

аналогична АД. В результате 7-месячной гормональной терапии опухолевые инфильтраты мягких тканей задней поверхности туловища резорбировались на 50%. АД остался без изменений. Проведено облучение паравертебральных зон. АД удален оперативным путем в июле 1996 г. В настоящее время больная наблюдается без признаков рецидива заболевания.

Мы отдаем себе отчет в том, что и гормональное воздействие предпринимается сугубо эмпирически. Поэтому мы начали изучение рецепторов эстрогена и прогестерона в опухоли. Из 5 изученных десмоидов рецепторы были обнаружены в 3 и в 2 не определялись. Не исключено, что не только патогенетическим, но и этиологическим фактором при ДФ служит повышенный уровень эстрогенов в крови. На следующем этапе работы мы планируем определение эстрогенов в крови исходно и в процессе гормонотерапии с учетом реакции опухоли на такое лечение.

Подводя предварительные итоги поэтапной разработки методов терапии ДФ за период более 30 лет, мы сегодня можем постулировать ряд принципиальных позиций лечебной тактики.

#### Абдоминальные десмоиды

1. При небольших резектабельных опухолях начинают с хирургического лечения. В случае сомнения в радикальности операции проводят послеоперационную лучевую терапию электронным пучком либо химиогормонотерапию.

2. При нерезектабельных опухолях лечение начинают с химиогормонотерапии. При остаточной опухоли прибегают к операции или лучевой терапии.

#### Экстраабдоминальные десмоиды

1. Самостоятельное хирургическое лечение не показано независимо от размеров и локализации опухоли.

2. При небольших резектабельных опухолях проводят лучевое лечение, при неизлеченности — оперативное удаление.

3. При местно-распространенном процессе применяют химиогормонотерапию. В случаях остаточной опухоли удаляют ее либо проводят лучевую терапию.

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Дарьялова С.Л., Королева Л.А., Пономарева И.В. //Химиотерапия в лечении онкологических больных. — М., 1993. — С. 42-47.
2. Leibel S.A., Warra W.M., Hill D.R. et al. //Int. J. Radiol. Oncol. Biol. Phys. — 1983. — Vol. 9, N 8. — P. 1167-1171.

3. Rajkos, Kristo, Izso et al. //Regional Cancer Treatment. — 1993. — Suppl. 1. — P. 40.
4. TNM Atlas. — 3rd Ed., 2nd Revision. — Springer-Verlag. — 1992.
5. Weiss A.J., Lackman R.D. //Cancer. — 1989. — Vol. 64. — P. 1192-1194.

#### DESMOID FIBROMA: ARE WE READY TO AVOID THE SURGICAL TREATMENT?

V.I. Chissov, S.L. Dar'aylova, A.V. Boyko, L.A. Koroleva

Thirty years experience of treatment of soft tissue desmoid fibroma (Moscow Oncologic Institute) is presented. Efficacy of surgical treatment versus combined and radiation therapy was studied. The rate of relapse of extraabdominal desmoids after surgical treatment was 94%, after combined treatment with preoperative radiation therapy the relapse rate decreased up to 27.5% but after postoperative radiation therapy up to 53%. After radiation therapy the relapse rate was 15.7%. However radiation therapy has limitations related the necessity of massive tumor irradiation and application of high doses of irradiation that may cause postradiation affect of tissues. During subsequent search the original method of chemotherapy (tamoxiphen, vinblastin, methotrecoat) was tested. This method allows to achieve the persistent remission in 81.3% of patients. Principles of therapeutic tactics in desmoid fibromas are formulated.

© А.Н. Махсон, 1998

А.Н. Махсон

#### РЕКОНСТРУКТИВНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ОНКОЛОГИИ

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Автор выступает активным сторонником широкого использования методов пластической хирургии в клинической онкологии. На опыте работы созданного в Московской городской клинической онкологической больнице отделения пластической и реконструктивной хирургии показано, что применение различных методик микрохирургической аутотрансплантации позволяет значительно расширить показания к органосохраняющим операциям при злокачественных опухолях опорно-двигательного аппарата, существенно улучшить как онкологические, так и функциональные результаты лечения.

