отделов (нос, челюсти, глаз, ушная раковина). Метастазы и общая интоксикация здесь уже обычное явление. Подобные случаи нужно отнести к некурабельным формам раковых поражений.

Среди современных методов лечения тех форм рака кожи, которые отнесены нами ко второй группе поражений, на первое место

следует поставить два способа: актинотерапевтический и хирургический.

Лучистая энергия с большим успехом применяется для лечения новообразований кожи. Кюритепия кожных раков в Ленинградском онкологическом институте привела в 81,8% к исчезновению опухоли; в 66,6% было получено длительное выздоровление (Холдин и Шанин).

Рентгенотерапия за последнее время также используется для лечения кожного рака (Мишер, Томпсон, Буопо, Борман, Неркина, Быховский и др.). По литературным данным результаты здесь менее постоянны. Количество ближайших выздоровлений у большинства авторов не превышает 67%. Следует отметить большое преимущество лучевой терапии: она оставляет мало заметные дефекты, которые не требуют сложных пластических исправлений.

Несмотря на значительные успехи рентгено-и радиотерапии эпителиом кожи, хирургическое вмешательство при этих заболеваниях не может быть оставлено. Как известно, некоторые формы кожного рака вообще не поддаются актинотерапии. При лечении рака, инфильтрирующего глубокие ткани, требуются повторные серии облучений. При этом чувствительность раковых клеток постепенно уменьшается и клетки приобретают резистентность к лучам. Шмидт указывает, что иногда у одного и того же больного *ulcus rodens* излечивается под влиянием облучения в той части, где изъязвление поверхностное, и противостоит в тех отделах, где имеется более глубокое поражение. В подобных случаях необходимо своевременное оперативное удаление опухоли.

При наличии метастазов в лимфатических железах лучевая терапия далеко не всегда приводит к ликвидации этих очагов (Лериш, Рего, Герцен). В некоторых случаях после рентгенотерапии первичная опухоль исчезает, но появляются или увеличиваются метастазы в регионарных железах (Герцен). Вильмс говорит, что при метастазах в железах следует предпочесть хирургическое удаление опухоли, не останавливаясь перед необходимостью больших пластических операций.

При *naevicellular*'ном раке показано хирургическое лечение, так как актинотерапия здесь мало действительна. Последняя неприменима также при некоторых локализациях рака, например, на тыле кисти и стопы. Здесь лечение радием может повести к некрозу сухожилий, связок и подлежащих костей (Рего). Рак нижней губы—одна из самых частых локализаций кожных эпителиом—следует по мнению Герцена и других авторов лечить радикальной операцией. Только в исключительных случаях можно использовать здесь лучистую энергию.

Актинотерапия, будучи ценным методом лечения в онкологии, все еще имеет ограниченный круг применения из-за технических причин.

Оперативное же лечение является общедоступным методом. Подавляющее число больных с кожным раком, несомненно, лечится только хирургическим путем.

Если небольшие поверхностные раковые опухоли кожи легко удалимы, то операбельные случаи с глубоким и обширным поражением

представляют большие трудности как в смысле возможности удаления всех раково-пораженных тканей, так и в отношении последующего замещения образующегося дефекта. Это уже большая, обычно, атипическая операция и здесь только правильная тактика хирурга обеспечит возможно лучший результат.

В громадном большинстве случаев образующийся после иссечения опухоли дефект принято замещать при помощи первичной пластики за счет окружающих тканей. Здесь хирург сталкивается с двумя диаметрально противоположными задачами: с одной стороны—радикальное удаление опухоли и, с другой стороны,—сохранение окружающих тканей настолько, чтобы было возможно закрыть дефект без больших косметических и функциональных изъянов. Нередко хирург, опасаясь затруднений с замещением обширного дефекта, недостаточно радикально удаляет раковую опухоль. В этих случаях отдаленные результаты будут менее надежны.

