

ВИПАДКИ СКАПУЛЕКТОМІЇ – РЕЗЕКЦІЇ ПЛЕЧОВОГО ПОЯСА (ТИП III) ПРИ ХОНДРОСАРКОМІ ЛОПАТКИ

В статті повідомляється про трьох пацієнтів з хондросаркомою лопатки, яким проведено повне внутрішньосуглобове видалення лопатки (скапулектомія) з резекцією акроміального кінця ключиці. З метою верифікації процесу та вирішення тактики лікування пацієнтам в передопераційному періоді виконувалася відкрита або трепанобіопсія лопатки. Найважливішою ознакою хірургічного лікування було максимальне збереження функції кінцівки при обов'язковому дотриманні принципів абластики (футлярність та зональність) і радикальності операції. Післяопераційний період у пацієнтів протікав без ускладнень, верхня кінцівка фіксувалася індивідуальним бандажем, хоча активні рухи верхньою кінцівкою (відведення руки) хворі починали відразу після видалення активних трубчастих дренажів. В результаті скапулектомії ні у кого з трьох пацієнтів не виявлено рецидиву пухлини при терміні спостереження від 12 до 22 місяців. У пацієнтів також не спостерігалось метастазів в легенях та інших вісцеральних органах.

Ключові слова: лопатка, хондросаркома, скапулектомія.

ВСТУП

Лікування хворих з первинними злоякісними та метастатичними пухлинами кісток і м'яких тканин опорно-рухового апарату відноситься до складних проблем сучасної клінічної онкології [1]. Пухлини і пухлиноподібні захворювання в більшості випадків уражують довгі трубчасті кістки, рідше вони зустрічаються в плеских кістках – лопатці, грудині і ребрах. [3]. Хірургічний метод лікування є одним з головних для більшості хворих на злоякісні пухлини кісток [4,5]. Видалення лопатки проводиться при пухлинах м'яких тканин, які оточують лопатку і при злоякісних кісткових пухлинах самої лопатки [6]. Вперше видалення лопатки (скапулектомію) виконав у 1855 році D.K. Langenbeck, який застосував Т-подібний розріз, який широко застосовується до теперішнього часу, а перший опис видалення лопатки разом з пухлиною було зроблено Syme у 1864 році [8]. В 1987 році автори [7] запропонували класифікацію резекцій плечового пояса, що включає шість типів: тип I

– внутрішньосуглобова резекція плечової кістки; тип II – часткова резекція лопатки; тип III – повне внутрішньосуглобове видалення лопатки; тип IV – внутрішньосуглобова резекція лопатки і головки плеча; тип V – внутрішньосуглобова резекція плечової кістки і суглобової западини лопатки; тип VI – позасуглобова резекція плечової кістки і повне видалення лопатки. Як правило резекції I, II та III типу виконується з приводу доброякісних або злоякісних пухлин (з низьким ступенем злоякісності) проксимальної частини плечової кістки або лопатки. Операції IV, V та VI типу частіше всього застосовуються при саркомах високого ступеня злоякісності [6]. В даній статті наводяться випадки і результати повного внутрішньосуглобового видалення лопатки – резекції плечового пояса (тип III) при хондросаркомі.

Мета дослідження – показати результати скапулектомії – резекції плечового пояса (тип III) при пухлинах лопатки.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під нашим спостереженням знаходилося троє пацієнтів з хондросаркомою лопатки. Основними клінічними проявами пухлинного процесу у хворих були: деформація лопатки за рахунок пухлинного процесу, виражені болі постійного характеру, як у спокої, так і при фізичному навантаженні. У пацієнтів застосовані наступні методи дослідження: рентгенологічний, комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ), лабораторний (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний з визначенням білкових фракцій, сіалових кислот, калію, фосфору і т.п.). З метою верифікації процесу та вирішення подальшої тактики лікування пацієнтам в передопераційному періоді виконувалася відкрита або трепанобіопсія лопатки. Найважливішою ознакою хірургічного лікування було максимальне збереження функції кінцівки при обов'язковому дотриманні принципів абластики (футлярність і зональність) і радикальності операції. При рентгенологічному дослідженні у 1 пацієнта з хондросаркомою лопат-

ки виявлена велика деструкція тіла лопатки; у 2-х – з руйнуванням суглобової западини, переходом на клювовидний відросток лопатки. Усім 3 пацієнтам з хондросаркомою лопатки проведено повне внутрішньосуглобове видалення лопатки (скапулектомія) з резекцією акроміального кінця ключиці.

