

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМИ САРКОМАМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Б.Т. Байзаков¹, Н.А. Шаназаров², Е.А. Шунько²

МЦ ЗКГМУ, г. Актюбинск, Казахстан¹
Тюменская ГМА²

Как известно, саркомами мягких тканей являются злокачественные мезенхимальные опухоли (за исключением опухолей ретикулоэндотелиальной системы и опорной ткани), а также нейроэктодермальные новообразования из периферической нервной системы. Уже описано более 30 различных гистологических типов сарком мягких тканей, хотя критерии точного определения клеточного источника той или иной опухоли по-прежнему остаются предметом споров между гистопатологами. Примерно у 60% больных саркома мягких тканей поражает конечности, из них более чем у двух третей пациентов опухоль локализуется на нижних конечностях. Особенностью сарком мягких тканей является частое гематогенное (24-52,6%) и значительно реже – лимфогенное (2,9-10%) метастазирование.

Хирургический метод лечения больных саркомами мягких тканей по-прежнему остается наиболее распространенным. В последние годы он совершенствуется путем внедрения микрохирургической техники при закрытии обширных раневых дефектов и протезирования крупных сосудов, вовлеченных в опухолевый процесс.

В настоящее время нет единого мнения относительно границ резекции здоровых тканей, большинство авторов не определяют конкретные границы иссечения опухоли. Как правило, опухоль удаляется широко вместе с окружающими ее тканями так, чтобы не видеть ее поверхность. По мнению одних авторов, саркома мягких тканей должна иссекаться с захватом здоровых тканей 2-3 см. Другие рекомендуют проводить иссечение кожного лоскута над опухолью с послеоперационным рубцом и биопсионным каналом при поверхностно залегающих саркомах мягких тканей, а так же в случаях инфильтрации кожи опухолью без учета зон облучения в предоперационном и послеоперационном периодах.

Мы придерживаемся мнения тех авторов, которые считают наиболее целесообразным объемом хирургического вмешательства при саркоме мягких тканей широкое иссечение опухоли с включением кожного лоскута над опухолью в единый блок удаляемых тканей. При этом гистологическое исследование линии резекции должно

быть обязательным компонентом, подтверждающим радикализм оперативного вмешательства и определяющим в дальнейшей тактике лечения таких пациентов. Как правило, повторному хирургическому лечению подлежат больные, у которых радикализм оперативного вмешательства не был подтвержден контрольным исследованием линии резекции на отсутствие опухолевой инфильтрации.

Оперативное вмешательство как основной этап комплекса лечебных мероприятий было выполнено 96,6% больным с первичными саркомами мягких тканей. У 2,9% больных радикальное хирургическое удаление опухоли не позволили выполнить местное распространение локального опухолевого процесса и наличие отдаленных метастазов. Морфологическое подтверждение диагноза имелось у всех больных.

При локализации саркомы мягких тканей на верхних и нижних конечностях органосохраняющие операции составили 92,7%, калечащие операции выполнены 7,3% больных. У 86,3% больных после удаления опухоли послеоперационная рана была ушита послойно. В 4 случаях сближение краев раны сопровождалось натяжением кожи, которое было устранено дополнительными разрезами кожи до подкожно-жировой клетчатки параллельно операционной ране. При этом косметический дефект был менее выражен, чем при пластике раны свободным кожным лоскутом. Резекция магистральных сосудов выполнена в 1,3% случаях оперированных больных при локализации саркомы на конечностях. Удаление саркомы паховой области сопровождалось резекцией бедренной артерии с замещением ее сосудистым протезом.

На грудной клетке, в поясничной области при локализации опухоли вблизи позвоночного столба раневой дефект, как правило, ушить не удастся из-за малой амплитуды смещаемости тканей. В данных областях мы в 1,6% случаях использовали пластику раны встречными или перемещенными лоскутами. У 2,3% больных для закрытия раневых дефектов на голени, в области коленного сустава и бедре использовались торако-дорзальные лоскуты с микрохирургическим сосудистым анастомозом.

Особое внимание нами уделялось дренированию раны. Вакуум-дренажи использовались во всех случаях, когда рана ушивалась наглухо. Количество дренажей зависело от глубины и обширности послеоперационной раны.

