

© Коллектив авторов, 2012  
УДК 617.541-006.33.04-089

О. И. Кит, В. Ф. Касаткин, Ю. А. Фоменко, Н. Б. Чижиков

## ГИГАНТСКАЯ ХОНДРОСАРКОМА ПЕРЕДНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

ФГБУ «Ростовский научно-исследовательский онкологический институт» Минздравсоцразвития РФ  
(дир. — проф. О. И. Кит), г. Ростов-на-Дону

**Ключевые слова:** хондросаркома, грудная стенка.

Злокачественные опухоли грудной стенки встречаются относительно редко. Поражение грудины составляет около 3,1%, новообразования ребер и ключицы наблюдаются у 10,1% от общего числа больных с опухолями костей всех локализаций [2]. Наиболее часто опухоли костей передней грудной стенки представлены: хондросаркомой (27%), остеосаркомой (22%), фибросаркомой (22%) [1]. Радикальное хирургическое вмешательство с соблюдением строгих требований хирургической онкологии продолжает оставаться наиболее значимым вариантом лечения при большинстве сарком грудной клетки. Саркомы, локализующиеся в костях передней грудной

стенки, могут вовлекать в процесс паренхиму легких, магистральные сосуды и нервные сплетения [3]. Удаление опухолей приводит к возникновению сквозного проникающего дефекта в плевральную полость, что само по себе представляет угрозу жизни больного. Это требует надежного устранения дефекта, включая герметизацию плевральной полости, восстановление прочности каркаса грудной клетки и восстановление покровных тканей. Для замещения послеоперационных дефектов применяются как собственные ткани, так и синтетические материалы. Для реконструкции дефекта собственными тканями используют перемещенные лоскуты большой грудной мышцы, широчайшей мышцы спины, прямой мышцы живота, трапецевидной мышцы, лоскут боль-



Рис. 1. Фото больной Ф., 68 лет, с хондросаркомой грудной стенки до операции (а, б).



Рис. 2. Спиральная компьютерная томограмма той же больной до операции (а, б).

шого сальника. Появление рецидива опухоли не является противопоказанием к операции.

Мы наблюдали больную с хондросаркомой передней грудной клетки, у которой после удаления опухоли возник рецидив заболевания. Удаление рецидивной опухоли позволило достичь клинического выздоровления.

Больная Ф., 68 лет, впервые оперирована в 1994 г., когда по поводу хондросаркомы III ребра слева выполнено удаление опухоли грудной стенки с резекцией III и IV рёбер. Гистологическое заключение — хондросаркома. Около 2 лет назад

появились ноющие боли в области грудной клетки слева, стала определяться опухоль, которая постепенно росла. Бурный рост отмечен с 01.02.2007 г. При обследовании по месту жительства опухоль признана неоперабельной, рекомендовано симптоматическое лечение. В мае 2007 г. больная самостоятельно обратилась в наш институт с рецидивом опухоли, занимающим всю левую половину грудной стенки. На представленных фотографиях видна многоузловая опухоль с вовлечением в процесс левой молочной железы (рис. 1).

При спиральной компьютерной томографии от 07.05.2007 г. выявлен рецидив хондросаркомы грудной стенки размером 30×40×25 см в виде многоузлового образования, прорастающего хрящевые отделы III–VI рёбер слева, с

