

ВИДЫ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ КОСТНЫХ САРКОМАХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ГОЛЕНИ

В.В. Дворниченко, А.Б. Кожевников, К.Г. Шишкин, Е.Г. Борисенко, С.С. Зарубин

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областной онкологический диспансер», г. Иркутск

Ключевые слова: саркомы, органосохранные операции, кости голени

В статье обсуждается проблема выбора оперативного вмешательства при опухолевом поражении костей нижней трети голени, что в настоящее время представляет большую сложность в работе онколога-ортопеда; нет четко сформулированных показаний для того или иного вида хирургического вмешательства в зависимости от нозологической формы, распространенности процесса и возможностей реабилитации. В данном материале представлены органосохранные операции, выполняемые в Иркутском областном онкологическом диспансере в настоящее время.

При выборе способа хирургического лечения костных сарком дистального отдела голени онколог сталкивается со следующими проблемами:

1. В структуре онкологических заболеваний саркомы костей составляют около 1% случаев. Поражение костей дистального отдела голени составляет около 2,2% от общего количества костных сарком. Поэтому количество пациентов с данной опухолевой локализацией в отдельно взятом регионе минимально [1].

Согласно данным Института патологии вооруженных сил США, г. Вашингтон. Доля поражения костей дистального отдела голени в структуре опухолей длинных трубчатых костей составляет 4,74% (рис. 1).

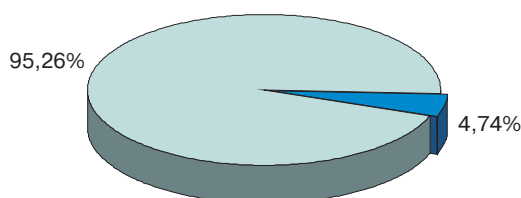


Рис. 1. Доля поражения костей дистального отдела голени в структуре опухолей длинных трубчатых костей составляет 4,74%

2. Анатомические особенности области — наличие парных костей, меньший объем окружающих мягких тканей. Опухоли легко диагностируются

при малых размерах, часто требуют применения пластического этапа операции с целью закрытия дефекта кожи и мягких тканей. Иногда приходится выделять сухожилия из сухожильных влагалищ спаянных с псевдокапсулой, что дает возможность продолжению роста опухоли [2].

3. Органосохраняющая хирургия сопряжена с большим количеством возможных осложнений (гнойно-септические, некроз покровных тканей, нестабильность конструкции, неудовлетворительные функциональные результаты). Выполнение ампутаций позволяет использовать доступные для этой зоны наружные протезы с хорошим функциональным результатом.

Ампутация — серьезное событие, которое влечет за собой значительные изменения в жизни человека: грубый физический дефект и связанные с ним психологические проблемы. Все пациенты предпочитают пусть «плохую», но свою конечность самому лучшему протезу.

Современные возможности реконструктивной и пластической хирургии, систематизация различных методов восстановления костного дефекта с использованием собственных тканей и синтетических материалов позволяют значительно расширить границы резектабельности у онкологических больных с распространенными формами злокачественных новообразований (рис. 2), улучшить прогноз заболевания с сохранением функции конечности [3].

На базе Иркутского онкологического диспансера с 2006-го по 2011 г. пролечены 5 пациентов с локализацией костной опухоли в дистальном отделе голени. Стандартом лечения являлась комплексная тера-

Адрес для корреспонденции

Кожевников Алексей Борисович

E-mail: kozevn-40@yandex.ru

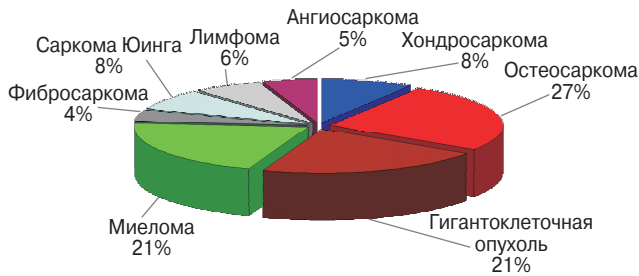


Рис. 2. Морфологическая структура злокачественного поражения костей дистального отдела голени

пия — расширенные хирургические вмешательства с химиотерапией.

Ампутация конечности проведена в одном случае — при инфицированной опухоли с большим мягкотканым компонентом. В остальных случаях удалось выполнить органосохранные операции.

Для замещения дефекта кости в нашей практике мы не применяли аллокость, аутотрансплантаты, методики реплантации вываренных (метод Вредена) или облученных резецированных костей как малоэффективные методы. Использовать васкуляризированный костный аутотрансплантат не представилось возможности.

Предпочтение отдавалось следующим способам:

1. Метод биллокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову.

В качестве примера приведем следующее наблюдение.