Границы широкого иссечения опухоли нами определялись в соответствии с гистологическим вариантом опухоли и ее локализацией. Удаление опухоли производилось с захватом окружающих здоровых тканей 2 см и иссечением кожного лос-

кута над опухолью. Мы считаем, что иссечение кожного лоскута над опухолью в едином блоке, во-первых, исключает вероятность оставления комплексов злокачественных клеток по наружному контуру саркомы, а второй положительный момент – это удаление мягких тканей, подвергшихся лучевому воздействию при проведении предоперационной лучевой терапии. Кроме того, улучшается визуальный контроль во время оперативного вмешательства. При поверхностном расположении опухоли иссекаемый кожный лоскут был больше диаметра опухоли на 2 см, а в случаях глубокого залегания саркомы мягких тканей иссекаемый кожный лоскут был равен диаметру опухоли с последующей его отсепаровкой за пределы границ опухоли.

Локальный контроль радикализма удаления саркомы проводился в двух вариантах. Если удаляемая опухоль имела диаметр до 5 см, и после широкого иссечения оставался достаточный резерв здоровых тканей, то для объективного контроля отсутствия опухолевой инфильтрации по линии резекции ложе опухоли иссекалось по принципу первичной хирургической обработки раны. Во всех остальных случаях контрольное иссечение для микроскопического исследования производилось на участках ложа в местах с наименьшей толщиной здоровых тканей над удаленной опухолью.

Несмотря на то, что зависимость между частотой рецидивов сарком мягких тканей и их размерами независимо от метода лечения статистически не была нами доказана, анализ как литературных, так и полученных нами данных указывает на высокую вероятность локальных рецидивов опухоли при использовании хирургического лечения сарком мягких тканей как самостоятельного метода. Данный факт объясняется в первую очередь нарушением принципов радикализма при удалении саркомы мягких тканей. В связи с этим больные саркомой мягких тканей, которым радикализм оперативного вмешательства не был подтвержден микроскопическим исследованием линии резекции, подлежат повторному хирургическому или комбинированному лечению.

Учитывая тот факт, что хирургический метод лечения сарком мягких тканей сопровождается высокой частотой локальных рецидивов опухоли, мы считаем наиболее целесообразным объемом хирургического вмешательства при саркоме мягких тканей широкое иссечение опухоли с включением кожного лоскута над опухолью в единый блок удаляемых тканей. При этом гистологическое исследование линии резекции должно быть обязательным компонентом, подтверждающим радикализм оперативного вмешательства и опре-

деляющим дальнейшую тактику лечения больных с саркомами мягких тканей.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ: МЕСТО ЛУЧЕВОГО КОМПОНЕНТА

Д.Н. Булынский, А.В. Важенин, О.С. Терешин, Т.В. Кукленко, И.В. Удовиченко, С.А. Мальцева

Челябинский ОКОД
Уральская КБ ФГУ «РЦРР»
МЗ и социального развития РФ, г. Челябинск

Настоящее исследование посвящено изучению эффективности лучевой терапии в лечении больных раком молочной железы с $T_{1-2}N_0M_0$ распространенностью процесса. В ряде наблюдений было показано, что больные с локализованными формами рака молочной железы могут быть успешно излечены одним лишь оперативным вмешательством – радикальной мастэктомией. Другие авторы считают необходимым в таких ситуациях комбинированное лечение. Нет единого мнения и о целесообразности лучевой терапии при выполнении органосохранных операций. По результатам большинства исследований данные вмешательства без лучевого компонента сопровождаются повышенным числом рецидивов, но есть наблюдения, указывающие на возможность выполнения радикальной резекции молочной железы без облучения.

Нами проведено исследование результатов лечения 418 пациенток раком молочной железы начальных стадий ($pT_{1-2}N_0M_0$) в Челябинском областном онкологическом диспансере с 1999 по 2003 годы. I стадия процесса отмечена в 35,7% случаев, II а стадия в 64,3 %.

Анализ отдаленных результатов лечения проводился с учетом основных прогностических факторов: размеров опухоли, ее локализации, гистологической структуры и возраста больных. Во всех сравниваемых группах больные были сопоставимы по основным прогностическим факторам.

В зависимости от метода лечения было сформировано 3 группы больных:

1 группа - контрольная, (n=200). Пациенткам этой группы выполнена только мастэктомия по Пейти.

2 группа (n=135) комбинированного лечения, включающего лучевую терапию и мастэктомию по Пейти. Предоперационная дистанционная гамма-терапия в режиме среднего фракционирования (СОД 25 Гр, ВДФ 70 ед.) проведена 65 больным, послеоперационная гамма-терапия в динамическом режиме (СОД 38 Гр, ВДФ 75 ед.)