Одной из особенностей онкологической хирургии является необходимость удаления вместе с опухолью значительного количества окружающих ее здоровых тканей. В этом заключается важнейший принцип абластики, пренебрежение которым неизбежно влечет за собой развитие рецидива опухоли. Дефект после такого удаления может достигать огромных размеров, а его замещение представляет серь-

езную проблему, нерешенность которой на протяжении многих лет сдерживала возможности хирургов, особенно в проведении сохранных операций у больных с опухолями опорно-двигательного аппарата.

При некоторых локализациях опухолей больным часто отказывают в оперативном лечении ввиду невозможности закрытия дефекта тканей после удаления опухоли. В других случаях после обширных операций на голове, шее, молочной железе, конечностях просто стягивают края раны, что нередко приводит к развитию обезображивающих рубцов и деформаций. При опухолях опорно-двигательного аппарата зачастую в угоду радикальности и из-за невозможности заместить дефект удаляется периферический, в функциональном отношении наиболее ценный, не пораженный опухолью отдел конечности. Неоправданно широкое применение ампутаций и экзартикуляций конечностей при опухолях создало представление о неизбежной инвалидизации таких больных. Проблема качества жизни пациентов в клинической онкологии многие десятилетия оставалась в тени на фоне неудовлетворительных исходов лечения большинства больных со злокачественными опухолями, многие из которых погибали в ближайшие годы после операций от прогрессирования заболевания. Главной целью онколога было спасение жизни пациента любым путем, в основном — калечащей операцией. До сегодняшнего дня хирургический метод лечения для подавляющего большинства больных со злокачественными опухолями является основным. Однако благодаря его комбинации с современной химио- и лучевой терапией теперь половина больных со злокачественными опухолями всех локализаций живут более 5 лет без признаков прогрессирования опухоли, что по канонам современной онкологии считается показателем излечения. При ранних стадиях заболевания процент излечения может достигать 90 и более. Поэтому в последние годы все большее значение приобретают вопросы улучшения качества жизни онкологических больных после хирургического и комбинированного лечения.

На основе принципов онкологической хирургии в сочетании с принципом сохранения хорошего или удовлетворительного качества жизни больных мы предложили понятие адекватной операции в онкологии. Адекватной является операция, выполненная радикально и абластично и при этом обеспечивающая максимально возможное качество жизни пациен-

та (сохранение функции конечности, органа или ликвидация косметического дефекта). Отсюда у каждого конкретного больного только одна операция может быть адекватной. Нарушение любой из двух составляющих — будь то несоблюдение онкологических принципов или неоправданное снижение качества жизни пациента, делает операцию неадекватной. При таком подходе становится необходимым введение в хирургическую службу онкологического учреждения специалистов по пластической хирургии, которые до настоящего времени неоправданно мало используются в онкологии.

Отделение, объединяющее две специальности — онкологию и пластическую хирургию, создано в Московской клинической онкологической больнице № 62. Теперь, имея многолетний опыт работы в этой области, мы с уверенностью можем говорить об оправданности такого решения. Широкое применение методов пластической хирургии позволяет повысить радикальность операций, так как хирург не пытается неосознанно уменьшить блок удаляемых тканей, чтобы облегчить закрытие послеоперационного дефекта. Очень часто при опухолях опорно-двигательного аппарата без использования современных микрохирургических методик просто невозможно произвести одномоментное закрытие огромного дефекта, требующее восстановления костных структур, мышц и кожи. Применение различных методик микрохирургической аутотрансплантации позволяет значительно расширить показания к органосохраняющим операциям при опухолях опорно-двигательного аппарата и принципиально улучшить их функциональные исходы.

