

# РЕКОНСТРУКЦИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

А.А. Жеравин, К.В. Селянинов, И.И. Анисеня, А.В. Богоутдинова

*ГУ НИИ онкологии Томского научного центра СО РАМН*

Хирургический метод является основным в лечении опухолей костей. В большинстве случаев резекция пораженной опухолью кости ведет к нарушению функции оперированного сегмента, что определяет необходимость адекватного возмещения утраченных структур. Выбор метода замещения пострезекционных дефектов является наиболее важным вопросом современной ортопедической онкологии. В настоящее время наиболее часто применяется эндопротезирование, свободная костная пластика, аллопластика. Традиционно используемые методы реконструкции не отвечают в полной мере современным требованиям, вследствие значительного количества послеоперационных осложнений, длительных сроков консолидации, а также необходимости в повторных оперативных вмешательствах. В последние годы активно развивается направление по использованию васкуляризованных аутооттрансплантатов для замещения пострезекционных дефектов костей. Методика позволяет сократить сроки консолидации аутооттрансплантата, способствует более полному восстановлению функции оперированной конечности.

В отделении общей онкологии с 2004 г. начата клиническая апробация одномоментных реконструктивно-пластических операций с использованием васкуляризованных аутооттрансплантатов при опухолях опорно-двигательного аппарата. Исследовательский протокол включает в себя основной (хирургический) этап – удаление опухоли с одномоментной пластикой пострезекционного дефекта комбинированными лоскутами с осевым типом кровоснабжения, с последующим дополнительным химио-лучевым лечением по показаниям (саркомы высокой степени злокачественности G<sub>2,3</sub>).

Реконструкция сегментарных и субсегментарных дефектов костей выполнена 3 пациентам. Возраст больных – 23, 27, 37 лет. Локализация поражения – дистальные метаэпифизы лучевой и бедренной костей, проксимальный метадиафиз бедра. Гистологические варианты: в 2 случаях остеобластокластома, в одном – светлоклеточная саркома. Всем больным

выполнен органосохраняющий хирургический этап – сегментарная резекция – 1, субсегментарная резекция кости – 2. В одном случае у больного с саркомой бедренной кости хирургическому этапу предшествовало лучевое лечение, доза предоперационной гамма-терапии составила 50 Гр. Дополнительно, после удаления опухоли, этому пациенту был проведен сеанс интраоперационной лучевой терапии в дозе 10 Гр на ложе мягкотканного компонента опухоли. Пластика дефектов, протяженность которых составляла от 6 до 13 см, выполнялась одномоментно васкуляризованными фрагментами малоберцовой кости (дефекты лучевой и верхней трети бедренной костей), фрагментом крыла подвздошной кости. В одном случае наложен проточный микроанастомоз (лучевая артерия), в двух – артериальные и венозные микроанастомозы (ветви бедренных сосудов). В послеоперационном периоде проводилось рентгенологическое, ультразвуковое и радиоизотопное исследование конечности.

Больные наблюдаются в течение 18, 6 и 1 мес. В одном случае отмечено смещение аутооттрансплантата, вследствие неполного сращения с материнской костью и раннего удаления фиксирующей пластины. Все больные приступили к разработке конечности к моменту снятия швов. При рентгенологическом контроле резорбции аутооттрансплантата не отмечено. При радиоизотопном исследовании зафиксировано повышенное накопление радиофармпрепарата в зоне пластики, что, вероятно, свидетельствует об активности репаративных процессов.

Таким образом, первые результаты клинической апробации реконструктивно-пластических операций с использованием свободных васкуляризованных аутооттрансплантатов показали осуществимость этого метода у больных с опухолями костей, возможность выполнения в сочетании с различными видами лучевой терапии при комбинированном лечении злокачественных новообразований опорно-двигательного аппарата.