Пациентка П., 30 лет, находится под наблюдением в ГУЗ ИОД с 2009 г. с диагнозом: хондросаркома левой большеберцовой кости T1N0M0G2 (рис. 3).

Из анамнеза: пациентка обратилась в Иркутский областной онкологический диспансер с жалобами на боль в области голеностопного сустава в течение 2 лет, до настоящего времени к врачам не обращалась.

При обследовании, по данным компьютерной томографии голени, выявлена опухоль дистального отдела левой большеберцовой кости до 6 см.

Гаммасцинтиграфия костей скелета — очаг накопления в нижней трети левой большеберцовой кости.

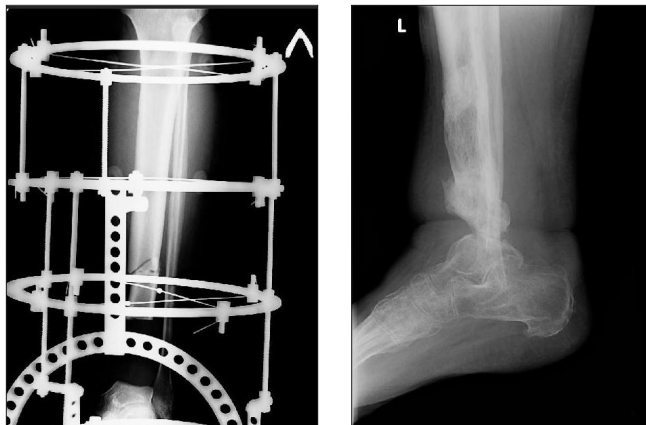


Рис. 3. Остеосинтез по Илизарову

По результатам комплексного обследования сопутствующей патологии не выявлено.

С целью верификации диагноза выполнена биопсия опухоли. Патогистологическое заключение — хондросаркома G2.

Составлен план комплексного лечения. Проведено 4 курса неоадьювантной полихимиотерапии с последующей операцией, коррекцией дальнейшего лечения с учетом данных патоморфоза опухоли.

После проведения лекарственной терапии выполнена дистальная резекция левой большеберцовой кости с пластикой костного дефекта методом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову. Костный дефект большеберцовой кости 8 см.

Пациентка активизирована на 2-е сут после операции. Осложнений не было.

По данным послеоперационного морфологического исследования: хондросаркома G1 с лечебным патоморфозом 1-й степени, края резекции R0.

После артродеза левого голеностопного сустава демонтаж аппарата Илизарова.

Общий срок лечения составил 11 мес.

До настоящего времени пациентка находится под диспансерным наблюдением. Функциональный статус оценивается как удовлетворительный. При ходьбе использует ортопедическую обувь.

2. Дистальная резекция большеберцовой кости с эндопротезированием голеностопного сустава.

Пациентка К., 50 лет, наблюдается в Иркутском онкодиспансере с 2011 г. с диагнозом: саркома левой большеберцовой кости pT2N0M0G1 (рис. 4).

Из анамнеза: в течение года пациентку беспокоили боль, припухлость в области левого голеностопного сустава, со временем болевой синдром усилился, появилась ночная боль, не купируемая анальгетиками, при ходьбе стала хромать. Со слов



Рис. 4. Дистальная резекция большеберцовой кости с эндопротезированием голеностопного сустава

пациентки, более 2 лет назад травма голеностопного сустава, с которой она и связывает начало своего заболевания. Обратилась в Институт травматологии и ортопедии г. Иркутска, оттуда и направлена в Иркутский онкодиспансер.

По данным обследования — опухолевое поражение на протяжении 9,5 см в дистальном отделе левой большеберцовой кости.

Остеогаммасцинтиграфия — очаг накопления в нижней трети левой большеберцовой кости.

Выполнена биопсия. Патогистологическое заключение — фибросаркома кости G1.

Запланировано хирургическое лечение в объеме — дистальная резекция левой большеберцовой кости с эндопротезированием голеностопного сустава. Иммобилизация гипсовой лангетой.

Пациентка активизирована на 3 сут после операции, ходила с опорой на костыли. Послеоперационный период без осложнений.

Послеоперационное морфологическое исследование — фибросаркома G1, края резекции R0.

Гипсовая лангета снята через 21 день. Пациентка осмотрена через 3 мес после операции, функциональный статус удовлетворительный, ходит без ортопедической поддержки.

По результатам обследования данных о продолженном росте опухоли не выявлено.

3. Сегментарная резекция конечности по Богоразу. Следующее наблюдение.

Пациентка Р., 18 лет, наблюдается в онкодиспансере с 2006 г. с диагнозом: хондросаркома правой малоберцовой кости T2aN0M0G3.

Направлена в Иркутский онкодиспансер травматологами из г. Братск.