Хірургічне втручання виконувалося згідно рекомендаціям Б. Бойчева [2]: Положення хворого на операційному столі було на животі, руку відводили під кутом 90° і поміщали на підставку, після обробки операційного поля проводили розріз Т-подібної форми з вертикальним розрізом по медіальному краю лопатки і горизонтальним по *spina scapulae*, отсепаровували шкірні клапті, відсікали прикріплені до внутрішнього краю лопатки м'язи: *m. trapezius*, *m. rhomboidei*, *m. levator scapulae*, а також порцію *m. trapezius*, яка прикріплюється до внутрішньої частини *spina scapulae*. Потім розсікали прикріплену до внутрішнього краю лопатки *m. serratus*, і у верхнього краю лопатки перев'язували *a. transversa colli*. Заводили руку між частиною, що залишилася від *m. serratus*, яка кріпиться до ребер та *m. subscapularis*, відокремлюючи таким чином лопатку від грудної стінки. Зовнішній край лопатки відводили назад і в сторону, потім перетинали залишкову частину *m. trapezius*, яка прикріплюється до зовнішньої ділянки *spina scapulae*, а також *m. omohyoideus*, яка прикріплюється до верхнього краю лопатки, перев'язували *a. transversa scapulae*. В області *processus coracoideus* розсікали *ligamentum coracoclaviculare* і розкривали ключично-акроміального зчленування, відсікали повністю остисту і акроміальну ділянку *m. deltoideus* в місці прикріплення їх до акроміону і до *spina scapulae*, оголювали задню частину плечового суглоба, розкривали суглоб і видаляли його, проходячи по внутрішньому краю лопатки, перев'язували *a. subscapularis* або її розгалуження: *a. circumflexa* і *a. thoracodorsalis*, розсікали *m. teres major*, *minor* і *caput longum m. tricipitis brachii* і видаляли лопатку. У голівці плечової кістки виконували отвори і плечова кістка за допомогою лавсанових ниток підвішувалася до залишившогося сегменту ключиці. Після виконання гемостазу пересічені краї трапецієподібного і дельтоподібного м'язів зшивали, рану дренивали активним трубчастим дренажем, накладали шви на шкіру і асептичну пов'язку. Фіксацію верхньої кінцівки проводили за допомогою індивідуального биндажа. У разі ураження клювовидного відростку ми виконували скапулектомію в модифікації Н.Е. Махсона [4]: Положення хворого на операційному столі було на здоровому боці, руку підіймали догори і поміщали на підставку і фіксували, після

обробки операційного поля розріз починали на передній поверхні плечового суглоба і вели паралельно і нижче ключиці. На межі між зовнішньою і середньою третинною ключиці розріз повертали догори, продовжуючи його по надпліччю і проводили вниз вздовж медіального краю лопатки до нижнього кута лопатки. Таким чином, поєднання двох доступів дозволяло отримати розріз у вигляді дуги. Передня частина доступу дозволяла перетнути сухожилля трьох м'язів, що прикріплюються до верхівки клювовидного відростка, мобілізувати судинно-нервовий пучок, широко оголити дельтоподібний м'яз, відсікти його від ключиці і лопатки, після чого дельтоподібний м'яз відводили назовні, при цьому не порушувалася інервація підкрильцевим нервом. Цей доступ надавав можливість підійти до усіх відділів лопатки і видалити її з оточуючими м'язами. Як правило післяопераційна рана дренивалася двома активними трубчастими дренажами, які видалялися на 7-9 добу післяопераційного періоду.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В результаті скапулектомії ні у кого з трьох пацієнтів з хондросаркомою лопатки не виявлено рецидиву пухлини при строках спостереження від 12 до 22 місяців. У пацієнтів також не спостерігалось метастазів в легенях та вісцеральних органах. Переконливим доказом ефективності виконання резекції плечового пояса (тип III) – скапулектомії у хворих з хондросаркомою лопатки є витяги з історії хвороб двох пацієнтів:

