

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Ващенко Л.Н., Дашкова И.Р., Салатов Р.Н., Аушева Т.В.,
Бакулина С.М., Андрейко Е.А.

ФГБУ «РНИОИ» Минздрава РФ, Ростов-на-Дону, e-mail: onko-sekretar@mail.ru

Необходимость соблюдения принципов хирургического радикализма в ходе оперативного лечения сарком мягких тканей приводит к образованию обширных раневых дефектов, что влечет необходимость использования современных технологий пластической хирургии в лечении онкологических больных. Восстановительные операции должны быть спланированы и произведены таким образом, чтобы не нарушать основную лечебную программу. Наиболее выигрышными способами пластического закрытия ран следует считать перемещение лоскутов на питающей ножке, наряду с использованием многоэтапных и отсроченных пластических операций. Индивидуализированный подход к выбору методики для пластического закрытия послеоперационного дефекта позволяет не отступать от канонов хирургического радикализма, проводить комплексную терапию в полном объеме, избежать осложнений, связанных с натяжением краев раны, улучшая тем самым качество жизни больных и ускоряя медицинскую реабилитацию.

Ключевые слова: саркомы мягких тканей, хирургическое лечение, пластическая хирургия

TO THE PROBLEM OF SURGICAL TREATMENT SOFT TISSUE SARCOMAS

Vashchenko L.N., Dashkova I.R., Salatov R.N., Ausheva T.V.,
Bakulina S.M., Andreiko E.A.

Rostov research institute of oncology, Rostov-on-Don, e-mail: onko-sekretar@mail.ru

The need to respect the principles of surgical radicalism during surgical treatment of soft tissue sarcomas leads to the formation of large wound defects, entails the need to use modern technology of plastic surgery in the treatment of cancer patients. Recovery operations should be designed and manufactured in such a way as not to violate the basic medical program. The most successful methods of plastic wound closure should be considered moving flaps on the pedicle, along with the use of multi-stage and delayed plastic surgery. Individual approach to the choice of the technique for the plastic closure of the postoperative defect allows not to deviate from the canons of surgical radicalism, to conduct a comprehensive therapy in full, to avoid complications associated with the tension of the wound edges, thereby improving the quality of life of patients and accelerating medical rehabilitation.

Keywords: soft tissue sarcoma, surgical treatment, plastic surgery

Саркомы мягких тканей представляют большую группу опухолей мезенхимального происхождения, различных по клиническим и морфологическим признакам. На их долю приходится около 2% в структуре онкопатологии. Статистика последних лет свидетельствует о неуклонном росте заболеваемости и смертности от сарком мягких тканей [2, 4, 9].

Общим для многообразия клинимоρφологических форм сарком мягких тканей является крайне агрессивное течение, характеризующееся многократным рецидивированием, гематогенным метастазированием, определяющим неблагоприятный прогноз заболевания.

Лечение больных саркомами мягких тканей – одна из сложных проблем современной онкологии, над разрешением которой работают и хирурги, и радиологи, и химиотерапевты. Несмотря на разработку различных приемов лучевого воздействия на опухоль, бурное развитие химиотерапии с применением все более современных препаратов, различных их комбинаций и способов введения, хирур-

гический компонент в лечении сарком мягких тканей остается основным.

Строгое следование принципам хирургического радикализма в ходе операций по удалению опухолей мягких тканей приводит к образованию обширных раневых дефектов. Кроме того, при упорно рецидивирующих опухолях предшествующее хирургическое и лучевое воздействие создает неблагоприятный фон для удаления опухоли и пластического закрытия раневого дефекта. Особенностью лечения таких больных заключается в выполнении расширенных, нередко комбинированных вмешательств [5, 7, 8].

Анализ основных тенденций развития онкологии убедительно показывает практическую необходимость в использовании современных технологий пластической хирургии в общей схеме лечения онкологических больных. В частности, хирургический метод развивается по пути реконструктивно-пластического устранения анатомо-функционального дефекта, возникшего при противоопухолевом лечении. Пластическое восполнение послеопераци-

онного дефекта дает возможность более широкого иссечения опухоли, тем самым увеличивая радикальность хирургического вмешательства. Кроме того, адекватное замещение дефектов, образующихся в результате удаления новообразований, исключает значительное натяжение краев раны, которое может повлечь развитие краевого некроза кожи с расхождением краев раны и длительным ее заживлением, отсрочить другие этапы лечения [6, 10].

