

14-12-83 1/3

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

НОЯБРЬ
ДЕКАБРЬ
1980
6
ТОМ
LXI

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.745.1/2+617.546]—018—006.3.04—07—089.8

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ГРУДНОЙ СТЕНКИ

В. А. Тришкин, В. И. Столяров, Х. М. Мусукаев

*III хирургическое отделение (руководитель — канд. мед. наук В. И. Столяров)
ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института онкологии
им. проф. Н. Н. Петрова МЗ СССР (директор — чл.-корр. АМН СССР проф.
Н. П. Напалков)*

Реферат. Проведен анализ историй болезни 1015 больных разнообразными заболеваниями мягких тканей. У 104 из них (10,2%) патологический очаг локализовался в мягких тканях грудной стенки. Преобладали саркомы (62 наблюдения). При локализации патологического образования в указанных областях рентгенологическое исследование затруднено. Для дифференциальной диагностики целесообразно шире прибегать к методам пункционной (аспирационной) биопсии. Иссечение опухоли следует производить отступая от пальпируемых границ на 2—3 см. У 25 из 81 радикально оперированного больного произведена резекция подлежащих костей в едином блоке с удаляемыми тканями.

Ключевые слова: грудная стенка, мягкие ткани, опухоли, диагностика, лечение.

2 таблицы. Библиография: 11 названий.

Преимущественной локализацией злокачественных опухолей мягких тканей являются конечности. Реже опухоли располагаются в области туловища [2, 4]. Видимо, этим можно объяснить, что исследования новообразований грудной клетки и области спины являются единичными [3, 9, 11]; описание лишь небольшого числа наблюдений встречается и в отдельных публикациях, посвященных опухолям других локализаций [1, 7, 8, 10]. Между тем особенностью локализации диктуют особый подход в плане диагностики и лечения опухолей у этой категории больных.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности современных методов диагностики и анализ основных принципов хирургического лечения больных опухолями мягких тканей грудной клетки и области спины.

За период с 1960 по январь 1978 г. в НИИ онкологии им. проф. Н. Н. Петрова на стационарном лечении находились 1015 больных с разнообразными заболеваниями мягких тканей, в том числе у 104 пациентов (49 женщин и 55 мужчин) очаги поражения локализовались в области грудной клетки и спины. 90,5% больных были в возрасте до 55 лет. Гистологическое исследование выявило преобладание сарком мягких тканей: они установлены у 62 больных, в том числе у 16 — фибросаркомы, у 9 — липосаркомы, у 5 — рабдомиосаркомы, у 3 — синовиальные и у 5 — нейрогенные саркомы, у 3 — ангиосаркомы, у 14 — неклассифицированные blastомы и у 7 — редкие blastомы мягких тканей. У 19 больных были десмоиды и у 15 — доброкачествен-

ные опухоли (преимущественно фибромы, нейрофибромы). Неопухолевые заболевания, имитирующие новообразование, констатированы у 8 больных, из них у 7 — кисты, чаще дермоидные (4). Следует отметить, что среди опухолей, локализующихся в передней брюшной стенке, преобладают, напротив, десмоиды (64%).

Первым симптомом заболевания в 75% явилась случайная обнаруженная больными безболезненная припухлость в толще мягких тканей грудной стенки или спины. У ряда больных опухоль была выявлена в результате профилактического осмотра. Наиболее частым оказалось внутримышечное расположение (53%). Обычно пальпировалось плотной или плотнорастяжимой консистенции образование (77%) овальной или округлой формы (48%). Уместно заметить, что в клиническом проявлении различные патологические процессы с локализацией в мягких тканях грудной стенки и спины как опухолевой, так и неопухолевой природы имели много общего. Этим можно объ-

Таблица 1

Частота ошибок дооперационной диагностики у больных с заболеваниями мягких тканей грудной стенки и области спины

Характер заболевания	Число больных	Предоперационное заключение					
		правильное		сомнительное		ошибочное	
		абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Злокачественные опухоли	62	54	87,1	5	8,1	3	4,8
Десмоиды	19	6	31,6	8	42,1	5	26,3
Доброкачественные опухоли	15	9	60,0	2	13,3	4	26,7
Неопухолевые заболевания	8	4	50,0	—	—	4	50,0
Итого	104	73	70,2	15	14,4	16	15,4

яснить ошибки предоперационной диагностики (табл. 1) у 16 (15,4%) больных. У 15 (14,4%) пациентов в предоперационном заключении хирурга указывалось на возможность данного заболевания наряду с другими. Такое заключение квалифицировалось нами как «сомнительные данные».

Значительный процент ошибочных и сомнительных заключений связан с недостаточной разрешающей способностью и трудностью интерпретации данных современных методов диагностики образований мягких тканей грудной стенки и спины. Так, рентгенологическое исследование выполнено у 54 пациентов, при этом у 47 из них выявлена тень образования на рентгенограмме, но только у 15 дано правильное заключение о характере заболевания. Кроме того, у 7 больных пальпируемое новообразование не удалось вывести в краеобразующую зону. Правда, рентгенография в условиях пневмоторакса, осуществленная у 6 больных, позволила правильно оценить отношение опухоли к органам грудной клетки. Радионуклидное исследование и термография, предпринятые у 12 больных, носили вспомогательный характер, однако эти методы заслуживают несомненного внимания и требуют дальнейшей разработки.

