



575-е ЗАСЕДАНИЕ МОСКОВСКОГО ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ – ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

28 апреля 2011 г. в конференц-зале НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН прошло 575-е заседание Московского общества онкологов. На повестке дня обсуждались отдаленные результаты эндопротезирования больных опухолями костей и суставов. По традиции вступительным словом заседание открыл профессор А.И. Пачес, отметив, что за последнее десятилетие эндопротезирование костей и суставов из эксклюзивной стало стандартной операцией и пришло на замену калечащим хирургическим вмешательствам. В связи с этим наибольший интерес представляют исследования направленные на изучение отдаленных результатов эндопротезирования костей и суставов.

Первым выступил ведущий научный сотрудник Отдела общей онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН д-р мед. наук В.А. Соколовский с докладом «Отдаленные результаты применения мегапротезов в хирургии опухолей костей и суставов».

За период с 1979 по 2009 г. в отделении общей онкологии РОНЦ им. Н.Н. Блохина было выполнено 956 органосохраняющих операций в объеме сегментарной резекции или тотального удаления длинной

трубчатой кости с последующим эндо- или реэндопротезированием; в 794 случаях выполнены первичные, в 162 – повторные операции. Поражения кости были обусловлены первичными опухолями у 92% пациентов, метастатическими – у 8%. Средний возраст больных составил 28 ± 14 лет (от 10 до 80 лет), мужчин было 53,5%, женщин – 46,5%. Преобладали остеосаркомы (46%); в остальных случаях диагностированы хондросаркомы (10%), саркомы Юинга (5%), гигантоклеточные опухоли (14%), другие морфологические формы составили 25%.

Органосохраняющее лечение выполнено более 85% пациентам, госпитализированным в клинику общей онкологии РОНЦ. Частота рецидивов составила 12%. Среди осложнений отмечены инфекции (11%), нестабильность эндопротеза (13,7%). Функциональная оценка по шкале MSTS составила 70% для операций по эндопротезированию плечевого сустава, 80% для тазобедренного. Показатели MSTS после эндопротезирования бедренной кости соответствовали 58% при ее тотальном замещении и 92% – резекции дистального отдела; оценка после резекции проксимального отдела большеберцовой кости – 75%.

В заключение д-р мед. наук В.А. Соколовский отметил, что эндопротезирование костей и суставов в клинической онкологии является эффективным методом, обеспечивающим достижение клинического выздоровления и благоприятного функционального результата. Органосохраняющие операции – это золотой стандарт современной онкоортопедии.

Опыт НИИ ДОГ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН представил канд. мед. наук А.З. Дзампаев. В институте с 1979 по 2009 г. выполнено 279 хирургических вмешательств в объеме резекции или экстирпации длинных трубчатых костей с последующим эндопротезированием. Из них 140 пациентам были имплантированы «растущие» эндопротезы. Для



Профессор А.И. Пачес и академик РАМН М.Д. Алиев



Д-р мед. наук В.А. Соколовский

80 пациентов старше 12 лет использованы «растущие» эндопротезы LINK и PROSPON с последующей поэтапной коррекцией длины конечности при дополнительных микрохирургических вмешательствах. Для 60 детей младшего возраста (3–12 лет) применены «растущие», неинвазивные протезы WRIGHTH и IMPLANTCAST, производство которых основано на новейших технологиях. Увеличение длины протезированной конечности достигается без повторного оперативного вмешательства в результате воздействия на нее электромагнитного поля (WRIGHTH) или подключением электромагнитного прибора к раздвижному протезу (IMPLANTCAST) через имплантируемый порт. Как правило, коррекция длины конечности осуществляется 2–3 раза в год. Органосохраняющее лечение выполняется более чем 90% пациентов.

Местные рецидивы после органосохраняющих операций выявлены в 6% случаев. Из неонкологических осложнений чаще отмечено инфицирование ложа эндопротеза (18%). Функциональная оценка осуществлялась по шкале MSTS и составила: 90% после резекций дистального отдела бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава, 80% – после эндопротезирования голеностопного и тазобедренного суставов; 72% – после резекций проксимального отдела большеберцовой кости; 70% – после эндопротезирования локтевого и плечевого суставов; 55% – после тотального замещения бедренной и плечевой костей.

В завершение было отмечено, что неинвазивные эндопротезы целесообразно применять у детей младшего возраста, когда предполагается многократная поэтапная коррекция длины оперированной конечности. У детей старшего возраста оправданно применение раздвижных эндопротезов механического типа, а также эндопротезов модульной конструкции.

Заведующий отделением онкологической ортопедии МНИОИ им. П.А. Герцена профессор В.В. Тепляков выступил с докладом «Эндопротезирование длинных трубчатых костей и суставов при дефиците мягких тканей». Было отмечено, что эндопротезирование больных первичными и метастатическими опухолями длинных трубчатых костей сопряжено с трудностями при дефиците мягких тканей, необходимых для укрытия протеза. Расширение показаний к эндопротезированию этих пациентов возможно благодаря разработке пластических этапов операций.

В докладе был представлен опыт лечения 100 пациентов с опухолевым поражением длинных трубчатых костей в объеме сегментарной резекции или экстирпации кости с последующим эндопротезированием. Преобладали первичные опухоли костей – хондросаркомы, остеосаркомы, гигантоклеточные опухоли. Среди метастатических опухолей наиболее часто встречались метастазы рака молочной железы и почки.

Было отмечено, что у 33 пациентов после установки импланта не представлялось возможным сформировать адекватный мышечный футляр для укрытия эндопротеза, что требовало проведения дополнительного пластического этапа операции. В качестве пластического материала у 32 больных использованы перемещенные васкуляризированные лоскуты, у 1 – свободный мышечный лоскут на микрососудистых анастомозах. Применялись мышечные лоскуты, сформированные из медиальной части икроножной мышцы, медиальной части широкой мышцы бедра, медиальных частей двуглавой и четырехглавой мышц бедра, др. После сегментарной резекции проксимального отдела бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава в качестве пластического материала использована портняжная мышца;



Профессор А.Н. Махсон

при эндопротезировании локтевого сустава — лоскут из лучевого сгибателя кисти; после сегментарной резекции проксимального отдела плечевой кости с эндопротезированием плечевого сустава — перемещенный торакодorzальный лоскут; при эндопротезировании локтевого сустава — свободный лоскут из прямой мышцы живота на микрососудистых анастомозах.

Функциональные результаты в группе из 33 пациентов, которым выполнялся пластический этап операции, в целом составили 77%, что соответствует оценке «хорошо». В этой группе результаты расценены как «отличные» (20), «хорошие» (11) и удовлетворительные (2). Эти оценки соответствовали показателям

в аналогичных группах больных, которым пластического компонента операции не требовалось.

В завершение доклада профессор В.В. Тепляков отметил, что эндопротезирование костей и суставов является основным методом реконструкции после сегментарных резекций и экстирпаций длинных трубчатых костей при опухолевых поражениях. Это позволяет при минимальной частоте осложнений достигнуть хороших функциональных результатов.

После докладов в прениях выступили академик М.И. Давыдов, академик РАМН М.Д. Алиев, профессор А.Н. Махсон, которые отметили актуальность данного раздела онкоортопедии в современной онкологии.