

© Коллектив авторов, 2010
УДК 617.584-006.885.04-036.87-089.168

С.П. Зотов, И.О. Панов, Ф.Х. Бакиров, В.Н. Гамза

ХОРОШИЙ ОТДАЛЁННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВА ГИСТИОЦИТОМЫ ЛЕВОЙ ГОЛЕНИ С ПРОРАСТАНИЕМ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА

Отделение хирургии сосудов МУЗ «Городская клиническая больница № 8» (главврач — М.Г. Вербитский), г. Челябинск

Ключевые слова: опухоль мягких тканей, онкоангио-хирургия, органосохранные операции.

Хирургический метод лечения злокачественных мягкотканых опухолей нижних конечностей остается до настоящего времени основным и применяется в двух видах: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей либо ампутация (экзартикуляция) на различных уровнях [4]. Решение в пользу ампутации конечности при распространенности роста опухоли приводит к инвалидизации и не имеет преимуществ в плане 3- и 5-летней выживаемости [1]. Желание при операции сохранить сосуды, особенно артерии, путем их скелетизации приводит к рецидиву опухоли. В этом смысле использование сосудистой пластики при резекции опухолей, прорастающих магистральные сосуды, позволяет сохранить конечность и дает перспективу полноценной реабилитации больных при хорошем отдаленном результате [3]. Приводим наше наблюдение.

Больной Б., 69 лет, поступил в отделение хирургии сосудов нашей больницы 03.08.2001 г. с жалобами на наличие болезненного образования в левой голени и подколенной области, онемение пальцев стопы, их зябкость. Из анамнеза известно, что больному дважды (в 1993 и 1996 г.) в других лечебных учреждениях производили удаление миксомы левой голени.

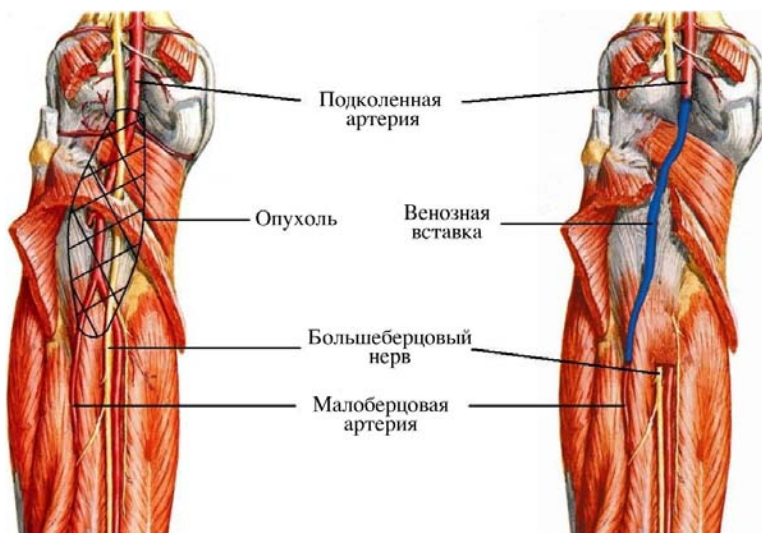
При поступлении анализ крови, анализ мочи, биохимические анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, рентгенография легких не выявили отклонений от нормы. Сопутствующая патология — артериальная гипертензия, I стадия. Локальный статус: левая стопа бледная и прохладная на ощупь. По задней поверхности левой голени и подколенной области имеются продольные послеоперационные рубцы. В их проекции определяется продолговатое образование, болезненное при пальпации, которое не пульсирует. Пульс на правой нижней конечности определялся на обеих артериях стопы, слева — на подколенной артерии. Движение конечностей в полном объеме. Имеется зона гипестезии по тыльной поверхности левой стопы и передненаружной поверхности левой голени. Поставлен диагноз: рецидив миксомы левой голени с прорастанием сосудисто-нервного пучка.