Примером может служить следующее наблюдение.

Б о л ь н о й Ш., 19 лет, поступил с диагнозом: остеобластокластома левой плечевой кости. В ноябре 1990 г. появилась быстро увеличивающаяся в размерах опухоль. 7.05.91 произведена краевая резекция плечевой кости. Гистологическое исследование удаленного препарата: остеобластокластома с аневризмальной кистой и признаками озлокачествления. Учитывая гистологическое заключение и быстрый рост опухоли, назначено комбинированное лечение. Проведен предоперационный курс дистанционной гамма-терапии на зону опухоли (суммарная очаговая доза 50 Гр). 3.07.91 выполнена операция — резекция диафиза плечевой кости с одномоментным замещением дефекта фрагментом правой малоберцовой кости на микрососудистых анастомозах. Фикса-

ция проводилась аппаратом Илизарова. Через 3 мес после операции аппарат снят. Рентгенологически выявлено полное сращение костных фрагментов. При контрольной рентгенографии через 2 года видна выраженная гипертрофия костного трансплантата, наступившая под воздействием возрастающей физической нагрузки. Функция руки восстановлена полностью.

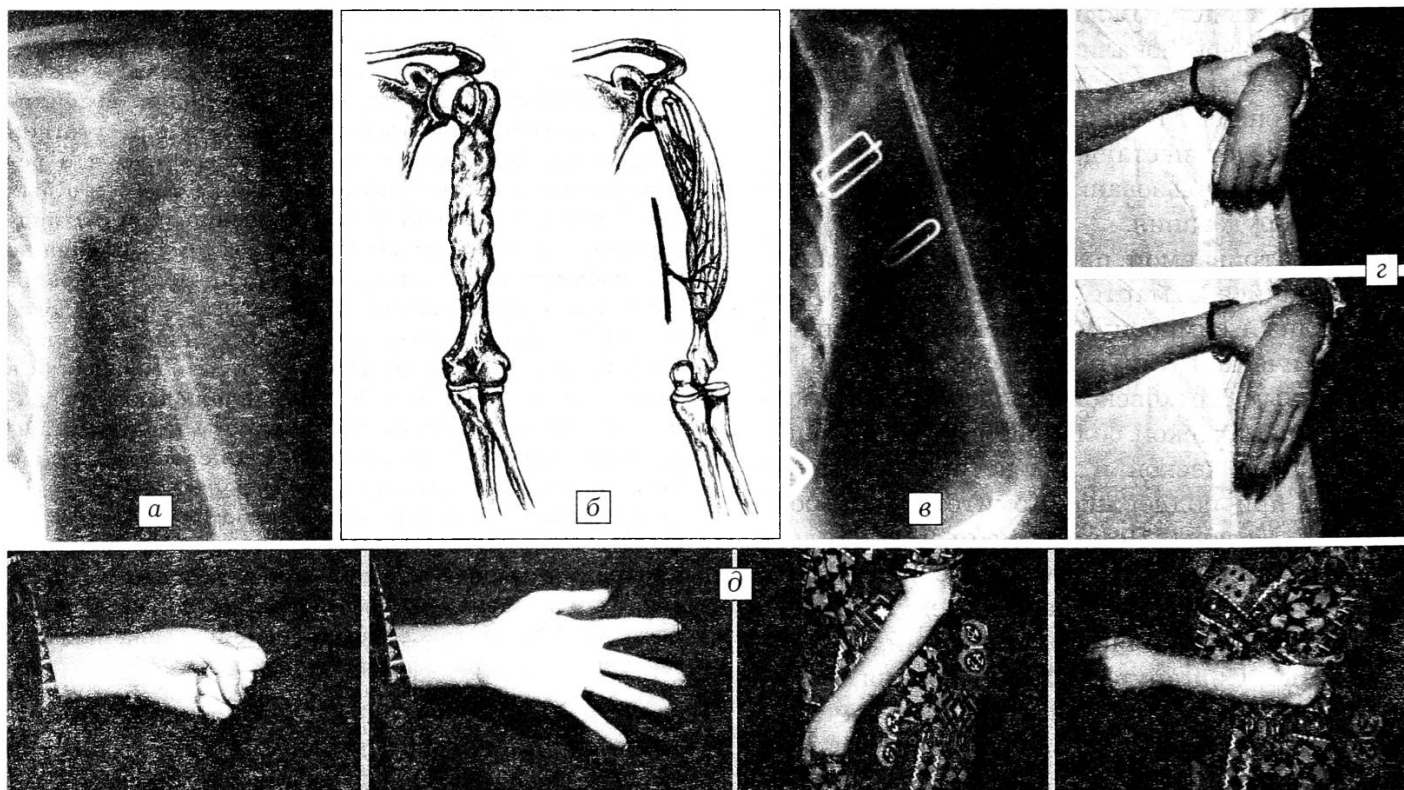
В данном случае без использования микрохирургической техники можно было бы произвести только тотальное удаление плечевой кости с эндопротезированием. Это позволило бы сохранить руку, но значительно ухудшило ее функцию в плечевом и локтевом суставах, чего удалось избежать при резекции диафиза плечевой кости с аутопластикой дефекта малолберцовой костью и сохранением плечевого и локтевого суставов. Следовательно, такая операция в нашем понимании была бы неадекватной. Чрезвычайно важным является то, что дефект плечевой кости был замещен своей живой костью, способной к перестройке и приспособлению к меняющимся условиям жизни. Это исключило опасность развития поздних осложнений, связанных с имплантацией массивного инородного тела, и позволило сохранить полную функцию оперированной руки и

