

УДК 616.71-006.3.04

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С РЕЦИДИВОМ ХОНДРОСАРКОМЫ I РЕБРА

В.А. Соболевский, М.М. Давыдов, Э.П. Межецкий, Р.М. Доколин

ФГБУ «НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина» Минздрава России

Ключевые слова: опухоли грудной стенки, хондросаркома, саркома кости, реконструктивная хирургия

Представлен успешный опыт лечения пациента с рецидивом хондросаркомы грудной стенки. Описан метод реконструкции образовавшегося комбинированного дефекта грудной стенки с помощью перемещенного торакодorzального лоскута и пластины Synthes Matrix Rib. В результате удалось сохранить верхнюю конечность и ее удовлетворительную функцию за счет сосудистого протезирования и комплексной реабилитации. Хороший онкологический и функциональный результат подтверждает целесообразность хирургического лечения подобных пациентов и мультидисциплинарного подхода при планировании, выполнении операции и ведении послеоперационного периода.

Доля злокачественных опухолей костей и суставных хрящей в структуре онкологических заболеваний в мире и России, по разным источникам, составляет от 0,2 до 0,47%.

К примеру, в 2015 г. общее количество зарегистрированных онкологических больных в России составило 589 381 человек, из них у 1503 выявили злокачественные новообразования костей и суставных хрящей, что составило 0,25%, в то время как в 2013 г. – 0,35% [1, 2].

Хондросаркома составляет 10–27% от этой группы больных, а ребра, грудина, ключица поражаются только в 13% случаев, то есть в год в России 15–40 больных [3–5].

Местный рецидив у больных, перенесших хирургическое лечение, возникает примерно в 30% случаев [6, 7]. Лечение рецидивов представляет собой непростую задачу. В зоне операции нарушена анатомия, удаление опухоли приводит к образованию обширных дефектов. Порой резервы для реконструкции собственными тканями могут быть исчерпаны вследствие их удаления на предыдущих этапах, а вовлечение в опухолевый процесс нервных стволов, крупных сосудов вынуждает выполнять калечащие операции. Обширные резекции ребер приводят к нарушению каркасной функции грудной клетки.

Представляем клинический пример.

Пациент С., 30 лет. Диагноз: хондросаркома G3 I ребра слева. Состояние после комбинированного лечения 2013–2015 гг. Местный рецидив R1. Прогрессирование: единичные метастазы в левое легкое.

Адрес для корреспонденции

Соболевский В.А.
E-mail: soboli1968@mail.ru

В марте 2013 г. самостоятельно отметил плотное образование на боковой поверхности шеи. По месту жительства в Амурской области выполнена КТ мягких тканей шеи и выявлено образование 8,9×9 см с распространением на переднее средостение. Выполнена биопсия, установлен диагноз «хондросаркома G2».

В клинике Израиля 08.08.2014 г. выполнена операция – резекция грудной стенки слева, диагностическая торакотомия. Удаление опухоли шеи слева. Остеотомия и фиксация левой ключицы пластиной. По данным гистологического исследования выставлен диагноз «хондросаркома G2».

В октябре 2014 г. пациент отметил появление плотного образования в области послеоперационного рубца в левой надключичной области. Далее 2 года за медицинской помощью не обращался.

В октябре 2016 г., по данным КТ органов грудной клетки, опухолевая перестройка костно-хрящевого экзостоза передних отделов I ребра слева, внекостный компонент, состоящий из кистозных и солидных узлов размерами 9×9,2×14,5 см. Нижние отделы конгломерата распространяются в верхние отделы левого легкого без признаков инфильтрации. Верхняя часть узла распространяется в мягкие ткани шеи, надключичную область. Опухоль сдавливает нижние отделы левой яремной вены, левая подключичная артерия распластана по опухоли и прилежит к ней на протяжении 7,5 см. Выявлено образование размерами 10,9×7,6×12,6 см, расположенное интраторакально, с поражением нижней доли S9–10 левого легкого и VIII, IX, X ребер. Два очаговых уплотнения: парамедиастинально в S3 левого легкого размером до 1×0,5 см.

Проведено 2 курса ПХТ по схеме MAID – отрицательная динамика.

