

Протоколы общества онкологов

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ САРКОМ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

ДА Жеравин, И.И. Анисеня, Ю.И. Тюкалов

НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН

Для опухолей костной системы хирургический метод продолжает оставаться основным, но современная стратегия лечения предполагает использование дополнительного воздействия на опухоль. Применение различных химиотерапевтических режимов позволило повысить общую выживаемость пациентов до 70-80%, снизить количество местных рецидивов до 4-12%, создавая предпосылки для расширения показаний к органосохранным операциям. Показания для лучевой терапии при костных саркомах существенно ограничены, что обусловлено относительной радиорезистентностью опухоли и высоким уровнем послеоперационных осложнений, особенно при реконструктивных операциях.

Основным типом резекции при саркомах любой степени злокачественности является сегментарная резекция или тотальное удаление пораженной кости в едином блоке с реактивной зоной и частью окружающих мягких тканей. Замещение костно-суставных дефектов производится такими способами, как костная пластика, эндопротезирование, субхондральное цементирование, чрескостный управляемый остеосинтез.

Преимущество костных гомотрансплантатов заключается в возможности замещения как небольших внутрикостных, так и сегментарных костно-суставных дефектов. Однако длительные сроки консолидации (6—18 мес) и большое количество осложнений (20—56%) препятствуют широкому использованию этого метода. Область применения свободных костных ауто-трансплантатов ограничена из-за невозможности забора у больного больших фрагментов ау-

токости и применяется в основном для заполнения внутрикостных полостей, краевых дефектов костей. Превосходные остеоиндуктивные свойства аутокости, незначительное количество послеоперационных осложнений способствуют восстановлению функции конечности в более короткие сроки (3-6 мес). Появились сообщения об использовании ауто-трансплантатов из малоберцовой и подвздошной костей на сосудистом стебле. Свободная аутопластика с наложением сосудистых микроанастомозов позволяет сохранить питание трансплантата и обеспечить наиболее физиологичную его адаптацию в зоне пластики.

Наибольшее распространение получил метод эндопротезирования. Современные конструкции позволяют восполнять большие по протяженности дефекты трубчатых костей и проводить тотальное замещение пораженной кости с одномоментной реконструкцией смежных суставов. Существенным преимуществом эндопротезирования является возможность реабилитации больных в ранние сроки после операции (3—4 нед), что крайне важно для социально-трудовой адаптации больных.

Метод субхондрального цементирования можно рассматривать как вариант эндопротезирования. Преимущество метода заключается в сохранении всех элементов сустава, иннервации и, как следствие, сохранении физиологической кинематики сустава.

Чрескостный управляемый остеосинтез нашел применение в онкологии сравнительно недавно и является перспективным направлением, в частности при коррекции вторичных дефектов

костей, сформировавшихся в результате осложнений после органосохранных операций на конечностях.

В отделении общей онкологии за период с 1990 по 2002 г. выполнено органосохранное комбинированное лечение 152 больным местнораспространенными злокачественными опухолями трубчатых костей. Основные гистологические варианты: остеогенная саркома — 47 (31%), хондросаркома — 44 (29%), злокачественная остеобластокластома - 26 (17%). В 1990-1997 гг. костнопластические операции с применением свободных аутотрансплантатов выполнены 25 больным, в 1998—2002 гг. — 32 больным, эндопротезирование крупных суставов — 55 и 40 пациентам соответственно. 76 больным проведено комбинированное лечение с использованием ИОЛТ.

Отмечена тенденция к снижению общего количества осложнений после костно-пластических операций с ИОЛТ - 30% (1990-1997 гг.) и 28% (1998—2002 гг.), в контрольной группе — 20 и 17% соответственно. Частота местного рецидивирования за первые 12 мес после операции с ИОЛТ снизилась с 20 (1990-1997 гг.) до 14% (1998—2002 гг.). Та же тенденция отмечена и в группе контроля — 20 и 11%. В то же время применение ИОЛТ не отразилось на частоте отдаленного метастазирования — 10 (1990—1997 гг.) и 28% (1998-2002 гг.), в группе контроля - 26 (1990-1997 гг.) и 17% (1998-2002 гг.).

При анализе результатов эндопротезирования обращает на себя внимание высокая частота послеоперационных осложнений как в груп-

пе с ИОЛТ - 30 (1990-1997 гг.) и 33% (1998-2002 гг.), так и в контрольной группе - 38 (1990-1997 гг.) и 26% (1998-2002 гг.). В отдаленном послеоперационном периоде имели место гнойно-воспалительные осложнения, связанные с вторичным инфицированием ложа эндопротеза; воспалительные, связанные с реакцией организма на инородное тело (эндопротез); износ конструкции.

Отмечена тенденция к снижению частоты местных рецидивов в группе с ИОЛТ с 29 (1990—1997 гг.) до 14% (1998-2002 гг.). В то же время не выявлено различий в контрольной группе — 25 (1990-1997 гг.) и 15% (1998-2002 гг.). Частота отдаленного метастазирования в первый год наблюдения остается высокой как в группе с ИОЛТ - 38 (1990-1997 гг.) и 57% (1998-2002 гг.), так и в контрольной - 33 (1990-1997 гг.) и 32% (1998-2002 гг.). Функциональные результаты относительно стабильны: 66—100% положительных результатов костно-пластических операций и 63—85% после эндопротезирования.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совершенствования лечебной тактики при опухолях трубчатых костей по пути повышения эффективности противоопухолевого системного воздействия, определения более четких показаний для применения дополнительной лучевой терапии, разработки профилактических мероприятий, направленных на снижение послеоперационных осложнений, применения инертных имплантатов, микрохирургической техники.