

РОЛЬ ПЛАСТИЧЕСКИХ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ МЕТОДОВ В АДЕКВАТНОЙ ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

А.Н. Махсон

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

За период с 1972 по 2002 г. в Московской городской онкологической больнице № 62 оперировано 693 больных с первичными и метастатическими опухолями опорно-двигательного аппарата. У 86% больных удалось выполнить органосохраняющие операции. Частота рецидивов в этой группе составила 11%. После ампутаций и экзартикуляций рецидивы опухоли развились у 18% больных. При строгом соблюдении принципов абластики частота рецидивов не превышала 2%. Показано, что использование для замещения послеоперационных дефектов современных методов пластической и реконструктивной хирургии, в том числе с применением микрохирургической техники, значительно расширяет возможности выполнения адекватных (радикальных и абластичных) органосохраняющих операций у больных с опухолями опорно-двигательного аппарата, что существенно повышает качество их жизни.

During the period from 1972 to 2002 six hundred ninety three patients with primary and metastatic tumors have been operated on at Moscow oncologic hospital # 62. Preserving operations have been performed in 86% of patients with 11% recurrence rate. After amputation and exarticulation tumor relapses were recorded in 18% of patients. At strict observance of the ablation principles the recurrence rate did not exceed 2%. It has been shown that the use of modern plastic and reconstructive surgical techniques, including the microsurgical ones, significantly increases the potentialities of the performance of adequate (radical and ablastic) preserving operations in patients with loco-motor system tumors and thus improves the quality of life in this group of patients.

Одной из особенностей онкологической хирургии при опухолях опорно-двигательного аппарата является необходимость удаления опухоли с окружающим ее мышечно-фасциальным футляром. 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 восполнение представляет серьезную проблему, нерешенность которой на протяжении многих лет сдерживала возможности хирургов, особенно в плане выполнения сохранных операций у больных с опухолями опорно-двигательного аппарата.

При ряде локализаций опухолей больным часто отказывают в оперативном лечении ввиду невозможности закрытия послеоперационного дефекта тканей. Из-за невозможности заместить дефект нередко удаляется периферический, в функциональном отношении наиболее ценный и не пораженный опухолью отдел конечности. Неоправданно широкое применение ампутаций и экзартикуляций конечностей при опухолях создало представление о неизбежной инвалидизации таких больных. Вместе с тем, современные ортопедические методики позволяют замещать обширные дефекты костей. Однако при больших комбинированных дефектах костей и мягких тканей они практически непригодны. Такие дефекты можно замес-

тить только с использованием аутотрансплантатов на микрососудистых анастомозах.

В клинической онкологии проблема качества жизни больных после хирургического лечения долгое время оставалась в тени на фоне его неудовлетворительных исходов у большинства пациентов со злокачественными опухолями, многие из которых погибали в ближайшие годы от прогрессирования заболевания. Главной целью онколога было спасение жизни пациента любым путем, в основном — калечащей операцией. До настоящего времени хирургический метод лечения для подавляющего большинства больных со злокачественными опухолями костей и мягких тканей является основным. Однако благодаря его комбинации с современной химио- и лучевой терапией значительно увеличивается число пациентов, живущих 5 и более лет после операции. Поэтому задача улучшения качества жизни онкологических больных после хирургического и комбинированного лечения в последние годы приобретает все большее значение.

На основе соблюдения принципов онкологической хирургии в сочетании с сохранением хорошего или удовлетворительного качества жизни больных нами сформулировано понятие адекватной операции в онкологии. Адекватной является операция, выполненная радикально и абластично и при этом максимально сохраняющая функцию конечности и

тем самым обеспечивая лучшее качество жизни больного. Широкое применение методов пластической хирургии позволяет повысить радикальность операций, так как хирург не пытается неосознанно уменьшить блок удаляемых тканей с целью облегчения закрытия послеоперационного дефекта. Очень часто при опухолях опорно-двигательного аппарата без применения современных методик пластической и реконструктивной хирургии, включая микрохирургические методики, закрыть одномоментно огромный дефект, восстановив костные структуры, мышцы и кожу, просто невозможно.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 1972 по 2002 г. в Московской городской онкологической больнице № 62 оперировано 693 больных с первичными и метастатическими опухолями костей. Различные органосохраняющие операции произведены 596 (86%) больным, у 97 (14%) больных выполнены ампутации и экзартикуляции конечностей (включая межподвздошно-брюшные и межлопаточно-грудные ампутации). Для замещения дефектов после органосохраняющих операций применялись следующие методы: эндопротезирование — у 211 больных (после резекции суставных концов длинных костей — у 190, после тотального удаления бедренной кости — у 12, тотального удаления плечевой кости — у 9), пересадка блоков собственных тканей на микрососудистых анастомозах — у 97. У 81 больного выполнена межлопаточно-грудная резекция, у 102 — резекция костей таза, у 105 — прочие органосохраняющие операции (к ним отнесены операции, не требующие пластики дефекта, а также вмешательства типа операции Богораз, Ван Несса, Вреде-