Самостоятельно обратился в РОНЦ им Н.Н. Блохина (рис. 1–3).

31.01.2017 г. выполнена операция: удаление рецидивной опухоли I ребра с резекцией I, II ребер, ключицы, перевязкой левой подключич-

ной вены; резекция подключичной артерии на протяжении 8 см с протезированием сосудистым протезом Gore-tex 6 мм, замещение дефекта пластиной Synthes и торакодорзальным лоскутом. Нижняя лобэктомия слева с резекцией VII, VIII, IX ребер, замещение дефекта пластиной Synthes (рис. 4, 5).



Рис. 1. Внешний вид больного

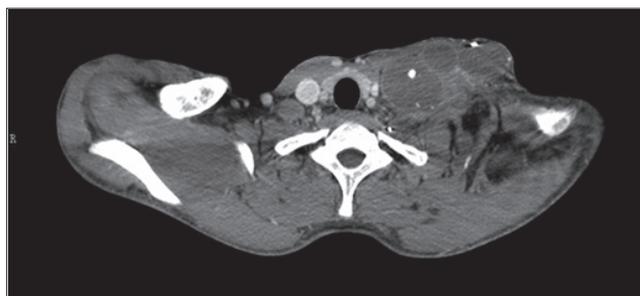


Рис. 2. Рецидив в надключичной области

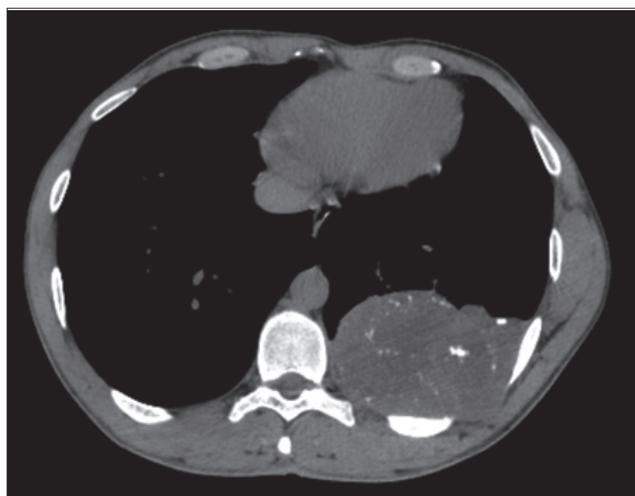


Рис. 3. Опухолевый узел с поражением S9–10 левого легкого и прилежащих ребер

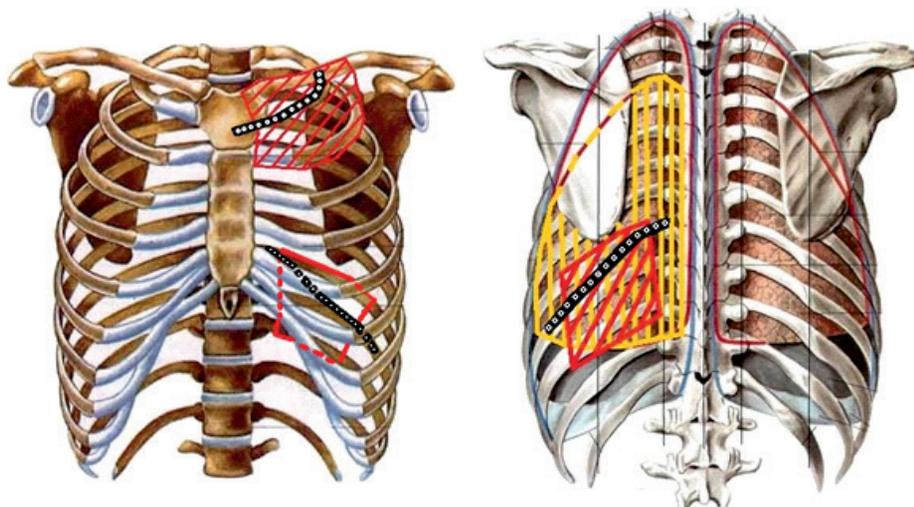


Рис. 4. Схема операции



Рис. 5. Предоперационная разметка

Ход операции

Опухолевый узел надключичной области, включающий в себя ключицу, I ребро, участок сосудисто-нервного пучка, удален. Подключичная вена перевязана. Два ствола плечевого сплетения малого диаметра пересечены. Основные стволы выделены и сохранены. Подключичная артерия протезирована. Установлена титановая пластина, латерально к 1-му ребру на 2 винта, медиально к рукоятке грудины на 3 винта (рис. 6).

