

# УСПЕШНЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОЙ ХОНДРОСАРКОМОЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

В.А. Соболевский, Ю.Ю. Диков, О.Ю. Горбачева

ФГБУ «Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» МЗ РФ, г. Москва

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

В данной статье описывается успешный опыт лечения пациентки с обширной местно-распространенной опухолью грудной стенки с врастанием в ткань легкого и перикард. Описан метод реконструкции комбинированного дефекта грудной стенки при помощи перемещенного торакодорсального лоскута, пластины Gore-Tex и титановой пластины STRATOS. Хороший онкологический и функциональный результат показывает целесообразность хирургического лечения у данной группы пациентов.

## Введение

Лечение пациентов с местно-распространенными костными опухолями грудной стенки представляет сложную клиническую задачу. Хондросаркома — это злокачественная опухоль хрящевого строения, которая практически не чувствительна к лучевой и лекарственной терапии. Единственным способом радикального лечения местно-распространенных опухолей грудной стенки является хирургическое лечение с резекцией ребер и грудины. При удалении обширных опухолей грудной стенки возникает обширный дефект кожи и мягких тканей и нарушается костный каркас грудной стенки. В результате этого возникает пролабирование тканей грудной полости в зоне дефекта, парадоксальное дыхание и как следствие дыхательная недостаточность. Заместить данный дефект местными тканями не представляется возможным. Задачами для реконструктивных вмешательств при данных дефектах являются восстановление каркаса грудной клетки для обеспечения дыхания, защита легких, сердца и магистральных сосудов от инфекции и повреждения опилами костных структур и, по возможности, коррекция эстетического дефекта. Травматичность данных операций часто приводит к отказам в хирургическом лечении и обрекает данную группу пациентов на гибель от прогрессирования опухолевого

заболевания или сдавления опухолью жизненно важных органов. В клиническом примере мы хотели продемонстрировать, что тщательное планирование онкологического и реконструктивного этапов операции, использование современных реконструктивных методик и правильное послеоперационное ведение данной группы пациентов позволяет успешно проводить радикальное хирургическое лечение, избегая большой кровопотери и тяжелых послеоперационных осложнений.

Представляем клинический пример пациентки 51 года с диагнозом: хондросаркома 4-го ребра слева. Состояние после комбинированного лечения в 2011–2013 гг. Рецидив.

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь 3-й ст, риск 3. ОНМК от 2011 г.

Анамнез: в 2011 г. по м/жительства (г. Старый Оскол) выполнена торакотомия слева, удаление опухоли IV–V ребер слева. Гистологическое заключение: хондросаркома, G1. По результатам обследования выявлен рецидив болезни с признаками инфильтрации субплевральных отделов левого легкого. Нельзя исключить деструкцию III–IV ребер слева. Рекомендована химиотерапия: ифосфамид 2,5 гр/м<sup>2</sup>, дни 1–3-й + месна 100% по схеме + доксорубин 20 мг/м<sup>2</sup>, дни 1–3-й. После контрольного обследования после 2 курсов химиотерапии от 16.07.2013 г. выявлена отрицательная динамика в виде увеличения в размерах имплантационных mts в мягкие ткани передней грудной стенки, л/у левой подключичной области, инфильтрации субплевральных отделов левого легкого. В нескольких

Адрес для корреспонденции

В.А. Соболевский

E-mail: soboli1968@mail.ru

онкологических клиниках в хирургическом лечении отказано, рекомендованы метрономная химиотерапия и симптоматическое лечение. Обратилась в РОНЦ. При обследовании определяется узловое образование, исходящее из левой половины грудной клетки, от ключицы до VII ребра, плотной консистенции, бугристое, безболезненное при пальпации, размером 20×15 см. Кожа над ним не истончена. По данным КТ образование занимает всю передне-боковую поверхность грудной стенки, распространяется до 3,5 см в паренхиму левого легкого.



Рис. 1. а, б) внешний вид пациентки

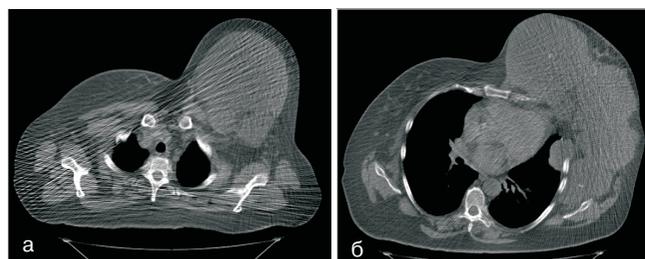


Рис. 2. а, б) КТ грудной клетки

**Компьютерная томография от 09.09.2015 г.:** передние отделы III–IV ребер слева резецированы. В мягких тканях передней и боковой поверхностей грудной стенки, под- и надключичной областей слева определяется массивная выбухающая многоузловая опухоль. Размеры видимого отдела опухоли составляют 28×21×14 см. Опухоль имеет солидное строение, с наличием небольших участков оссификации. Опухоль прилежит к передним и боковым отделам II–VII ребер слева, а также в виде сливающихся узлов суммарными размерами 8,5×7×3,3 см врастает в паренхиму левого легкого. Левое легкое поджато, по высоте составляет 1/2 от правого легкого, в связи с этим врастание опухолевых узлов, вероятнее всего, происходит в нижнюю долю. В остальных отделах легких не выявляется признаков очаговых или инфильтративных изменений.