на—Икономова, с применением аппаратов Илизарова и Блискунова и др.).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После органосохраняющих операций рецидивы опухоли развились в 11% случаев. После ампутаций и экзартикуляций частота рецидивов составила 18%. Это объясняется значительно большей распространенностью опухолей у данной группы больных, что не позволяло выполнить операцию абластично. При строгом соблюдении принципов абластики частота рецидивов опухоли не превышала 2%. Применение адекватных органосохраняющих операций в большинстве случаев требовало замещения обширных комбинированных костно-мягкотканых дефектов, что зачастую было возможно только с использованием аутотрансплантатов на микрососудистых анастомозах. В качестве примера приведем одно из наблюдений.

Больной М., 65 лет, диагноз: рабдомиосаркома левого предплечья. В 1986 г. были проведены предоперационная дистанционная гамма-терапия с последующим иссечением опухоли, в 1987 и 1989 гг. — повторные иссечения по поводу рецидивов опухоли (в 1989 г. — в комбинации с гамма-терапией.). В марте 1991 г. поступил с очередным рецидивом опухоли с прорастанием в локтевую кость (см. рисунок, а). Проведена химиотерапия платинидиамом и фармарубицином без эффекта. 23.04.91 выполнена резекция проксимальной трети локтевой кости единым блоком с опухолью и окружающими мягкими тканями. Одновременно произведено восполнение дефекта костно-мышечным лоскутом из фрагмента малоберцовой кости вместе с малоберцовыми мышцами, пересаженным на микроанастомозах. Остеосинтез пластиной. Малоберцовые мышцы использовались для закрытия мягкотканного дефекта и восстановления целостности трехглавой мышцы. Поверхность лоскута укрыта



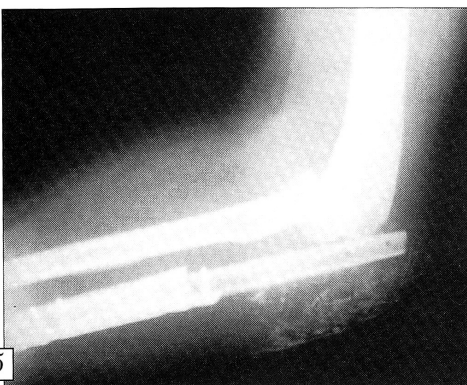
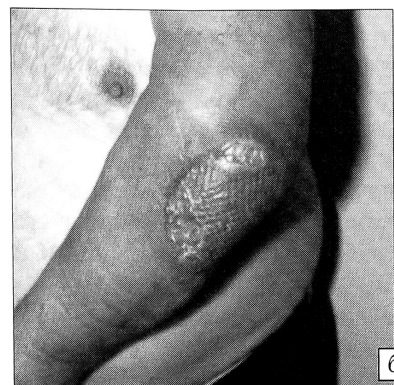
а

Больной М. 65 лет. Третий рецидив рабдомиосаркомы левого предплечья с прорастанием в локтевую кость.

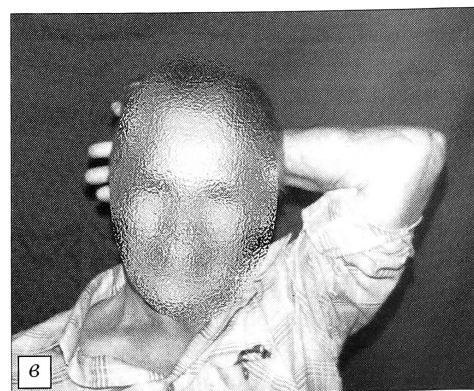
а — при поступлении;

б — через 3 нед.

в — через 12 лет после операции.



б



в

свободным кожным аутоотрансплантатом (см. рисунок, б). Гистологическое исследование: рабдомиосаркома, разрушающая кость. Послеоперационный период без осложнений. Через 12 лет прогрессирования заболевания не отмечается. Несмотря на значительное повреждение локтевого сустава и образование после удаления опухоли обширного костного дефекта и дефекта окружающих мягких тканей, активные и пассивные движения в локтевом суставе сохранены в полном объеме (см. рисунок, в), больной ходил в поход на байдарке.

