

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 резекций 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

лимфатические узлы. В известной степени ограничивающими структурами являются фасции, часто сохраняется интактность крупных артерий в опухолевой ткани.

Увеличение объема резекций, с одной стороны, представляет собой меру предупреждения рецидивов и метастазов и смерти больного, с другой — причиняет все больший анатомический и функциональный изъян. Более существенным является решение задачи полного удаления пораженных тканей.

Из тканей, удаляемых при этих операциях, особое место занимает кожа. Обширные незамещенные дефекты влекут за собой длительное послеоперационное течение, заживление вторичным натяжением, ограничивают возможность применения послеоперационной лучевой терапии. Кожа, будучи покровом пораженных тканей, и сама в той или иной мере вовлекается в опухолевую инфильтрацию. Сужение объема операции начинается с разреза кожи и распространяется на другие этапы ее. Разрез кожи создает доступ к подлежащим элементам удаляемого тканевого блока. Объем иссеченной кожи может служить мерой степени радикальности всей операции. При этих операциях отсепаровка кожи с подкожной клетчаткой является нарушением целостности блока. По плоскости вся кожа, покрывающая опухоль, независимо от глубины расположения саркомы, должна быть включена в комплекс удаляемых тканей. Таким образом, вопрос о дефектах кожного покрова — это вопрос о качестве хирургической операции по поводу сарком мягких тканей.

Операция должна обеспечить радикальность иссечения во всех трех измерениях и по отношению ко всем прилежащим в различных направлениях тканям. Этот вопрос технически легко решается на конечностях, если прибегают к ампутации, которая часто является избыточной операцией, не соответствующей распространению саркомы, калечащей.

При малой величине опухоли необходимость обширных иссечений сохраняется, и при этих условиях резко возрастают шансы на излечение. При слишком большом по объему распространении иногда возникают непреодолимые препятствия для осуществления этой методики.

Большая частота ошибок при хирургическом лечении сарком мягких тканей обусловлена сравнительно их редкостью, малым индивидуальным опытом хирургов.

Осмотр, тщательная пальпация границ опухоли помогают определить связь очага с окружающими, подлежащими и поверх расположенными тканями. Оценка состояния сосудов и нервных стволов, костей проводится на основании клинических и рентгенологических данных. Пальпация лимфоузлов, бесконтрастная рентгенография мягкотканной опухоли — все это представляет сведения для оценки объема поражения. По ходу операции, во время рассечения тканей проводится операционная пальпация и осмотр глубже расположенных тканей. Если по ходу иссечения обнаруживается приближение плоскости среза к опухоли в связи с неравномерным распространением в толще тканевого массива, возникает необходимость перемещения среза в латеральном направлении — расширение объема резекции. То же относится к определению нижней поверхности блока. Наиболее благоприятными являются условия, при которых осуществим сагитальный срез с включением всех тканей, составляющих блок. Если в блок должны включаться неудалимые образования, операция оказывается нерадикальной, и больной обречен на рецидив.

В ряде случаев мы прибегали к гистологическому контролю радикальности резекции путем исследования тканей у границ удаляемого блока. При обнаружении опухолевой инфильтрации делали дополнительные иссечения. Ориентировочно в комплекс удаляемых тканей мы включали макроскопически не измененные ткани не менее чем на 6—8 см во всех направлениях.

Из 46 оперированных нами больных у 5 были поражены саркомой мягкие ткани головы (в том числе щеки — у 4, лба — у 1), подбородочной области — у 1, туловища — у 10, верхней конечности — у 9, нижней конечности — у 21. Ангиосаркома была гистологически установлена у 5 больных, злокачественная гистиоцитома — у 3, фибросаркома — у 16, альвеолярная саркома — у 1, липосаркома — у 1, рабдомиосаркома — у 2, нейрогенная саркома — у 2, синовиальная саркома — у 2, дерматофибросаркома — у 1, светлоклеточная саркома — у 1, саркома Капоши — у 2, неклассифицируемые саркомы — у 10. 23 больных поступили по поводу рецидива саркомы.

У всех оперированных произведено обширное иссечение опухолей вместе с кожей, прилежащими и подлежащими тканями. При этом образовывались дефекты размерами от 40 до 300 см², закрытие которых было неосуществимо без применения кожной пластики.

У 41 больного применена свободная кожная пластика, у 5 — свободная кожная пластика в сочетании с пластикой местными тканями. У всех пациентов дефекты закрывали расщепленным дермоэпидермальным лоскутом. Перфорация лоскута применена только у 4 больных. Для пластики использовали кожу передней стенки живота (у 33 больных), кожу бедра (у 3), грудной стенки (у 1) и плеча (у 4).