В настоящее время практически нет разногласий о целесообразности восстановления тканей после удаления злокачественных опухолей мягких тканей и других новообразований наружных локализаций, когда отсутствует возможность закрытия послеоперационной раны без использования дополнительного пластического материала. Гипотеза о повышенной чувствительности кожного трансплантата к поражению опухолевым процессом и о том, что пластическое замещение раневого дефекта после удаления опухоли способствует развитию местных рецидивов, не нашла клинического подтверждения [3].

Более того, отказ от восстановления тканей ведет к сужению границ иссечения опухоли, что является одной из основных причин увеличения частоты локальных рецидивов. Данные авторы убедительно показали, что подобные операции заметно улучшают результаты хирургического лечения больных с далеко зашедшими и рецидивными опухолями. Отмечено, что наиболее рациональна именно одномоментная с удалением опухоли пластика, которая обеспечивает быстрое заживление раны, сокращает длительность послеоперационного периода, предупреждает развитие уродующих рубцов и контрактур. Использование многоэтапных и отсроченных пластических операций малорационально, требует длительного времени и задерживает продолжение специального лечения.

Безусловно, на первом месте должна стоять задача максимально надежного излечения больного от злокачественного новообразования. Это означает, что любые восстановительные операции должны быть спланированы и произведены таким образом, чтобы не нарушать основную лечебную программу. С другой стороны, результат пластики тканевого дефекта должен быть изначально заложен в лечебную тактику.

Исходя из вышеизложенного, концепция единого лечебно-реабилитационного комплекса лечения онкологических боль-

ных, предусматривает следующие основные положения:

В данной статье мы хотим привести клинический пример успешного хирургического лечения больной с распространенной дерматофибросаркомой мягких тканей, развившейся на фоне рецидивирующего нейрофиброматоза. Реконструктивно-пластический компонент явился завершающим этапом хирургического вмешательства, поскольку простое ушивание краев раны без использования дополнительного пластического материала не представлялось возможным из-за размеров раневого дефекта, трофических, рубцовых изменений тканей после предшествующих многократных операций.

Дерматофибросаркома выбухающая – злокачественная мезенхимальная опухоль кожи. Встречается в 0,01 % случаев среди всех злокачественных опухолей и 2–6 % среди опухолей мягких тканей. Опухоль встречается редко, поражает лиц мужского и женского пола. Дерматофибросаркома возникает обычно у взрослых, наиболее часто между 30 и 40 годами, чаще у мужчин, но может быть и у детей. Располагаться может на любом участке кожного покрова, но чаще на туловище.

В большинстве случаев обладает медленным ростом, возможно изъязвление, выражена склонность к рецидивированию (до 30–50 %). Практически не метастазирует, только после многих лет существования, в регионарные лимфатические узлы, легкие, мозг, кости.

Для фибробластических сарком неизвестны предопухолевые (диспластические) процессы и случаи трансформации из доброкачественных опухолей. Единственным исключением здесь является выбухающая дерматофибросаркома кожи, которая после некоторых рецидивов трансформируется в «классическую» фибросаркому взрослых [1].

Больная Д., 55 лет, поступила в отделение «Опухолей мягких тканей и костей» РНИОИ в сентябре 2012 года с жалобами на наличие изъязвленной экзофитной опухоли мягких тканей паховой области справа с переходом на брюшную стенку, правую половину лобка и верхнюю треть правого бедра.

Из анамнеза: болеет с 1985 года, когда впервые был установлен диагноз «рецидивирующий нейрофиброматоз правой паховой области». В последующем неоднократно оперирована по месту жительства, но болезнь многократно рецидивировала, и распространилась на соседние анатомические зоны, появились язвы, мокнутие,

боли. В 2010 году в Московском НИИ онкологии им. Герцена морфологически верифицирована, гистологическое заключение: дерматофибросаркома. На момент обращения процесс расценен как нерезектабельный, рекомендована химиотерапия по схеме САРО. По месту жительства проведено 7 курсов ХТ по рекомендованной схеме. В результате лечения язвы немного «подсохли», уменьшились боли. Осенью 2012 года обратилась в Ростовский НИИ онкологии. Локальный статус: в правой паховой области с переходом на бедро, правую подвздошную область, лобок, правую большую половую губу располагается множество экзофитных опухолей, одиночных и сливающихся между собой, размерами от 1 до 10 см. Часть опухолевых узлов изъязвлена, с мокнутием, скудным серозным отделяемым. Кожа пораженной зоны с рубцовыми послеоперационными изменениями. Регионарные лимфоузлы не увеличены (рис. 1). При обследовании опухолевых изменений в других органах и системах не выявлено. Госпитализирована в отделение для хирургического лечения. 20.09.2012 выполнена радикальная операция в объеме: широкое иссечение опухоли с резекцией правой большой половой губы с пластикой дефекта перемещенными кожно-жировым лоскутом передней брюшной стенки, умбиликопластика (рис. 3, 4). Раневой дефект составил 31,0х42,0 см (рис. 2). Гистологическое заключение: G1 взрывающаяся дерматофибросаркома, удалена в пределах здоровых тканей. Послеоперационный период осложнился некрозом 1/4 дистальной части перемещенного лоскута. Выполнена некрэктомия, хирургическая обработка грануляций с пересадкой свободного расщепленного аутодермотрансплантата с гомолатерального бедра. В послеоперационном периоде продолжены курсы ХТ. При контрольной явке спустя год после операции данных за рецидив и метастазы не выявлено (рис. 5).

