

УДК 616.006-39

Опыт лечения гигантской липосаркомы бедра (Случай из практики)

Вайнер Ю.С.^{1,2}, Атаманов К.В.^{1,2}, Назаров И.В.³, Атаманов Д.К.¹, Ставский А.Е.², Самандарова М.А.¹, Федорова Е.В.³, Войтенко Ю.Ю.²

¹ ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава России; Россия, 630091, г. Новосибирск, ул. Красный проспект, д. 52.

² ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница» № 1; Россия, 630075, г. Новосибирск, ул. Залесского, д. 6

³ ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница» № 2; Россия, 650051, г. Новосибирск, ул. Ползунова, д. 21

Ключевые слова: опухоль нижней конечности, липосаркома, хирургическое лечение

Представлен успешный опыт хирургического лечения пациентки с гигантской липосаркомой левого бедра с циркулярным окутыванием седалищного нерва. Изложена техника удаления опухоли с сохранением непрерывности нерва, описаны имевшиеся интра- и послеоперационные осложнения и способы их коррекции. В результате получен хороший онкологический и функциональный результат, что подтверждает целесообразность применения органосохранной тактики в лечении больных с гигантскими саркомами конечностей.

Доля сарком мягких тканей составляет 2,5% от общего числа злокачественных опухолей, выявляемых в РФ. Всего в 2017 г. в России выявлено 3567 случаев сарком мягких тканей, из них 70 – в Новосибирской области [1]. Липосаркома – опухоль, сравнительно часто встречающаяся у взрослых. По данным некоторых авторов, от 9,8 до 16% из общего числа злокачественных новообразований мягких тканей составляют липосаркомы [2, 3]. Под общим названием «липосаркома» объединены несколько типов опухолей, которые гистологически, биологически, цитогенетически и молекулярно отличаются друг от друга [4, 5]. Новообразования данной группы могут поражать любой орган, однако наиболее часто они локализируются в области верхних или нижних конечностей (56%), туловища (19%), забрюшинном пространстве (15%) и в области головы и шеи (9%) [6, 7]. Подавляющее большинство современных публикаций по данной проблеме посвящены тактике лечения забрюшинных липосарком [8, 9], имеются отдельные обзоры по опухолям средостения [10]. К гигантским относят саркомы более 20 см в диаметре. Вовлечение при таких размерах в опухолевый процесс нервных стволов, крупных сосудов вынуждает выполнять калечащие операции.

Процент рецидивов после хирургического удаления гигантских образований составляет 10–15% даже в случае применения ампутаций и экзартикуляций [11]. Число пациентов с рецидивами именно липосарком достигает 21% от числа всех рецидивов сарком мягких тканей, при этом 11% из них приходится на высококодифференцированные опухоли [12].

Клинический случай

Пациентка П., 69 лет. Диагноз: липосаркома G1 мягких тканей левого бедра T2bN0M0. Состояние после хирургического лечения (1998, 2008 гг.). Местный рецидив с распадом, осложненный рецидивирующим аррозивным кровотечением.

В июле 1997 г. отметила появление опухолевидного образования на левом бедре по внутренней поверхности. В связи с ростом образования в марте 1998 г. оперирована в военном госпитале – выполнено удаление опухоли весом 2 кг. Гистологически верифицирована липома (препараты не сохранились, пересмотр невозможен). После вмешательства имелись явления нейропатии седалищного нерва, пролечена консервативно с полным восстановлением функции. Вскоре после первой операции пациентка отметила рост опухоли в зоне вмешательства. Вновь своевременно не обратилась за медицинской помощью. Повторно оперирована лишь в 2008 г., при этом удалена опухоль весом 9 кг (гистологически также подтверждена липома, препараты для пересмотра недоступны). И после второй операции в течение года возник рецидив. Далее пациентка от

Адрес для корреспонденции

Вайнер Юрий Сергеевич
E-mail: doctorenc@rambler.ru

предлагаемой операции отказывалась. В течение 2017–2018 гг. быстрый рост опухоли – с марта 2018 г. пациентка перестала ходить из-за невозможности перемещать гигантскую опухоль. В апреле 2018 г. возник дефект мягких тканей по задней поверхности левого бедра, из которого стали происходить периодические кровотечения нарастающего объема.

С явлениями очередного кровотечения 04.05.2018 г. доставлена в приемное отделение ГБУЗ НСО ГКБ № 2. При осмотре – левое бедро резко деформировано из-за наличия гигантской опухоли до 50 см в диаметре (рис. 1). Опухоль представлена



Рис. 1. Вид опухоли перед операцией

двумя узлами, нижний (меньший – до 20 см) из которых пролабирует в подколенную ямку. По задней поверхности опухоли – дефект кожи и клетчатки 18 см в диаметре, дном его являются вялые кровоточащие грануляции (зона распада). Отделяемое обильное гнойное. Кожа вокруг дефекта гиперемирована, болезненна. При компрессии подтекания гноя из глубоких тканевых слоев не отмечается. Чувствительность конечности сохранена в полном объеме, двигательные нарушения обусловлены весом и размерами опухоли, движения стопы и пальцев – полный объем. Пациентка осмотрена консилиумом с участием сотрудников кафедры факультетской хирургии НГМУ и госпитализирована в отделение гнойной хирургии.