Сформирован торакодорзальный лоскут из комбинированного доступа, отсечен от мест прикрепле-

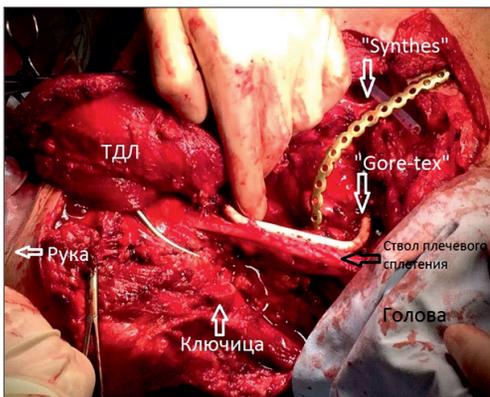


Рис. 6. Операционное поле. Над- и подключичная область слева

ния. Узловыми швами фиксирован по краю дефекта, покрывая всю его площадь и металлоконструкцию. Послойное ушивание раны (рис. 7).

Положение больного на правом боку. Т-образный разрез кожи. Торакотомия. Выполнена нижняя лобэктомия, в ходе которой удалены парамедиастинальные лимфатические узлы. Резекция 8-, 9-, 10-го ребер. Опилены ребра позвоночной части 6; 4; 3 см соответственно. Фиксирована титановая пластина на 2 винта к 8-му ребру медиально, на 4 винта к 9-му ребру – латерально (рис. 8). Де-

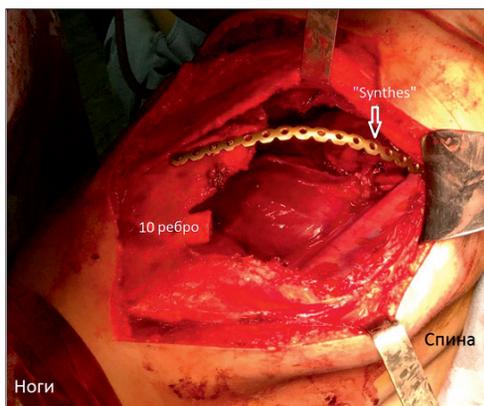


Рис. 8. Операционное поле. Левая подлопаточная область

фект с пластиной полностью укрыт оставшейся частью широчайшей мышцы спины. Установлены два плевральных дренажа: в область легочного синуса и в область верхушки легкого. Оперативный доступ послойно ушит узловыми швами без натяжения (рис. 9).

В раннем послеоперационном периоде отмечался венозный застой левой верхней конечности, функция конечности сохранена (рис. 10). Проведена комплексная реабилитация, включающая в себя антикоагулянтную терапию, массаж левой верхней конечности, ношение компрессионного рукава и системы компрессионного бинтования MOBIDERM. К 14-м суткам после операции разность в диаметрах рук составляла не более 10%.