полностью восстановить работоспособность молодому человеку.

В качестве примера замещения сложных комбинированных костно-мягкотканых дефектов с использованием микрохирургической техники приводим следующее наблюдение.

Б о л ь н а я Ш., 14 лет, поступила с жалобами на боли и наличие опухолевидного образования в верхнем отделе левого плеча. На рентгенограммах выявлен очаг деструкции левой плечевой кости с патологическим переломом (см. рисунок, а). Гистологическое исследование материала трепанобиопсии: опухоль Юинга. В плане комбинированного лечения больной проведены 2 курса предоперационной внутриартериальной химиотерапии и курс дистанционной гамма-терапии в суммарной очаговой дозе 26 Гр. 28.10.93 произведено тотальное удаление левой плечевой кости. По ходу операции выявлено, что лучевой нерв на протяжении 10 см проходит через опухоль. Резецировано 12 см нерва. Дефект плечевой кости замещен ауто трансплантатом на микрососудистых анастомозах — левой малолберцовой костью с ее головкой, которая помещена в область локтевого сустава (см. рисунок, б, в). Дефект лучевого нерва замещен вставкой из икроножного нерва.

Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением. В последующем проведено 5 курсов неoadъювантной



Больная Ш. 14 лет. Диагноз: опухоль Юинга левой плечевой кости, патологический перелом.

а — рентгенограмма левой плечевой кости до операции; б — схема пластики дефекта; в — рентгенограмма после операции; з — функция левой кисти через 1 мес после операции; д — функция левой кисти и локтевого сустава через 1,5 года после операции.

химиотерапии по схеме CAP. После операции отмечалось полное выпадение функции лучевого нерва (см. рисунок, з). Проводились лечебная гимнастика, разработка движений в локтевом суставе в специальных ортопедических аппаратах. Через 1,5 года констатированы восстановление функции лучевого нерва, удовлетворительная функция левого локтевого сустава (см. рисунок, д). Через 4 года после начала лечения больная жива без признаков прогрессирования заболевания, хорошо пользуется оперированной рукой.