В отделении проведено дообследование: по данным МСКТ, имеется опухоль размерами 46×43×28 см, окутывающая циркулярно седалищный нерв от подгрушевидного отверстия до подколенной ямки. Бедренные сосуды смещены кпереди, их инвазии не выявлено. Глубокая бедренная артерия проходит по внутреннему контуру опухоли. Медиальная группа мышц растянута и атрофирована. Паховые лимфоузлы не изменены. На рентгенографии органов грудной клетки – умеренный пневмосклероз, по УЗИ органов брюшной полости метастатических очагов не выявлено. Открытая

биопсия опухоли 08.05.2018 г. – гистологическая картина липомы. Посев из зоны распада опухоли – полирезистентная *Pseudomonas aeruginosa*. После завершения обследования пациентка 22.05.2018 г. переведена в ГБУЗ НСО ГКБ № 1 (в структуре стационара имеются нейрохирургическое и ангиохирургическое отделения) и госпитализирована в отделение гнойной хирургии (база кафедры факультетской хирургии НГМУ).

05.06.2018 г. после предоперационной подготовки, включавшей в себя неоднократные гемотрансфузии, выполнена операция: удаление опухоли мягких тканей левого бедра, ушивание дефекта глубокой бедренной артерии.

Ход операции: положение больной – на спине с отведенной кнаружи левой нижней конечностью. Эндотрахеальный наркоз, катетеризация правой подключичной вены. Т-образный разрез по медиальной поверхности бедра и переходом на заднюю поверхность с захватом в зону иссечения полости распада. Отступ от визуально определяемого края опухоли 2–3 см с соблюдением критериев Enneking [13] – 3-й тип иссечения. Начиная от подгрушевидного отверстия узлы опухоли раздвинуты, и выделен расположенный между ними седалищный нерв до подколенной ямки. Бифуркация нерва находится ниже края опухоли в подколенной ямке. При выделении нерв полностью сохранен. Во время выделения внутреннего края опухоли началось обильное кровотечение из глубины раны. Доступ к зоне кровотечения затруднен из-за размеров новообразования. За короткое время – кровопотеря более 2 л. Выделение прекращено, опухоль отведена латерально, обнаружен продольный дефект 4 мм на стенке глубокой бедренной артерии, взят на зажим Сатинского. На фоне критического падения артериального давления – остановка сердечной деятельности. Катетеризация левой подключичной вены, реанимационные мероприятия, массивная инфузия в два центральных катетера, непрямой массаж сердца. Сердечная деятельность восстановлена через 30 с. Операция продолжена – дефект в глубокой артерии бедра ушит полипропиленовой мононитью 4/0. Гемостаз полный, пульсация артерии хорошая. Удаление опухоли завершено, общий вес препарата – 25 кг. Ушивание раны узловыми швами, дренирование 1 трубкой вдоль дна раны по Редону. Эластичное бинтование левого бедра для более плотного прилегания кожных лоскутов. Общая кровопотеря во время операции – 5 л, восполнена гемотрансфузиями. Продолжительность вмешательства – 6 ч. Ранний послеоперационный период – в отделении реанимации.

Из осложнений отмечен некроз краев кожных лоскутов в точке смыкания линий Т-образного разреза. После иссечения некрозов размер дефекта

составил 7×3 см, заживление вторичным натяжением. Явлений нейропатии седалищного нерва не отмечено. Центрального неврологического дефицита вследствие остановки сердечной деятельности не выявлено. Активизация пациентки проведена только на 15-е сутки после операции в связи с рецидивирующими явлениями ортостатического коллапса — находилась в лежачем положении с марта 2018 г. (рис. 2).



Рис. 2. 28-е сутки после операции

Гистологически подтверждена липосаркома G1, удалена радикально. Пациентка выписана из стационара на 25-е сутки после операции. Осмотрена через 5 мес — прогрессирования опухолевого процесса нет, ходит с тростью, полностью себя обслуживает.

Заключение

Лечение пациентов с местнораспространенными и рецидивными опухолями конечностей должно выполняться в многопрофильных учреждениях, обладающих возможностью привлечь во время операции узкого специалиста для коррекции возможных осложнений. Также крайне важна слаженная работа анестезиологической бригады. Эти составляющие позволяют обеспечить хороший онкологический и функциональный исход.