При невозможности использования консервативных методов, нельзя останавливаться перед необходимостью иссечения обширных участков, даже в случаях, где образующийся большой дефект потребует сложных пластических операций. При этом условии представляется возможным расширить показания для оперативного вмешательства, и некоторые случаи, трактуемые как безнадежные, могут быть лечены с определенным положительным результатом.

Восстановительная хирургия последнего времени имеет весьма большие достижения. Особенно хорошо разработаны методы по пластическому восстановлению дефектов на поверхности тела. Но в большом материале, который приводится в работах крупных специалистов по пластике (Гусынин, Карташев, Франкенберг и др.) имеются только единичные случаи лечения дефектов после удаления злокачественных новообразований. На страницах периодической печати этому вопросу тоже не уделяется должного внимания.

Пластика обширных дефектов после злокачественных новообразований несомненно сложнее и труднее, чем при дефектах другого происхождения. В большинстве случаев приходится иметь дело с больными пожилого возраста, у которых регенеративные способности тканей значительно понижены. Еще больше затруднений связано с инфекцией, которая всегда имеется в распадающейся опухоли. Занимаясь пластической хирургией, мы больше всего неудач имеем у раковых больных. Эти неудачи были вызваны тем, что мы не имели выработанной тактики при хирургическом лечении этой группы больных. При учете всех могущих встретиться трудностей, правильный выбор метода восстановления дефекта позволяет добиться сравнительно удовлетворительных результатов.

Наиболее частой ошибкой при оперативном удалении рака кожи является стремление во чтобы то ни стало закрыть образовавшийся дефект путем первичного замещения, для чего производятся дополнительные разрезы и мобилизуются окружающие ткани.

Если иссекается распадающаяся опухоль, то всегда нужно считать образовавшуюся раневую поверхность инфицированной. Даже предварительное выжигание распадающейся поверхности диатермокоагуляцией не гарантирует асептического заживления, так как окружа-

ющая здоровая кожа, будучи сильно загрязнена, трудно поддается обработке.

При первичной пластике дополнительные разрезы расширяют раневую поверхность. После сведения краев раны в глубоких карманах создаются благоприятные условия для развития инфекции (в большинстве случаев гнилостой). В результате тяжелого нагноения швы расходятся, и образуется дефект больше того, который имелся после удаления опухоли без вспомогательных разрезов. Таким образом получается дополнительное обезображивание. После длительного рубцевания окружающие ткани сморщиваются и этим сильно затрудняют выполнение вторичной пластики дефекта.

Для иллюстрации мы приводим два случая, характерных для ошибок этого рода.

1. Г. Б., 60 лет, поступила в клинику 15/V 38 г. по поводу большой распадающейся опухоли на лице. Последняя развивалась в течение 1 1/2 лет из небольшой язвочки, первоначально располагавшейся на коже около левого угла рта.

Пониженное питание. Видимые слизистые и кожные покровы нормальной окраски. На лице, слева, в области щеки, угла рта и левой половины нижней губы имеется распадающаяся малоподвижная опухоль, размерами 6×6 см. Опухоль покрыта серовато-зеленым налетом и корками, легко кровоточит, дает в большом количестве зловонные кровянисто-гнийные выделения. Лимфатические железы—подбородочные и подчелюстные слева значительно увеличены, плотны и мало подвижны. В легких эмфизематозные явления. Границы сердца не изменены, тоны глуховаты. Пульс нормальный. Органы брюшной полости без особых изменений.

После лечения антисептическими повязками в течение 7 дней 22/V—операция под местной анестезией. Удалены подбородочные и подчелюстные лимфатические железы. Опухоль иссечена в пределах здоровых тканей. Оказались удаленными 2/3 нижней губы и левая щека около левого угла рта. Над нижней челюстью опухоль удалена вместе с надкостницей, так как последняя оказалась проросшей. Костная ткань челюсти не изменена. Нижняя губа восстановлена мобилизацией оставшейся части ее путем производства дополнительных разрезов на правой щеке. Дефект щеки удалось закрыть лоскутом, взятым с шеи.