Завершающим этапом диагностики является пункционная биопсия. Цитологическое исследование, проведенное у 23 больных с различными заболеваниями мягких тканей грудной стенки и спины, позволило у 19 установить правильный диагноз. Широкое внедрение методов аспирационной биопсии в амбулаторную практику может значительно облегчить раннюю диагностику опухолей мягких тканей вообще и новообразований грудной стенки и спины в частности.

Радикальное хирургическое вмешательство произведено у 81 больного (табл. 2) с опухолями мягких тканей грудной стенки и спины, у 15 оно признано паллиативным. Неопухолевые заболевания исключены из дальнейшего анализа.

Под широким иссечением опухоли мы понимали удаление ее вместе с окружающими тканями так, чтобы не обнажать поверхности новообразования. При внутримышечной локализации сарком мягких тканей грудной клетки и спины считаем достаточным иссечение мышц отступая от пальпируемых границ опухоли не менее чем на 2—3 см. При этом мы широко используем вакуум-дренирование раны. При инфильтрации кожи включаем ее в блок удаляемых тканей. В случаях, когда простым сближением краев раны обойтись не удавалось (5 наблюдений), прибегали к различным видам кожной пластики. Методом выбора у онкологических больных мы считаем свободную кожную пластику [5]. Однако с учетом особенностей локализации и при твердой уверенности в достаточной степени радикализма практикуем также пластику местными тканями перемещением встречных кожных лоскутов.

Объем хирургического вмешательства у радикально оперированных больных различными опухолями грудной стенки и спины

Характер заболевания	Число больных	Объем операции			
		широкое иссечение опухоли	иссечение с резекцией подлежащей кости	иссечение с последующей кожной пластикой	прочие виды
Злокачественные опухоли	49	34	9	5	1
Десмоиды	18	8	9	—	1
Доброкачественные опухоли	14	12	2	—	—
Итого	81	54	20	5	2

У 25 из 81 радикально оперированного больного произведена резекция подлежащих костных структур в едином блоке с удаляемыми тканями, в том числе у 10 — резекция ребер, у 6 — лопатки, у 4 — остистых отростков позвоночника и у 5 — других костей (грудины, подвздошной кости, ключицы). При этом необходимость резекции диктовалась не только истинным прорастанием новообразования в кость (10 наблюдений), но также тесным прилеганием опухоли к костям (15 наблюдений). Такая ситуация создает реальную опасность нарушения целостности опухоли при попытке ее отделения от кости. Весьма показательна высокая частота резекции костей при десмоидах (10 из 18), что, несомненно, следует объяснить внутримышечной локализацией и инфильтративным характером их роста. В одном наблюдении резекция ребра была выполнена с целью остановки кровотечения из межреберных сосудов.

Важно отметить, что при подозрении на врастание опухоли в костные структуры, а также при тесном их прилегании методом выбора должен быть эндотрахеальный наркоз с управляемой вентиляцией легких, так как всегда имеется опасность пневмоторакса, а в ряде случаев может появиться необходимость резекции участка легкого (1 наблюдение) в едином блоке с удаляемой опухолью.

У 50 радикально оперированных больных с саркомами мягких тканей грудной стенки и области спины пятилетняя выживаемость [6] составила в целом $59,4 \pm 6,9$, что несколько выше общей выживаемости всех больных злокачественными опухолями мягких тканей ($51,6 \pm 2,4\%$). Полученные различия в показателях выживаемости статистически достоверны ($t = 2,6$). Однако увеличение пятилетней выживаемости мы не склонны объяснить более благоприятными клиническим течением и прогнозом злокачественных опухолей мягких тканей грудной стенки и области спины, так как в анализируемой группе встречались преимущественно саркомы высокодифференцированные (липосаркомы, фибросаркомы и нейрогенные бластомы), которые при других локализациях наблюдались реже (в 56% и 37,6% соответственно). Кроме того, пациенты с саркомами, локализующимися в области грудной клетки и спины, оперированы чаще при размерах опухоли до 10 см в наибольшем диаметре (80% против 48%), а размеры опухоли являются также немаловажным прогностическим фактором.

Из 18 радикально оперированных больных с десмоидами грудной клетки и области спины у 7 прошло после операции 5 лет и более; 4 из них здоровы без признаков рецидива, у 2 возник рецидив в течение первого года после операции, об одном сведении не удалось получить. 11 пациентов прооперированы менее 5 лет назад. Отдаленные результаты прослежены у 10 человек, у 4 выявлен рецидив заболевания на первом году.