Информация об источниках финансирования

Финансовой поддержки в настоящей статье не было.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Участие авторов

- Концепция и дизайн статьи — Ю.С. Вайнер, К.В. Атаманов.
- Сбор и обработка материала — Д.К. Атаманов, М.А. Самандарова.
- Клиническая работа — Ю.С. Вайнер, А.Е. Ставский, И.В. Назаров, Ю.Ю. Войтенко, Е.В. Федорова.
- Написание текста — Е.В. Федорова.
- Редактирование — Ю.С. Вайнер, Д.К. Атаманов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние онкологической помощи населению России в 2017 году. Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. М., 2018:111-112.
2. Devesa S, Travis B, Toro J et al. Soft tissue sarcoma incidence trends and demographic patterns by histologic type in the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program, 1978–2001: An analysis of 26 758 cases. *Proc Am Ass Cancer Res.* 2005;46:955.
3. Jemal A, Tiwari RC, Murray T et al. Cancer statistics, 2004. *Cancer J Clin.* 2004;54:8-29.
4. Rubin BP, Fletcher C. The cytogenetics of lipomatous tumours. *Histopathology.* 1997;30:507-511.
5. Tallini G, Dal Cin P, Rhoden KJ et al. Expression of HMGIC and HMG(Y) in ordinary and atypical lipomatous tumors: immunohistochemical reactivity correlates with karyotypic alterations. *Am J Path.* 1997;151: 37-43.
6. Cormier JN, Pollock RE. Soft tissue sarcomas. *Cancer J Clin.* 2004; 54:94-109.
7. Pisters P, Leung D, Woodruff J et al. Analysis of prognostic factors in 1,041 patients with localized soft tissue sarcomas of the extremity. *J Clin Oncol.* 1996;14:1679-1689.
8. Nered SN, Bolotsky VI, Figurin KM. Giant retroperitoneal liposarcoma in a patient with a horse-shoe kidney. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.* 2012;23(2):59-63.
9. Стилиди ИС, Никулин МП, Неред СН и соавт. Комбинированные операции при забрюшинных липосаркомах. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2013;(6):20-25.
10. Давыдов МИ, Мачаладзе ЗО, Полоцкий БЕ и соавт. Мезенхимальные опухоли средостения (обзор литературы). *Сибирский онкологический журнал.* 2008;(1):64-74.
11. Манихас ГМ, Ханевич МД, Вашкуров СМ и соавт. Хирургическое лечение гигантских сарком мягких тканей. *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи.* 2009;(1):62-67.
12. Зиновьев ГВ. Выявление и лечение рецидивов сарком мягких тканей конечностей. Дисс. ... канд. мед. наук. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Министерства здравоохранения России. СПб., 2017:167.
13. Enneking WF. Staging of musculoskeletal sarcomas. In: Uthoff H.K., Stahl E. (eds.): *Current Concepts of Diagnosis and Treatment of Bone and Soft Tissue Tumors.* New York: Springer-Verlag. 1984:1-21.

Статья поступила 09.12.2018 г., принята к печати 18.12.2018 г.
Рекомендована к публикации В.В. Тепляковым

Информационная страница

Вайнер Юрий Сергеевич, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской хирургии, врач-хирург отделения гнойной хирургии ГБУЗ НСО ГКБ № 1.

Атаманов Константин Викторович, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, доктор медицинских наук, доцент, зав. кафедрой факультетской хирургии.

Назаров Илья Владимирович, ГБУЗ НСО ГКБ № 2, кандидат медицинских наук, зав. отделением гнойной хирургии.

Атаманов Дмитрий Константинович, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, студент 4-го курса лечебного факультета.

Ставский Алексей Евгеньевич, ГБУЗ НСО ГКБ № 1, врач-хирург отделения гнойной хирургии.

Самандарова Мафтуна Абдукодировна, ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, клинический ординатор кафедры факультетской хирургии.

Федорова Екатерина Владимировна, ГБУЗ НСО ГКБ № 2, врач ультразвуковой диагностики.

Войтенко Юлия Юрьевна, ГБУЗ НСО ГКБ № 1, врач анестезиолог-реаниматолог.

Дополнительные утверждения

Авторы согласны на публикацию представленной работы.

Авторы утверждают, что данная рукопись в настоящее время не представлена для публикации в другие издания и не была принята для публикации в других изданиях.

EGIANT LIPOSARCOMA OF THE HIP. CASE REPORT

Vayner Yu.S.^{1,2}, Atamanov K.V.^{1,2}, Nazarov I.V.³, Atamanov D.K.¹, Stavsky A.E.², Samandarova M.A.¹, Fedorova E.V.³, Voitenko Y.Yu.²

¹ Novosibirsk state medical University of Minzdrav of Russia; Russia, 630091, Novosibirsk, Krasny prospect, 52

² City clinical hospital № 1; Russia, 630075, Novosibirsk, Zalessky str., 6

³ City Clinical Hospital № 2; Russia, 650051, Novosibirsk, Polzunova str., 21

Key words: lower limb tumor, liposarcoma, surgical treatment

A successful experience in the surgical treatment of a patient with a giant left hip liposarcoma with circular envelopment of the sciatic nerve was presented. The technique of tumor removal with preservation of the continuity of the nerve was described, the available intra- and postoperative complications and methods for their correction are described. As a result, a good oncological and functional result has been obtained, which confirms the expediency of applying the organ-preserving tactics in treating patients with giant sarcomas of the extremities.