Гистологическое исследование опухоли определило базальноклеточковый рак.

В послеоперационном периоде развилось тяжелое нагноение. Швы почти на всем протяжении, где подшивался лоскут для образования нижней губы, разошлись. Этот лоскут отошел и свисает в виде длинного хобота. Другой лоскут, образованный на шее и вшитый в дефект щеки, частично некротизировался, но большая часть швов сохранилась и удержала лоскут на месте. Рубцевание дефекта продолжалось в течение нескольких месяцев.

Повторный осмотр 19/X. Рецидива нет. Имеется большой дефект нижней губы, деформация ротовой щели и левой щеки. Предстоит вторичная пластика по методу Филатова.

2. Т. Т. М., 65 лет, поступил в клинику 1/II 1938 г. по поводу опухоли на нижней губе, которая появилась 6 месяцев тому назад в виде небольшой язвочки и быстро увеличивалась.

Больной выше среднего роста, пониженного питания. На нижней губе, почти на всем протяжении, имеется распадающаяся опухоль с кровянисто-гнийным отделяемым. Подчелюстные железы увеличены, плотны, безболезненны. Со стороны внутренних органов имеются возрастные изменения.

8/II операция под местной анестезией. Подковообразный разрез в подбородочной области по краю нижней челюсти. Удалена вся клетчатка вместе с подбородочными и подчелюстными лимфатическими и слюнными железами. Вся нижняя губа, в пределах здоровых тканей, иссечена. Пластика губы за счет двух надвигающихся лоскутов, образованных на щеках с выраженным натяжением.

При гистологическом исследовании обнаружен рак типа конкرويد.

Рана в подчелюстной области зажила первичным натяжением. На лице получилось нагноение и полное расхождение лоскутов. Образовался дефект на протяжении двух средних четвертей нижней губы. Во время еды происходит обильное истечение слюны.

В июле больной повторно явился в клинику. Рецидива нет. Дефект нижней губы имеет прежние размеры. Обширные рубцы, развившиеся в окружности дефекта, ограничивают открывание рта.

Больному предпринято восстановление дефекта по методу Филатова.

В описанных случаях радикальное удаление новообразований дало положительный эффект в смысле ликвидации ракового процесса, но результат от попыток первичного замещения дефекта за счет окружающих тканей неудовлетворительный. Тяжелая инфекция, развившаяся в послеоперационном периоде, привела к расхождению лоскутов. В обоих случаях требуется вторичная пластика, которая выполняется лишь по методу Филатова. Замещение дефекта за счет окружающих тканей лица невозможно, т. к. последние на большом протяжении рубцово сморщены.

Неудачи привели нас к непреложному правилу: после удаления больших распадающихся раковых опухолей кожи необходимо избегать первичных замещений дефекта, если это не выполнимо без натяжения и дополнительных разрезов.

Как известно, для выполнения любой пластической операции основными условиями являются отсутствие инфекции и устранение натяжения в пересаживаемых лоскутах. При раковых заболеваниях упомянутые требования тем более обязательны, так как в большинстве случаев эти больные имеют пониженную сопротивляемость к инфекции и слабую регенеративную способность тканей.

Поэтому мы считаем единственно верным оставлять открытыми большие дефекты после удаления распадающейся раковой опухоли. Допустимо лишь частичное сужение или прикрытие обнаженных костей, выполняемое без натяжения тканей. В открытой ране условия для развития инфекции неблагоприятны, поэтому послеоперационный период протекает спокойно. После рубцевания дефект значительно суживается. Вторичную пластику можно выполнить по истечении нескольких месяцев, когда больной окрепнет и меньшей станет угроза рецидива. Для замещения дефекта можно в ряде случаев с успехом использовать окружающие ткани, не тронутые при первой операции. Здесь имеются более благоприятные условия и для приживления лоскутов, взятых из других отделов тела. Как пример мы приводим следующий случай.