Альтернативной операцией у этой больной была экзартикуляция плеча и как следствие — глубокая инвалидность. Замещение дефекта плечевой кости эндопротезом или аллотрансплантатом не имело смысла, так как без восстановления целостности лучевого нерва мы бы получили афункциональную руку. Замещение обширных комбинированных костно-мягкотканых дефектов возможно только с использованием аутоотрансплантатов на микрососудистых анастомозах.

Создание отделений реконструктивной и пластической хирургии в составе крупных многопрофильных онкологических стационаров является насущной необходимостью. Это позволит значительно улучшить как онкологические, так и функциональные результаты лечения больных со злокачественными опухолями различной локализации. В таких отделениях должны концентрироваться наиболее сложные онкологические больные, лечение которых требует нестандартных хирургических подходов, использования специальных методик и оборудования.

Рассматриваемой проблеме был посвящен состоявшийся в марте 1997 г. первый Международный симпозиум по реконструктивной и пластической хирургии в онкологии, организованный Московской городской клинической онкологической больницей № 62 и Обществом пластической и реконструктивной онкологии при поддержке Комитета здравоохранения Москвы. Помимо онкологов и пластических хирургов из России и стран СНГ, в симпозиуме приняли участие ведущие специалисты из Финляндии, Франции, Германии, США, Сингапура, ЮАР, Израиля, Бельгии, Венгрии. Обсуждались вопросы лечения больных с опухолями опорно-двигательного аппарата, молочной железы, головы и шеи. Российские и зарубежные специалисты единодушно подтвердили необходимость широкого внедрения современных методик пластической хирургии в практику онкологических учреждений.

## RECONSTRUCTION AND PLASTIC SURGERY IN ORTHOPAEDIC ONCOLOGY

*A. N. Makhson*

Author speaks an active supporter of the wide application of plastic surgery methods in clinical oncology. The experience of Department of Plastic and reconstructive Surgery at Moscow Municipal Clinical Oncologic Hospital has showed that application of different microsurgical technique of autotransplantation allowed to significantly widen the indications to organ-saving operations in malignant tumors of loco-motor system, considerably improve both oncologic and functional results of treatment.

---

© Коллектив авторов, 1998

*В.А. Бизер, А.А. Курильчик,  
В.О. Сидорченков*

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОБЛУЧЕННЫХ КОСТНЫХ РЕПЛАНТАТОВ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ У ДЕТЕЙ

Медицинский радиологический научный центр, Обнинск

У 10 детей в возрасте 8–16 лет с остеогенной саркомой проведено комплексное лечение, включавшее дистанционное гамма-облучение в суммарной очаговой дозе 36 Гр с курсами химиотерапии препаратами платины и последующее хирургическое вмешательство. Операция выполнялась через 3–6 мес после химиолучевого лечения при условии стабилизации местного опухолевого процесса и отсутствии метастазов. Особенность ее состояла в том, что резецированная кость с опухолью (чаще всего это был дистальный суставной конец бедренной кости) подвергалась в операционной однократному облучению электронным пучком в дозе 60 Гр, после чего производилась ее реплантация. Как показал рентгенологический контроль, перестройка облученного реплантата, помещенного в облученные ткани, протекала в замедленном темпе и к 3 годам наблюдения не завершалась, что, однако, не мешало реплантату выполнять роль эндопротеза. Послеоперационные осложнения в виде нагноения наблюдались у 30% больных. Умерли 4 больных, продолжают наблюдаться 6, из них 4 — более 2 лет, 2 — более 3 лет. Авторы приходят к выводу, что при соответствующих показаниях и условиях одноментно облученная аутокость-реплантат может быть использована для замещения дефектов костей.

Лечение больных со злокачественными опухолями опорно-двигательного аппарата, и в частности остеогенной саркомой, предусматривает комплексное использование ионизирующего излучения, химиотерапии и хирургического вмешательства. Ведущим звеном в этом комплексе является адекватная радикальная операция.