Рис. 7. Положение ТДЛ, укрывающего дефект. Внешний вид после ушивания ран

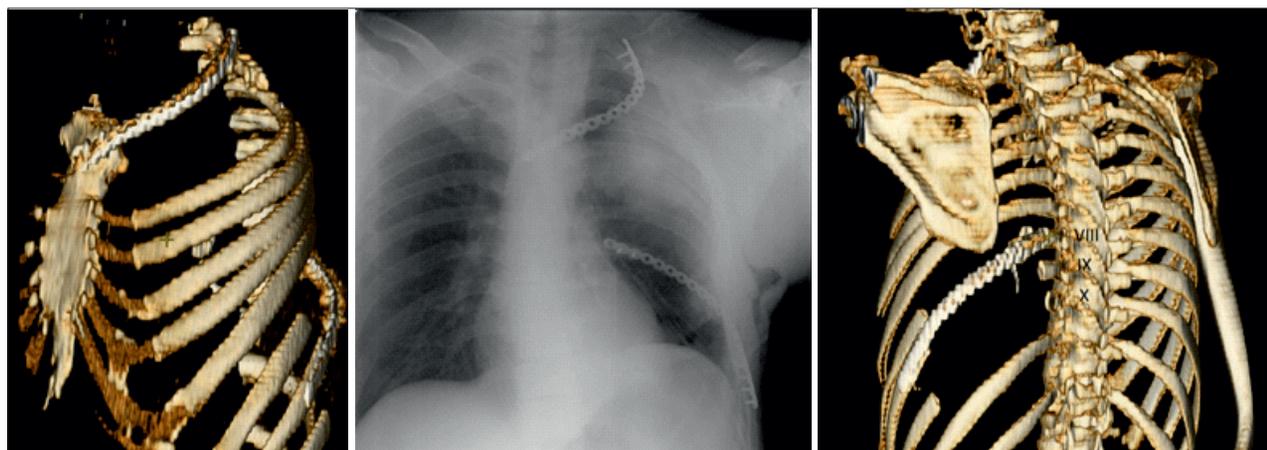


Рис. 9. Рентгенологическая картина в послеоперационном периоде



Рис. 10. Венозный застой левой в/к. Слева – 5-е сутки после операции. Справа – 41-е сутки после операции

Плевральные дренажи удалены поочередно к 13-м суткам. На 14-е сутки выявлена катетер-ассоциированная инфекция, катетер из бедренной вены удален, изменена антибактериальная терапия. Раны зажили первичным натяжением. Швы сняты на 16-е сутки после операции. Пациент выписан из стационара на 21-е сутки после операции.

Лечение пациентов с местнораспространенными рецидивами должно проводиться в специализированных многопрофильных медицинских учреждениях, способных обеспечить квалифицированную помощь в диагностике при планировании операции, высокий уровень анестезиологического обеспечения, совместную работу сосудистых, торакальных, реконструктивных хирургов. Не менее

важна тактика ведения пациента в послеоперационном периоде, профилактика ранних и поздних осложнений и ранняя реабилитация. Все эти составляющие способны обеспечить благоприятный исход при проведении больших, травматичных операций и удовлетворительное качество жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. 2015.
2. Злокачественные новообразования в России в 2015 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. 2017.

3. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. М.: «Медицина». 2001.
4. Вишневский А.А. Хирургия грудной стенки. Руководство для врачей. 2005.
5. Давыдов М.И., Алиев М.Д., Соболевский В.А., Илюшин А.Л. Хирургическое лечение злокачественных опухолей грудной стенки. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2008, вып. № 1, т. 19.
6. Харатишвили Т.К., Мусаев Э.Р., Амирасланов А.А., Мистакопуло Н.Ф. Современные взгляды на проблеме лечения хондросаркомы кости. Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2003, № 2-1, т. 14.
7. Developing an Evidence-based Followup Schedule for Bone Sarcomas Based on Local Recurrence and Metastatic Progression Cara Cipriano MD, Anthony M. Griffin MSc, Peter C. Ferguson MD, Jay S. Wunder MD 2016.

Статья поступила 10.09.2017 г., принята к печати 12.12.2017 г.
Рекомендована к публикации А.С. Неред

SURGICAL TREATMENT OF THE FIRST RIB RECURRENT CHONDROSARCOMA. CLINICAL CASE REPORT

Sobolevsky V.A., Davidov M.M., Mezhetskiy E.P., Dokolin R.M.

FGBU «National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin» of the Ministry of Health of Russia, Moscow

Key words: thoracic wall tumors, chondrosarcoma, bone sarcoma, reconstructive surgery

This article shows the successful experience of surgical treatment of the patient with relapse chondrosarcoma on the thoracic wall. Reconstruction of the combined defect was performed with latissimus dorsi flap and Synthes Matrix Rib titanium plates. This method saved the upper limb and its satisfactory function due to vascular prosthetics and complex rehabilitation. Good oncological and functional result confirms the advisability of surgical treatment of such patients and by multidisciplinary approach in planning, performing the operation and managing the postoperative period.