01.10.2015 г. в РОНЦ в отделении реконструктивной и пластической онкохирургии совместно с отделением торакальной хирургии выполнена

операция: резекция грудной стенки с резекцией грудины, 3–6-го ребер слева, атипичная резекция левого легкого, резекция перикарда с замещением дефекта торакодорсальным лоскутом, пластиной Gore-Tex и титановой пластиной STRATOS. Время операции составило 5 ч, объем кровопотери 500 мл.

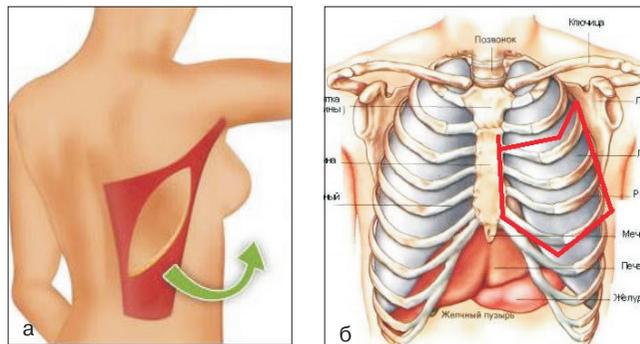


Рис. 3. а) схема ротации торакодорсального лоскута; б) схема резекции грудной стенки

Для герметизации плевральной полости использована пластина Gore-Tex, которая подшита к опилам ребер и межреберным мышцам. Каркас грудной клетки был стабилизирован пластиной STRATOS, которая была фиксирована к опилам 3-го ребра. Чтобы исключить риск прорезывания пластины или инфицирования зоны дефекта, была дополнительно укрыта перемещенным мышечным торакодорсальным лоскутом. Учитывая тот факт, что кожа грудной стенки была сильно растянута, не потребовалось замещения кожного дефекта.

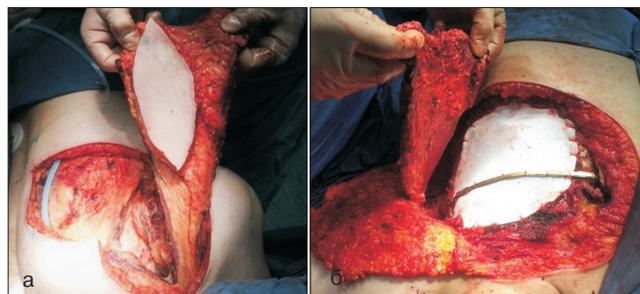


Рис. 4. а) выделен кожно-мышечный торакодорсальный лоскут; б) дефект грудной стенки замещен пластиной GORE-TEX и титановой пластиной STRATOS

На 4-е сутки после операции на фоне гипертонического криза и антикоагулянтной терапии возникло кровотечение из послеоперационной раны, гемоторакс. Выполнена остановка кровотечения, ревизия и санация послеоперационной раны. В дальнейшем послеоперационный период протекал гладко: рана зажила первичным натяжением. Не отмечалось нарушения дыхания, пролабирования органов средостения и плевральной полости, нарушений функции плечевого пояса. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 20-е сутки после операции.



Рис. 5. а) внешний вид после ушивания раны; б) 14-е сутки после операции, швы сняты



Рис. 6. Макропрепарат – удаленная опухоль

Гистологическое заключение: препарат общим размером 33×29×15 см, представленный многоузловым новообразованием, лоскутом кожи 28×10 см, участком грудной клетки 12×18 см представленная резецированной грудиной 13×1,5 см, 4 ребрами и фрагментом ткани легкого 8×6 см. На разрезах

опухоль представлена множественными узлами, образованными хрящевого вида полупрозрачной сероватой тканью, с центральными участками распада, заполненными мягкой буроватого и желтоватого цвета жидкостью. Разрастание опухолевой ткани расположено в мягких тканях грудной клетки с прорастанием ребер и ткань легкого. Патогистологическая картина соответствует умеренно-дифференцированной хондросаркоме G2 с некротическими изменениями более 50%. Представлен фрагмент ткани легкого с выраженными артериальными изменениями и разрастаниями фиброзной ткани, среди которой обнаруживаются узелки с морфологическими характеристиками, крайне напоминающими строение хондросаркомы.

**Заключение.** Данный клинический пример демонстрирует возможность проведения успешного хирургического лечения пациентов с массивными местно-распространенными опухолями грудной стенки. Современные методы реконструктивной хирургии позволяют надежно замещать комбинированные дефекты грудной стенки без нарушения функции дыхания и сохранением хорошего качества жизни у пациентов с хорошим онкологическим прогнозом. Ключом к успеху в лечении данной группы пациентов является тщательное предоперационное планирование резекционного и реконструктивного этапов, а также послеоперационное ведение, включающее антибактериальную терапию, коррекцию гомеостаза и наблюдение за функциями дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Статья поступила 11.11.2015 г., принята к печати 18.11.2015 г.  
Рекомендована к публикации Б.Ю. Бояном

## CASE REPORT OF SUCCESSFUL LOCALLY ADVANCED STERNUM CHONDROSARCOMA SURGERY

Sobolevsky V.A., Dikov U.U., Gorbacheva O.U.

N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Moscow, Russian Federation

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

In this article we showed successful experience of surgical treatment of massive recurrent chondrosarcoma of the 3th rib with infiltration of left lung and pericardium. Reconstruction of the combined defect was performed with latissimus dorsi flap, Gore-Tex mesh and STRATOS titanium plate. Good oncological and functional result shows the benefits of radical surgical treatment with proper reconstructive methods.