Выбор метода пластического замещения дефекта зависит от нозологической формы опухоли, ее локализации, общего состояния больного и прогноза заболевания. Так, например, при опухолях проксимального отдела бедренной кости применяется только эндопротезирование дефекта. При поражении диафиза длинной кости показано замещение дефекта аутоотрансплантатом из малоберцовой кости на микрососудистых анастомозах. Такая методика позволяет сохранить практически полную функцию оперированной конечности. При локализации опухоли в дистальном отделе бедра и проксимальном отделе большеберцовой кости у больных с хорошим прогнозом в последнее время мы производим пластику дефекта аутоотрансплантатом на микрососудистых анастомозах с формированием анкилоза в области коленного сустава. Это обусловлено тем, что практически все эндопротезы дистального отдела бедра с коленным суставом, примененные нами ранее, были удалены из-за их расшатывания и развития металлоза спустя 12–18 лет после эндопротезирования. При этом замещение дефекта после удаления таких эндопротезов представляло исключительно сложную задачу и нередко затягивалось на 2–3 года. У одного больного мы были вынуждены произвести ампутацию бедра. При обширных костно-мягкотканых дефектах применяется аутопластика на микрососудистых анастомозах, которая может сочетаться с эндопротезированием. При локализации опухоли в лопатке, ключице, тазе, малоберцовой кости замещения костных дефектов не требуется.

У 3 больных с обширным поражением грудины (у одного — с хондросаркомой, у двух — с солитарным метастазом) были произведены тотальное удаление грудины с восстановлением каркаса грудной клетки эндопротезами ребер и пластика дефекта мягких тканей сальниковым и кожно-мышечным лоскутом. Сочетание эндопротезирования (восстановление каркаса грудной клетки) с аутопластикой дефектов мягких тканей позволило расширить показания к радикальному оперативному лечению при больших опухолях грудины с поражением мягких тканей.

Как отмечалось выше, рецидивы опухоли после органосохраняющих операций развились в 11%, после ампутаций и экзартикуляций — в 18% случаев. В группе ампутаций и экзартикуляций было большое число больных с запущенными опухолями, особенно при их локализации в костях таза и лопатке. У таких больных зачастую даже межпод-

вздошно-брюшная экзартикуляция с резекцией боковой массы крестца и межлопаточно-грудная ампутация не позволяют соблюсти принципы абластики, что и обуславливает высокий процент рецидивов. Наилучшие результаты получены при межлопаточно-грудной резекции (2% рецидивов). Это объясняется тем, что при правильном определении показаний к этой операции практически всегда удается реализовать принцип футлярности. При нарушении принципов абластики рецидивы развиваются более чем в 90% случаев.

Среди больных с метастатическими поражениями костей мы выделяем три группы: 1) с солитарными метастазами; 2) с множественными метастазами и патологическим переломом или угрозой его возникновения; 3) с множественными метастазами без патологического перелома или угрозы его возникновения. В первой группе показания к хирургическому вмешательству ставятся, как при первичной опухоли. Операция производится с соблюдением принципов абластики и с расчетом на излечение больного. В этих случаях может применяться даже аутопластика на микрососудистых анастомозах. При множественных метастазах с патологическим переломом или угрозой его возникновения показана паллиативная операция, рассчитанная на ликвидацию болевого синдрома, улучшение качества жизни больного, возвращение ему возможности самообслуживания. В этих случаях применяются эндопротезирование или различные варианты остеосинтеза, включая накостный, внутрикостный и внеочаговый (аппаратами внешней фиксации). Такая операция позволяет значительно улучшить качество жизни больного и дает возможность продолжить специальные виды лечения (химиотерапия, лучевая терапия). При множественных метастазах без патологического перелома или угрозы его возникновения показаний к оперативному лечению практически нет. Речь о нем может идти только в случае выраженного болевого синдрома (что наблюдается у таких пациентов исключительно редко), который не купируется другими способами (лучевая, химиотерапия, адекватное обезболивание).

Заключение. Широкое использование различных методов пластической и реконструктивной хирургии с учетом концепции адекватной операции в костной онкологии позволяет значительно расширить показания к органосохраняющим операциям и принципиально улучшить их функциональные и косметические исходы. Для улучшения результатов лечения больных со злокачественными опухолями опорно-двигательного аппарата необходимо специальное оборудование, использование самых передовых методов пластической хирургии и современной химио- и лучевой терапии. Без всякого сомнения, успешно справиться с этой задачей могут только отделения реконструктивной и пластической хирургии, создаваемые на базе крупных многопрофильных онкологических стационаров.