Из анамнеза: около 4 мес назад появились припухлость в области наружной лодыжки правого голеностопного сустава, боль, которая беспокоила больше в покое и ночью. В последний месяц постоянно принимала анальгетики.

По данным обследования: рентгенография и компьютерная томография костей голени выявили опухоль нижней трети малоберцовой кости, протяженность до 9 см от наружной лодыжки с мягкотканым компонентом.

Остеогаммасцинтиграфия — гиперфиксация препарата в области левого голеностопного сустава.

По результатам комплексного обследования отдаленных метастазов не выявлено.

Выполнена биопсия, гистологическое заключение — хондросаркома G3.

Запланировано комплексное лечение: 1-й этап — неоадьювантная химиотерапия 4 курса с оценкой эффекта; 2-й этап — лучевая терапия с предоперационной целью; 3-й этап хирургический; 4-й этап — адьювантная химиотерапия.

После проведения 3 курсов системного лекарственного лечения — отрицательная динамика. Рентгенологически — больше выражен мягкотканый компонент, спиккулы и периостальная реакция, кортикальная деструкция. Дальнейшая химиотерапия со сменой линии до 6 курсов, после чего рентгенологически — стабилизация процесса.

Следующий этап — курс дистанционной гамма-лучевой терапии динамическим фракционированием на опухоль правой малоберцовой кости до СОД 60-Гр.

По окончании выполнена операция: сегментарная резекция правой голени по Богоразу. Укорочение конечности после операции на 12 см (рис. 5).

При морфологическом исследовании послеоперационного препарата — хондросаркома малоберцовой кости с лечебным патоморфозом опухоли 2—3-й степени. После заживления послеоперационной раны через 36 дней выполнено удлинение конечности методом чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову.

В послеоперационном периоде адьювантная химиотерапия.

Длительность лечения 18 мес. При контрольном осмотре через 2 мес (после демонтажа аппарата внешней фиксации), по данным рентгенологического исследования, отмечено формирование ложного сустава.

По настоящее время пациентка наблюдается в Иркутском диспансере, активна — учится в институте, ходит без ортопедической поддержки.

Каждая из представленных методик имеет ряд недостатков:

- При методике биллокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза по Илизарову большая длительность лечения, вероятность развития спинового остеомиелита, ограничения по возрасту,



Рис. 5. Сегментарная резекция конечности по Богоразу

явления остеопороза, снижение функции голеностопного сустава.

- Эндопротезирование голеностопного сустава в онкологии проводится сравнительно недавно, нет отдаленных результатов. Возможны ранние и поздние осложнения (асептическая нестабильность ножек эндопротеза, нагноения, поломка эндопротеза и др.). Снижение объема движений в голеностопном суставе при неадекватной реабилитации пациента.

При выборе метода оперативного вмешательства у пациентов молодого возраста мы отдавали предпочтение замещению дефекта кости собственными тканями, в пожилом возрасте прибегали к эндопротезированию. При опухолях с большим мягкотканым компонентом операцией выбора остается сегментарная резекция конечности по Богоразу.

Выводы. На сегодняшний день не существует четко сформулированных показаний для использова-

ния того или иного метода реконструкции при замещении дефекта костей дистального отдела голени в зависимости от размера опухоли, морфологического строения, возраста пациента, возможностей лучевой терапии в комплексе с хирургическим лечением.

Разработка эффективных подходов к лечению этой группы пациентов крайне важна.

ЛИТЕРАТУРА

1. K. Krishnan Unni, MBBS, Carrie Y. Inwards, MD, Julia A. Bridge, MD, Lars-Gunnar Kindblom, MD. PhD, Lester E. Wold, MD. Tumors of the Bones and Joints. Afip atlas of tumor pathology, series 4, 2005.
2. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Адекватная хирургия опухолей конечностей. Монография. М., 2001, с. 130-145.
3. Соломин Л.Н. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А. Илизарова. М., 2005.

Статья поступила 27.02.2012 г., принята к печати 20.04.2012 г.

Рекомендована к публикации Б.Ю. Боханом

TYPES OF LIMB-SPEARING SURGERY OPERATIONS INPATIENTS WITH BONE SARCOMAS OF SHIN DEPARTMENT

Dvornichenko V.V., Kozhevnikov A.B., Shishkin K.G., Borisenko E.G., Zarubin S.S.

Public health Services «Regional oncological clinic» Irkutsk, Russian Federation

Key words: Sarcomas, limb-sparing surgery operations, shin bones

In this article the problem of choice of surgical intervention in tumors of the lower third of shin bones is discussed, that now represents the big complexity in the work of the oncoorthopedist. There are no accurately formulated indications for that kind of surgical intervention, depending on histological type, localization and rehabilitation possibility.

in this article we are presenting limbsparing surgeries carried out in a regional oncological clinic Irkutsk.