С. А., 34 лет, поступил в клинику 3/XII 37 г. по поводу обширной распадающейся опухоли нижней губы. Два года тому назад впервые заметил на нижней губе небольшое уплотнение. На поверхности его вскоре образовалась легко кровоточащая язва. С весны 1937 г. опухоль стала быстро увеличиваться, появился распад и зловонный запах.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Внутренние органы без особых изменений. Нижняя губа представляет собой большую распадающуюся опухоль. Слева опухоль распространяется на подбородок до нижнего края челюсти, захватывает левый угол рта и частично верхнюю губу. Вследствие распада слева губа разрушена настолько, что происходит постоянное истечение слюны. Язвенная поверхность покрыта гнойными корками, легко кровоточит, выделяет большое количество кровянисто-гнойной жидкости с гнилостным запахом.

Подбородочные и подчелюстные лимфатические железы прощупываются в виде плотных малоблезненных узлов. На рентгенограмме признаков, указывающих на поражение нижней челюсти, не обнаружено.

22/XII операция под местной анестезией. В подбородочной области удалена вся клетчатка вместе с подбородочными и подчелюстными лимфатическими и слюнными железами. Из-за воспалительных изменений операция представляла большие трудности. Иссечение раковой опухоли на лице пришлось отложить до следующего момента. Заживление раны проходило с тяжелым нагноением.

14/I операция под местной анестезией. Раковая опухоль слева на подбородке иссечена в пределах здоровых тканей вместе с надкостницей, покрывающей ниж-

нюю челюсть. Последняя не изменена. Образовался громадный дефект: отсутствует вся нижняя губа, мягкие ткани подбородка, угол рта и часть верхней губы слева. Для частичного сужения дефекта и покрытия участка обнаженной нижней челюсти выкроен лоскут из левой щеки в области носогубной складки (по типу операции Брунса). Лоскут низведен вниз и вшит без натяжения в дефект тканей подбородка. Осталась полностью незамещенной нижняя губа.

Заживление открытой раны протекало без осложнений. Лоскут прижил. 4/II больной выписан с не вполне зарубцовавшейся раной для амбулаторного лечения.

9/V-38 г. больной снова поступил в клинику хорошо поправившимся. Раневая поверхность давно заэпителизировалась. В течение следующих двух месяцев произведено восстановление всей нижней губы за счет филатовского стебля, образованного на правом плече. Внутренняя выстилка губы образована из лоскута кожи, выкроенного на подбородке по Парину. В результате пластики получился удовлетворительный результат. Ротовая щель замыкается, слюнотечения нет. В последующем необходимы некоторые дополнительные косметические исправления.

Если бы в плане лечения описанного случая рака ставилась задача первичного замещения дефекта после иссечения опухоли, то пришлось бы отказаться от операции из-за невозможности это условие выполнить. Стало быть случай считался бы неоперабельным. Так как мы с самого начала отказались от мысли закрыть большую недостачу тканей, мы произвели радикальное удаление опухоли в пределах здоровых тканей, не задумываясь над трудностями пластики. Вспомогательным лоскутом была покрыта только обнаженная поверхность нижней челюсти, что предупредило развитие остеомиелита. Через несколько месяцев нижняя губа восстановлена была пластикой по Филатову—Парину с удовлетворительным результатом. Рецидива нет уже на протяжении 10 месяцев. Мы считаем, что принятая методика оперативного лечения в данном случае вполне оправдала себя.

Вторичное замещение дефектов позволяет шире и эффективнее использовать комбинированные способы лечения раковых поражений кожи. До операции иногда трудно решить вопрос о возможности удаления ножом пораженных тканей. Имея в резерве диатермокоагуляцию, можно все же в затруднительных случаях операции выполнить радикально. В недоступных для ножа местах измененные ткани нужно выжечь активным электродом (Вережинский, Фанарджев, Холдин и Шанин) или же вся опухоль с самого начала удаляется электроножом. При электрокаустике первичная пластика не выполнима. Последняя производится после отторжения омертвевших тканей и рубцевания дефекта.