В группе больных с доброкачественными опухолями все оперированные здоровы без признаков рецидива (срок наблюдения 5 лет и более).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гужов В. В. *Вопр. онкол.*, 1971, 9. — 2. Куланбаев М. Злокачественные опухоли мягких тканей. *Алма-Ата, «Каззахстан»*, 1978. — 3. Литвинова Е. В. В кн.: *Семиотика и диагностика злокачественных опухолей* (под ред. акад. АМН СССР проф. А. И. Сереброва и чл.-корр. АМН СССР проф. С. А. Холдина). Л., Медицина, 1970. — 4. Раков А. И., Чехарина Е. А. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища. Л., Медицина, 1968. — 5. Тришкин В. А., Столяров В. И. *Здравоохр. Казахстана*, 1977, 8. — 6. Шнитникова З. З. *Вопр. онкол.*, 1974, 9. — 7. Ariel J. M., Briceno M. J. *Surg. Oncol.*, 1975, 7, 4. — 8. Fontenelle L., Radlaner C. B. *Amer. Surg.*, 1973, 39, 1. — 9. Fuentes P., Giudice L.

УДК 616—006.3.04—089.87 : 616.5—089.844

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Проф. М. З. Сигал, Г. Ф. Фатыхова

*Кафедра хирургии и онкологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР проф. М. З. Сигал)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Реферат. У 46 больных с саркомами выполнены обширные резекции мягких тканей с применением свободной кожной пластики дефектов. Пределы резекции определяли на основании дооперационных исследований, осмотра и пальпации различных слоев тканей во время операции. Дефекты замещали свободными кожными трансплантатами размером от 40 до 300 см². Отдаленные исходы изучены у 38 пациентов. Из 16 больных с фибросаркомой живы до 5 лет 4 человека, 5 и более лет прожили без рецидивов и метастазов 8 человек, 1 больной живет более 10 лет. При неклассифицируемых саркомах прогноз неблагоприятный. Обширные резекции блока тканей, включающие кожу со свободной кожной пластикой, должны быть методом выбора при оперативном лечении сарком мягких тканей.

Ключевые слова: мягкие ткани, саркома, резекция, кожная пластика.
Библиография: 4 названия.

Особенности хирургического лечения сарком мягких тканей состоят в атипичности операций в различных анатомических областях. Определение меры радикальности иссечения сарком мягких тканей представляет индивидуальную задачу. Объем резекций зависит от степени распространения опухоли по плоскости, пенетрации ее в подлежащие ткани.

При обширных саркомах конечностей, распространяющихся на область сустава, или при вовлечении в опухолевый процесс сосудисто-нервного пучка и кости необходимо произвести ампутацию конечности.

После радикального иссечения сарком мягких тканей, особенно в случаях изъязвления кожи, возникают большие дефекты, и закрытие ран первичными швами не всегда представляется возможным.

При оперативном лечении сарком мягких тканей головы, лица, дистальных отделов конечностей даже при небольших дефектах требуется пластическое закрытие. Преимущество обширных резекций не вызывает сомнений. Однако в сообщениях по этому поводу, как правило, не указываются методы закрытия дефекта и не приводятся отдаленные исходы в этих случаях. В литературе имеется лишь небольшое число сообщений о применении кожной пластики при лечении сарком мягких тканей.

И. М. Куколева (1963) описала 9 случаев применения кожной пластики после обширных иссечений. П. С. Палинка и Ю. В. Петров (1965) сообщили о применении кожной пластики после удаления гигантоклеточной опухоли мягких тканей кисти.

Свободная кожная пластика может быть с успехом применена и после удаления инфицированных, изъязвившихся сарком мягких тканей [4]. А. Т. Аббасов (1967) применил этот метод у 19 больных. По мнению автора, причиной быстро наступивших рецидивов являются недостаточные иссечения.

Мы применили первичную свободную пластику после оперативного лечения сарком мягких тканей различной локализации у 46 больных в возрасте от 12 до 80 лет (мужчин и женщин поровну).

Операции по поводу сарком мягких тканей атипичны. В отдельных работах противопоставляются две методики — обычного иссечения и обширных резекций. Понятие обширного иссечения комплекса тканей неопределенное. В блок включаются различные ткани в зависимости от анатомической локализации первичного очага. Нет единства в подходах к степени радикальности и к объему иссечения прилежащих неизмененных тканей.

Опухолевый очаг, располагающийся в толще мягких тканей, в отдельных слоях распространяется неравномерно. Это происходит на всех этапах развития саркомы от места первоначального поражения. Сохранение каких бы то ни было участков опухоли представляет смертельную опасность для больного. Проблема должного объема резекции остается нерешенной прежде всего потому, что методы определения истинных границ поражения несовершенны — осмотр и пальпация. Недостаточно изучены закономерности распространения сарком по различным тканевым структурам. Лишь отдельные данные свидетельствуют об отличиях инфильтрации. Так, рабдомиобластомы могут поражать мышцу на большом протяжении, распространяясь по ходу мышечных волокон, при этом латеральное распространение оказывается более ограниченным. Известно, что поражение кожи при фибросаркоме сопровождается метастазами в