Для закрытия дефекта мягких тканей после широкого иссечения опухоли у данной больной нами был использован кожно-жировой лоскут на питающей сосудистой ножке. Принимая во внимание расположение питающих сосудов, можно перемещать большие кожно-жировые массивы на ножке и закрывать значительные по величине дефекты. К пластике лоскутом на ножке особенно применим принцип совмещения тщательного планирования операции и учета всех индивидуальных особенностей данной анатомической зоны.

Пластику лоскутом на ножке, образованным поблизости от дефекта, производят в тех случаях, когда по соседству имеется достаточное количество хорошо смещаемой кожи, из которой можно позаимствовать лоскут значительных размеров. Принимая во внимание расположение питающих сосудов, можно перемещать большие кожно-жировые массивы на ножке и закрывать значительные по величине дефекты. К пластике лоскутом на ножке особенно применим принцип совмещения тщательного планирования операции и учета всех индивидуальных особенностей данной анатомической зоны.

Разветвленная сосудистая сеть в подкожной жировой клетчатке определяет возможность использования кожно-жировых лоскутов. В зависимости от микрососудистой анатомии и конкретных условий они могут быть использованы в виде лоскутов на ножке, и как кровоснабжаемые аутотрансплантаты. Обычно его нижняя поверхность представлена слоем подкожной жировой клетчатки с подкожным сосудистым сплетением, располагающимся на уровне поверхностной фасции, разделяющей подкожную жировую клетчатку на поверхностный (более плотный) и глубокий (более рыхлый) слои. Это сосудистое сплетение наиболее развито на туловище и нижних конечностях. Пластичность лоскута зависит от его толщины, жировая клетчатка способна заполнять неглубокие «карманы», однако плотность микрососудистой сети в ней относительно невысока. Способность к неоваскуляризации низкая. Доказанная антибактериальная активность ниже, чем фасции и мышцы. К преимуществам кожно-жировых лоскутов относится, прежде всего, возможность создания полноценного кожного покрова при обширных дефектах тканей. Показания к их пересадке возникают в тех случаях, когда дефект тканей не может быть качественно закрыт с помощью простых кожных трансплантатов.

При выкраивании лоскутов мы руководствовались типичными разрезами с учетом прохождения сосудистых ветвей, естественных кожных складок, соотношением длины и ширины лоскута 1|:3 и 1|:4. Вершину лоскута формировали острой или слегка закругленной, от вершины к основанию лоскут постепенно утолщался, в основание ножки включали достаточное количество мягких тканей с проходящими в них сосудами. Не допускали ротацию лоскутов под большим углом (более 90°), что вызывает чрезмерное растяжение сосудов питающей ножки и их сдавление.