Оперативное удаление опухоли комбинируется также с последующей актинотерапией (Шанин, Фанарджев и др.). При оставлении дефекта после операции открытым подозрительные участки хорошо доступны для облучения; поэтому можно ожидать более надежных результатов лечения.

Только в небольшом проценте случаев обширных поражений кожи не происходит изъятия опухоли и последняя остается не инфицированной. При этих условиях возможно первичное замещение дефекта лоскутами, взятыми в отдельных отделах тела. Но первичная пластика здесь допустима лишь теми методами, которые позволяют ее выполнить одновременно. Трата времени на длительную подготовку лоскута и обусловленная этим задержка в удалении раковой опухоли совершенно недопустимы. В подобных случаях целесообразнее прибегнуть к вторичной пластике дефекта.

Как пример первичной пластики, произведенной в один момент, мы приводим следующий случай.

К. М. А., 67 лет, поступила в клинику 25/XI 37 г. по поводу опухоли в области правого лучезапястного сустава. Около двух лет тому назад у больной был ожог третьей степени тыла кисти правой руки. Рубцевание продолжалось в течение нескольких месяцев. За последний год больная стала замечать появление бородавчатых утолщений, которые, не причиняя болей, занимали все более широкую поверхность.

Больная пониженного питания. На тыле правой кисти обнаружены обширные малоподвижные рубцы. На последних, ближе к лучезапястному суставу и боковой локтевой поверхности, имеются узловатые разрастания без изъязвления. Разрастания плотные на ощупь, малоподвижны, занимают площадь 4×6 см. Движения пальцев ограничены в незначительной степени. Лимфатические железы нормальны. Во внутренних органах имеются возрастные изменения. Диагноз — раковое перерождение рубца.

2/XII операция под местной анестезией. Опухоль иссечена в пределах здоровых тканей. Поверхностные сухожилия местами обнажены, но остались в целости, так как не были спаяны с кожной опухолью. На животе, в правой подвздошной области образован большой кожный лоскут, с основанием вниз и кнаружи. Лоскут у основания на протяжении 5 см подвернут в трубку в виде филатовского стебля. Остальная часть лоскута (8×7 см) вшита в дефект на кисти.

В послеоперационном периоде в дистальной части лоскута наступил краевой некроз. Образовавшийся дефект закрылся вторичным натяжением. Большая же часть трансплантата прижила. 21/I 38 г. больная выписана из клиники с зажившей раной.

В этом случае преклонный возраст больной не воспрепятствовал успешному первичному пластическому замещению большого дефекта после иссечения раково-перерожденных рубцов на кисти руки лоскутом, взятым на ножке с кожи живота. Больная находится под наблюдением в течение 11 месяцев. Движения пальцев и кисти имеются в прежнем объеме. Рецидива нет.

Выводы. 1. Актинотерапия раковых поражений кожи, являясь наилучшим методом лечения, особенно в начальных стадиях процесса, все же не во всех случаях ведет к излечению.

2. Хирургическое лечение показано при безрезультатности лучевой терапии, наличии метастазов в регионарных лимфатических железах, а также в случаях обширного глубокого поражения, где потребовалось бы длительное применение лучевой терапии без определенной надежды на эффект.

3. Целесообразно ножевое удаление опухоли комбинировать с диатермокоагуляцией.

4. После удаления большого распадающегося рака кожи необходимо избегать первичных замещений дефекта, если это не выполнимо без натяжения и дополнительных разрезов. Допустимо лишь частичное сужение или прикрытие обнаженных костей.

5. Вторичная пластика выполняется по истечении нескольких месяцев, когда менее вероятен будет рецидив.

6. Для вторичной пластики дефекта можно мобилизовать окружающие ткани, нетронутые при первой операции, или же использовать более сложные методы пластической хирургии.

7. Отсутствие инфекции (удаление нераспадающейся опухоли) позволяет в ряде случаев произвести первичную одномоментную пластику дефекта лоскутами, взятыми в отдаленных отделах тела.

Поступила в ред. 25.XI.1938 г.