

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ПОЗДНЕЙ ЛУЧЕВОЙ ЯЗВОЙ ГОЛЕНИ И ОСТЕОНЕКРОЗОМ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Ю.А. Амирасланов, И.В. Борисов, А.П. Иванов, А.А. Ушаков

ФГУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва

В настоящее время при лечении больных с саркомами мягких тканей конечностей наиболее часто используют комбинацию хирургического лечения и лучевой терапии [1]. Однако при ее проведении нередко возникает значительное повреждение окружающих опухоль здоровых тканей. По данным Cannon С.Р. et al. [2] при комбинированном лечении сарком мягких тканей нижних конечностей ранние лучевые повреждения (эпителииты, дерматиты), возникшие в первые 3 месяца после облучения, развились в 27%, поздние (лучевой фиброз, поздние лучевые язвы) – в 13% случаев.

Местные лучевые повреждения отличаются торпидностью к терапии различными медикаментозными средствами [3]. Длительное, прогрессирующее течение лучевых повреждений с нередкими рецидивами и присоединением гнойной инфекции перечеркивает хорошие результаты лечения основного заболевания и снижает качество жизни пациента. При обширном лучевом поражении мягких тканей и костей с присоединением гнойной инфекции единственной возможностью предотвратить серьезные осложнения – ампутация пораженного сегмента конечности. Только применение раннего хирургического вмешательства с необходимостью оперировать вне зоны облученных тканей и использование пластики тканевыми лоскутами с осяевым кровообращением, а также микрохирургической аутоотрансплантации позволили принципиально изменить ситуацию в лучшую сторону [4].

Клиническое наблюдение

Принципы активного хирургического лечения местных лучевых повреждений применены нами при поступлении больного М., 35 лет, по поводу

поздней лучевой язвы верхней трети правой голени с остеонекрозом (остеомиелитом) большеберцовой кости.

В 1991 году пациент оперирован по месту жительства по поводу синовиальной саркомы верхней трети правой голени. Выполнено комбинированное лечение – краевая резекция правой большеберцовой кости и лучевая терапия в суммарной дозе 120 Гр (что превышает стандартную дозу облучения в 2–3 раза) с положительным эффектом. В течение последующих 15 лет пациент жалоб не предъявлял, однако в 2006 году в результате ушиба у него образовалась язва в области операции.

В связи с этим больной повторно госпитализирован. При неоднократных биопсиях данных за рецидив саркомы не получено. Выполнены краевая резекция большеберцовой кости с имплантацией силиконового эспандера для попытки пластического закрытия образовавшегося дефекта. В послеоперационном периоде развилось нагноение с некрозом растягиваемых тканей и образованием обширной язвы на голени.

В декабре 2006 года обследован в Онкологическом научном центре имени академика Н.Н. Блохина РАМН – данных за рецидив опухолевого процесса не получено. Однако диагноз оставался неясным. Для его верификации и определения тактики лечения 5 февраля 2007 года пациент госпитализирован в Институт хирургии им. А.В. Вишневского.

При поступлении состояние удовлетворительное. Клинически по результатам комплексного лучевого обследования и лабораторным анализам данных за метастатическое поражение органов грудной и брюшной полостей и признаков лучевой болезни не обнаружено.

В верхней трети правой голени по передней по-

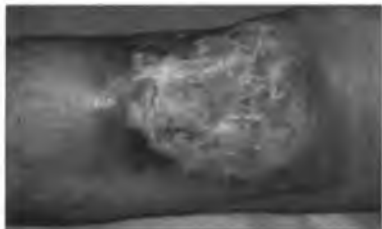


Рис. 1.



Рис. 2.

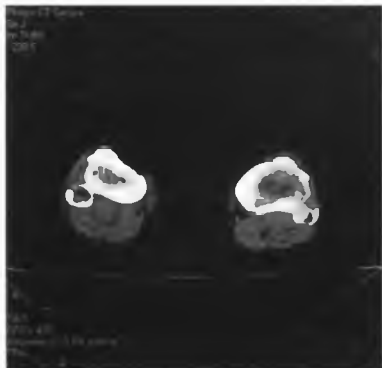


Рис. 3.

верхности имелась гнойная рана 15х15 см с участками некрозов большеберцовой кости и грануляций серого цвета (рис. 1). В верхнюю часть раны открывался дефект капсулы коленного сустава с истечением синовиальной жидкости. Имелись рубцовые изменения мягких тканей вокруг язвы. Сгибание в правом коленном суставе ограничено активное разгибание отсутствовало. Из-за боли опорная функция конечности отсутствовала. Регионарные паховые лимфоузлы не увеличены.

При бактериологическом исследовании выделены метициллин-резистентный золотистый стафилококк и синегнойная палочка.

На обзорной рентгенограмме выявлен послеоперационный дефект верхней трети большеберцовой кости (рис. 2). Компьютерно-томографическая картина соответствовала остеомиелиту проксимального отдела правой большеберцовой кости (рис. 3).

Для установления диагноза 9 февраля 2007 года больному произведена биопсия с иссечением язвы единым блоком (рис. 4). Результаты морфологического исследования: хроническое воспаление с фиброзом мягких тканей и костных структур.

В послеоперационном периоде проводилось местное лечение различными препаратами (мази на полиэтиленгликолевой основе, 1%-ный раствор йодопирона), антибактериальная, антикоагулянтная и антиагрегантная терапия. Однако в ране появились вторичные некрозы (рис. 5). В связи с подозрением на лучевое повреждение пациент был проконсультирован специалистами по лечению лучевых повреждений ГKB № 6 (Москва) и Медицинского радиологического научного центра РАМН (Обнинск). Заключение: трофическая язва является следствием лучевой терапии.

3 марта 2007 года больному выполнены повторная хирургическая обработка с иссечением трофической язвы и краевая резекция большеберцовой кости. В результате размеры раны составили 20×20 см. Рана была первично закрыта икроножным кожно-мышечным лоскутом на постоянной питающей ножке (рис. 6). Выделение лоскута сопровождалось техническими трудностями из-за фиброзных изменений мягких тканей, особенно задней группы мышц голени. Донорская рана закрыта расщепленными перфорированными кожными лоскутами (рис. 7). Больной получал местное лечение ран 1%-ным раствором йодопирона, актовегин-гелем, а также антибактериальную, антикоагулянтную терапию, внутривенное введение актовегина. Лоскуты полностью прижились (рис. 8). Швы сняты на 14-й день. Пациент выписан 11 мая



Рис. 4.



Рис. 6.



Рис. 5.



Рис. 7.

2007 года в удовлетворительном состоянии. В результате проведенного лечения (срок госпитализации – 92 дня) удалось ликвидировать гнойную инфекцию, закрыть раневую поверхность, восстановить микроциркуляцию в зоне облучения и функцию конечности.

Заключение

Диагностика поздних лучевых язв может представлять значительные трудности. Успешное лечение возможно при условии радикального иссечения язвы с первичным закрытием дефекта хорошо васкуляризованными тканями. ■

Список литературы

1. Cormier J.N., Pollock R.E. Soft tissue sarcomas. *C.A. Cancer J. Clin.* 2004; 54: 94–109.
2. Cannon C.P., Ballo M.N., Zagars G.K. et al. Complication of combined modality treatment of primary lower extremity soft-tissue sarcomas. *Cancer.* 2006; 107(10): 2455–2461.



Рис. 8.

3. Бардычев М.С. Лечение местных лучевых повреждений. *Лечащий врач.* 2003; 5: 78–79.
4. Миланов Н.О., Фалин С.В. Радиационная медицина. Руководство для врачей. Издат. 2001; 2: 186–202.