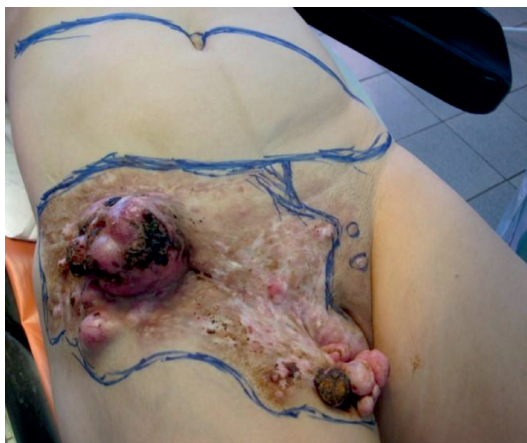


Рис. 1. Вид больной с разметкой

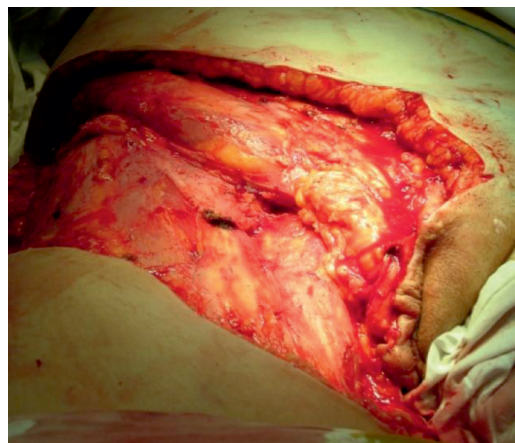


Рис. 2. Вид раневого дефекта после удаления опухоли

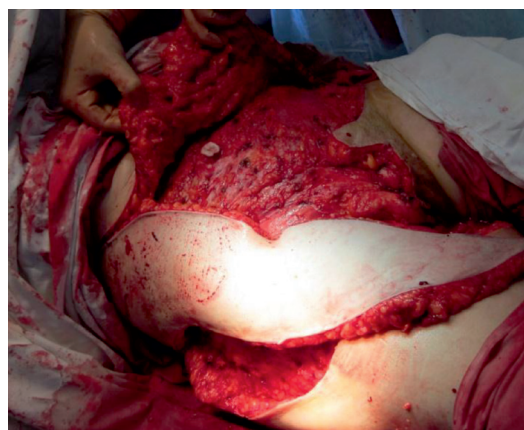


Рис. 3. Этап перемещения лоскута



Рис. 4. Окончательный вид послеоперационной раны после ушивания



Рис. 5. Общий вид зажившей раны через 6 мес. после оперативного вмешательства

На современном этапе развития хирургической техники и медицины в целом, улучшение результатов хирургического лечения больных опухолями мягких тканей не должно ограничиваться рамками онкологических показателей. Эстетико-функциональные аспекты проблемы могут и должны решаться путем индивидуального подхода к выбору метода кожной пластики, в зависимости от размеров и локализации первичного очага.

Таким образом, дифференцированный подход к способам закрытия обширных мягкотканых дефектов позволил провести радикальное иссечение очага поражения с получением хорошего функционально-эстетического результата. Наиболее надежными способами пластического закрытия ран следует считать перемещение лоскутов на питающей ножке. Индивидуализированный подход к выбору методики для пластического закрытия послеоперационного дефекта в зависимости от локализации опухоли допускает иссечение обширных участков кожи, что повышает радикальность хирургического вмешательства, позволяет избежать осложнений, связанных с натяжением краев раны, улучшая тем самым качество жизни больных и ускоряя медицинскую реабилитацию.

Список литературы

1. Алиев М.Д., Мехтиева Н.И., Бохан Б.Ю. Факторы прогноза сарком мягких тканей // *Вопр. онкологии*. – 2005. – Т. 51, № 3. – С. 288–299.
2. Байзаков Б.Т., Шунько Е.Л., Арыбжанов Д.Т. Современные взгляды на методы лечения сарком мягких тканей (обзор литературы) // *Современные проблемы науки и образования*. – 2012. – № 1.
3. Давыдов М.И., Алиев М.Д., Соболевский В. А. и др. Метод выбора варианта пластики при опухолях костей и мягких тканей // *Материалы VI Всеросс. Съезда онкологов «Современные технологии в онкологии»*. – Ростов н/Д, 2005. – С. 298–300.
4. Коровин С.И., Остафийчук В.В., Паливец А.Ю. Дерматофибросаркома выбухающая: клиника, диагностика и лечение // *Клиническая онкология*. Нац. институт рака. Киев. – 2013. – № 4. – С. 12.
5. Пржедецкий Ю.В. Встречные скользящие лоскуты как вариант пластического закрытия кожного дефекта в области конечностей // *Современные подходы к терапии больных раком отдельных локализаций*. – М., 2005. – С. 432.
6. Решетов И.В. Пластическая и реконструктивная микрохирургия в онкологии / И.В. Решетов, В.И. Чисов. – М.: Б.и., 2001. – С. 254.
7. Соболевский В.А., Егоров Ю.С. Реконструктивная хирургия в лечении сарком мягких тканей конечностей // *Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи*. – 2009. – № 1. – С. 53–61.
8. Хусейнов З.Х. Диагностика и лечение местно-распространенных сарком мягких тканей: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 2012.
9. Love W.E., Keiler S.A., Tamburro J.E. et al. (2009) Surgical management of congenital dermatofibrosarcoma protuberans. *J. Am. Acad. Dermatol.*, 61: 1014–1023.
10. Pollock R.E. Soft tissue sarcomas // BC Decker Inc. London, 2004.