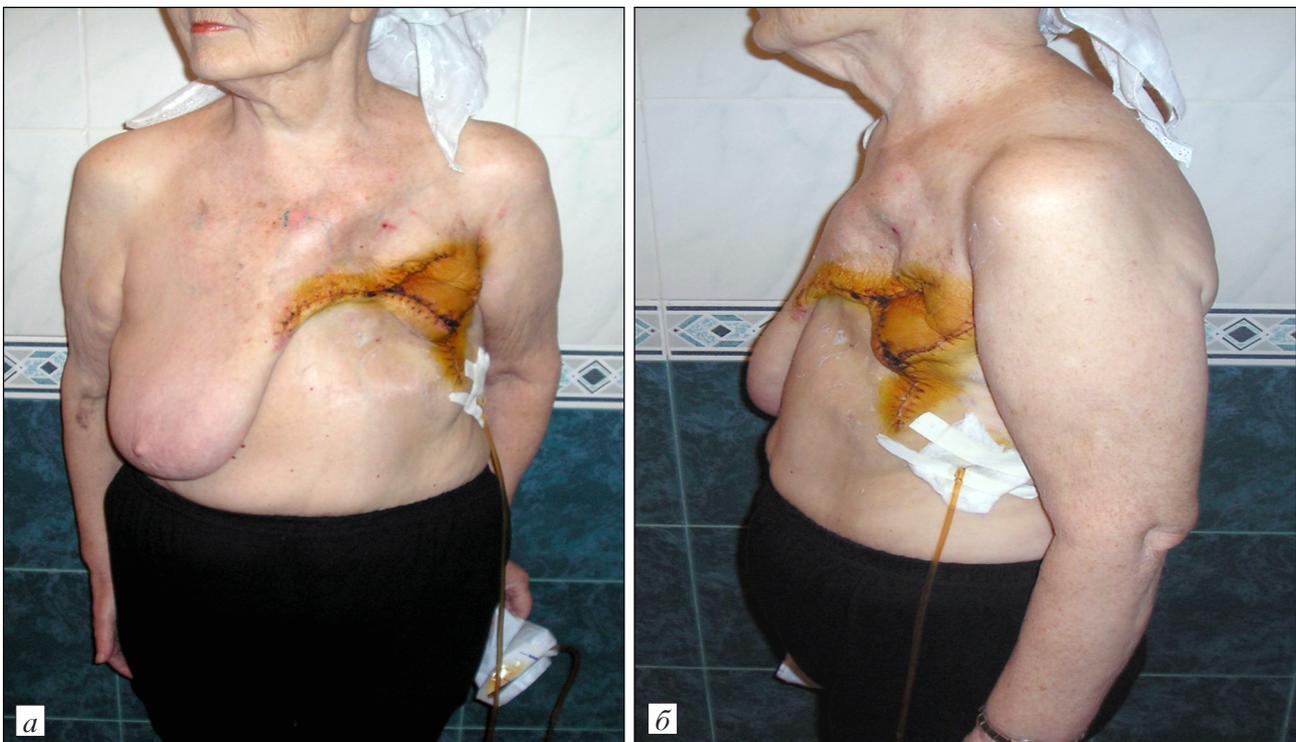


Рис. 3. Фото той же больной после операции (а, б) на 12-е сутки.

внутригрудным ростом (рис. 2). 15.05.2007 г. с рецидивом заболевания пациентка госпитализирована в РНИОИ. Проведён курс аутогемохимиотерапии: цисплатин 100 мг, доксорубицин 40 мг, циклофосфан 600 мг.

Операция выполнена 21.06.2007 г. Двумя окаймляющими разрезами рассечена кожа над опухолью, занимающей всю левую половину грудной стенки, размеры опухоли — 40×30 см. Опухоль бугристая, плотная, на ней распластана левая молочная железа. Тупым и острым путём опухоль выделена до грудной стенки. Верхний полюс опухоли уходил в подмышечное пространство, был интимно связан с сосудисто-нервным пучком. Латерально опухоль уходила в подлопаточное пространство. Внизу опухоль распространялась ниже реберной дуги, медиально доходила до грудины. Один из узлов опухоли распространялся внутривнеплеврально через дефект грудной стенки до корня легкого. Тупо и остро с техническими трудностями, обусловленными большим размером опухоли, близостью к сосудисто-нервному пучку, интимной связью с тканью легкого, выполнено удаление опухоли с резекцией III–VI ребер, большой и малой грудной мышцами, левой молочной железой. При отделении опухоли от легкого последнее травмировано и ушито. Дефект грудной стенки закрыт перемещенными кожными лоскутами. Область выкраивания лоскутов дренирована. Макропрепарат: рецидивная опухоль исходит из передней поверхности III–VI ребер, её размеры — 40×30×30 см, бугристая, плотная, неоднородной консистенции, состоящая из нескольких узлов, на ней распластана левая молочная железа. Гистологическое заключение: хондросаркома высокой степени злокачественности. Послеоперационный период протекал гладко (рис. 3).

Больная выписана на 20-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Двигательная функция левой верхней конечности сохранена. Осмотрена в сентябре 2011 г., самочувствие хорошее, работает преподавателем. При контрольном обследовании данных, свидетельствующих о прогрессировании процесса и рецидиве опухоли, не выявлено.

Данное наблюдение свидетельствует о целесообразности активной хирургической тактики с учетом индивидуальных особенностей больного и течения болезни. Размеры опухоли, распространение в плевральную полость и средостение не должны являться формальным вопросом о возможности хирургического лечения. Как правило, только радикальная операция является единственным возможным методом продления жизни больного и улучшения её качества.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Давыдов М. И., Алиев М. Д., Полоцкий Б. Е. и др. Лечение местно-распространенных опухолей грудной стенки // *Вестн. онкол.* — 2003. — № 2. — С. 93–96.
2. Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. Сберегательные и сберегательно-восстановительные операции при опухолях костей. — М.: Медицина, 1990. — С. 108–129.
3. Carbognani P., Vagliasindi A., Costa P. et al. Surgical treatment of primary and metastatic sternal tumours // *Cardiovasc Surg. (Torino)*. — 2001. — Vol. 42, № 3. — P. 411.

Поступила в редакцию 08.11.2011 г.