Операция 06.08.2001 г. Под спинальной анестезией продольным разрезом типа Фельдера по задней поверхности голени рассечены мягкие ткани до фасции. По заднелатеральной поверхности голени фасция спаяна с подлежащими мышцами. В подколенной ямке выделены нерв, вена, артерия и взяты на держалки. Плотная, неподвижная опухоль неправильной формы располагалась по задней поверхности голени и имела размеры 15×10×8×6 см. При продвижении сверху вниз от подколенных сосудов на протяжении 5 см отмечена их явная опухолевая инфильтрация. Дальнейшая попытка скелетизации сосудов не проводилась. Опухоль удалена единым блоком, в пределах здоровых тканей, с резекцией большеберцовых и малоберцовых артерий и вен с последующей аутовенозной пластикой подколенно-малоберцового артериального сегмента (большеберцовая артерия стенозирована, вследствие атеросклеротических изменений) (рисунок).

Окончательное гистологическое исследование показало инвазию сосудисто-нервного пучка. Роста опухоли по линии резекции не обнаружено. Тип опухоли — злокачественная фиброзная гистиоцитома, миксоидный вариант.

В послеоперационном периоде получал гепарин, реополиглюкин, антибиотики. Заживление раны первичным натяжением. Пульс на оперированной конечности определялся по наружной поверхности тыла стопы. Через 1 мес после хирургического лечения ему была проведена дистанционная гамма-терапия на подколенную область и голень, которую он перенес удовлетворительно.

В феврале 2010 г. пациент был нами обследован для оценки отдаленного результата. Пациент с августа 2003 г. в связи с явлениями перемежающейся хромоты проходил курсы ангиотропной терапии раз в полгода. При осмотре: левая голень меньше в окружности за счет мышечной гипотрофии. Кожа стопы, нижней трети голени гиперемирована, истончена. Имеются 3 длительно незаживающих язвенных дефекта подошвенной поверхности до 0,8 см в диаметре. Пальпаторно левая стопа и пальцы чуть прохладнее правой. Пульс слева определяется только в паху. Сопутствующая патология: ИБС с преходящими нарушениями ритма по типу желудочковой экстрасистол, гипертоническая болезнь III стадии, ХСН I стадии, II функциональный класс. Осмотр невролога: гипотрофия, слабость мышц задней группы левой голени, отрицательный ахиллов рефлекс, частичная контрактура голеностопного сустава, заключение: резидуальные явления травматической нейропатии левого большеберцового нерва, синдром умеренного вялого дистального левостороннего монопареза, частичная контрактура левого голеностопного сустава. Пациенту была выполнена дистальная ангиогра-



Схематический общий вид операционного поля до и после удаления опухоли.

а — до удаления опухоли; б — после удаления опухоли.

фия левой нижней конечности, по данным которой имеются умеренные диффузные изменения подвздошных артерий, грубые стенозы до 50% поверхностной бедренной артерии в верхней и средней трети бедра, окклюзия ее в средней трети с неудовлетворительным восстановлением кровотока на артериях голени. Проведена консервативная терапия, включая вазопростан, с положительным эффектом.

Хирургия опухолей, локализующихся в области магистральных сосудов, которые нередко вовлечены в опухолевый процесс, представляет большие трудности, они нередко ограничивают

радикальность операции. Абсолютно прав Б.Е.Петерсон [2] в том, что каждую операцию по поводу злокачественной опухоли необходимо проводить с соблюдением правил не только абластики, но и реабилитации, и при равном радикализме вмешательства предпочтение нужно отдавать тому методу, который максимально щадит функцию органа. Оправданность расширенных операций с использованием сосудистой пластики можно проверить только временем и качеством жизни пациентов.

В нашем наблюдении, несмотря на определенные издержки, предпринятая 8 с лишним лет назад попытка сохранения конечности оказалась полностью оправданной. Надеемся, что наш положительный опыт окажется полезным для широкого круга специалистов, занятых в этой области медицины.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Гужов В.К. Результаты лечения больных саркомой мягких тканей после ампутаций // Хирургия.—1985.—№ 3.—С. 52–54.
2. Петерсон Б.Е. Перспективы развития хирургии в онкологии // Хирургия.—1981.—№ 9.—С. 21–25.
3. Решетов И.В., Махсон А.Н., Дрошнев И.В., Рахманин Ю.А. Реконструктивные и пластические операции при саркомах мягких тканей конечностей // Практ. онкол.—2004.—№ 4.—С. 268–275.
4. Тришкин В.А., Столяров В.И., Фролова З.В. Комбинированное лечение сарком мягких тканей // Хирургия.—1989.—№ 5.—С. 87–91.

Поступила в редакцию 04.05.2010 г.