Полное приживление дермоэпидермального лоскута наступило у 41 больного, у 4 возник частичный некроз, а у 1 — полный некроз трансплантата. У 2 больных лоскуты пересежены на ранее облученное ложе, а у 13 ложе опухоли после операции облучено через трансплантат.

Отдаленные исходы прослежены у 38 человек, судьба 8 неизвестна. 2 года живы.

Без метастазов и рецидива 4 из 38 больных, 3 года — 5 человек, 4 года — 2, 5 и более лет — 12, свыше 10 лет — 2.

Гистологическая структура имеет важное значение для прогноза. Из 16 больных фибросаркомой 5 и более лет жили 8 человек, один из них живет более 10 лет. Живы до 5 лет 4 человека, судьба 4 больных не прослежена. Из 10 больных с неклассифицируемыми незрелыми саркомами лишь 1 больной жил свыше 5 лет, 6 умерли через 1—3 года после операции.

Что касается других видов сарком мягких тканей, то из-за небольшого числа наблюдений нет возможности судить о значении обширных резекций для исхода оперативного лечения.

Обращает на себя внимание связь между рецидивированием и метастазированием сарком мягких тканей. Из 5 случаев местных рецидивов у 4 больных они сочетались с отдаленными метастазами. Число местных рецидивов после обширных иссечений сравнительно небольшое (4 из 38 прослеженных больных).

Наши данные свидетельствуют о возможности предупреждения рецидивов с помощью обширных резекций. Вместе с тем эти резекции могут оказаться недостаточными. Сочетание рецидива и метастазов дает основание полагать, что источником отдаленных метастазов может быть сохраненный при недостаточно радикальной операции очаг.

Обширные резекции со свободной кожной пластикой должны быть методом выбора при хирургическом лечении сарком мягких тканей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасов А. Т. *Вопр. онкол.*, 1967, 9. — 2. Куколева И. М. Там же, 1963, 9. — 3. Палинка П. С., Петров Ю. В. Там же, 1965, 12. — 4. Петров Ю. В., Бавли Я. Л. Там же, 1961, 11.

Поступила 9 января 1979 г.

УДК 617.52+616.716.8]—006.5—07

ДИАГНОСТИКА ПРЕДРАКОВЫХ СОСТОЯНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Доц. Ф. Г. Сайфуллин

*Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Л. А. Кольцова) Казанского
ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Реферат. По данным наблюдений за 583 больными, предопухолевые состояния челюстно-лицевой области подвергаются малигнизации в 9—14%. Особенно склонны к перерождению кожный рог, папилломы на сроках от 7 мес до 3 лет. Несовпадение диагнозов направивших учреждений и патоморфологических заключений констатировано в 44—88%, расхождение клинических и морфологических диагнозов — в 19,8%. Высокая онкологическая настороженность и углубление знаний врачей по онкологии челюстно-лицевой области, осуществление диспансеризации больных до и после лечения, широкая санитарно-просветительная работа среди населения будут способствовать предупреждению раковых заболеваний.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, предраковые состояния.

Изучение и определение характера ранних проявлений предопухолевых состояний лица и органов полости рта являются одной из важных задач по профилактике раковых заболеваний.

Под нашим наблюдением было 583 больных с предопухолевыми состояниями челюстно-лицевой области, в том числе 290 с папилломами, 148 с лейкокератозами, 16 с кератоакантомами, 10 с кожным рогом, 98 с хроническими воспалительными процессами, декубитальными, длительно не заживающими и трофическими язвами, 6 с трещинами губ, 3 с дискератозами; кроме того, у 2 больных была раковая опухоль и у 10 перерождение доброкачественных опухолей.

Как показал анализ историй болезней 290 больных с морфологически подтвержденным диагнозом папилломы, 40% из них были старше 50 лет, дети составили 13,4%; преобладали женщины — 52%. У 30% больных папилломы локализовались на языке, у 12% — на нижней губе, у 10% — на твердом небе, у 6,7% — на слизистой щек, у 6,7% — на кожной поверхности носа, у 5,6% — на верхней губе и у 29% — на различных других участках челюстно-лицевой области. Клинически папилломы имели вид возвышающейся над окружающими тканями стебельчатой опухоли мягкой консистенции на узком или широком основании, с идентичной окраской кожи или слизистой оболочки. 28,2% больных обратились к врачу на сроках до 3 мес, 21,8% — от 3 мес до 1 года, 50% — свыше 1 года. Малигнизация папиллом выявлена у 29 больных на разных сроках от момента обнаружения предрака, причем до 3 мес — у 11.