Приклад 1. Хвора Г.Н., історія хвороби №545614 (2017), 58 років. Діагноз: Хондросаркома лівої лопатки, T2N0M0 стадія ІБ, кл.гр. II., кл.гр. II. В анамнезі захворювання у пацієнтки були вроджені кістково-хрящові екзостози (плечова кістка, лопатка, ребра). В 2015 році за місцем проживання хворій виконано хірургічне втручання з приводу хондроми лівої лопатки, після операції відмітила зростання пухлини в області лівої лопатки. У відділі ДУ «ІТОНАМНУ» пацієнтці виконано відкриту біопсію лопатки, патоморфологічне заключення: Хондросаркома (G1). Хворій 16.08.2017 року виконана скапулектомія зліва. Післяопераційний період протікав без ускладнень, верхня ліва кінцівка фіксувалася індивідуальним биндажем. На 7 добу післяопераційного періоду активні трубчасті дренажі видалені і хвора почала активні та пасивні рухи верхньою кінцівкою, такі як відведення руки. В динаміці спостереження через 12 місяців клінічно та рентгенологічно даних за рецидив пухлини не виявлено.



Рис. 1. Фото хворої Г. з хондросаркомою лівої лопатки.



Рис. 2. Фотовідбитки рентгенограми лівої лопатки хворої Г. з хондросаркомою.

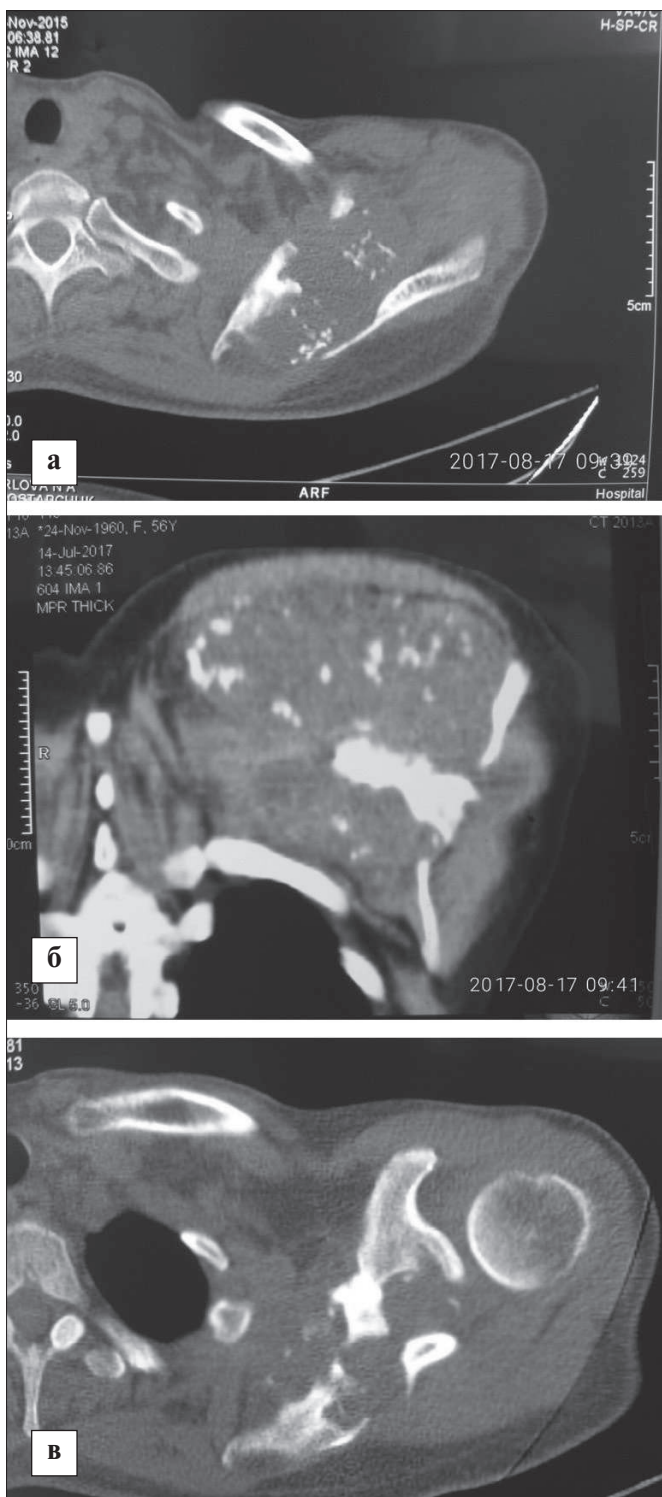


Рис. 3. Фотовідбитки КТ хворої Г. з хондросаркомою лопатки.

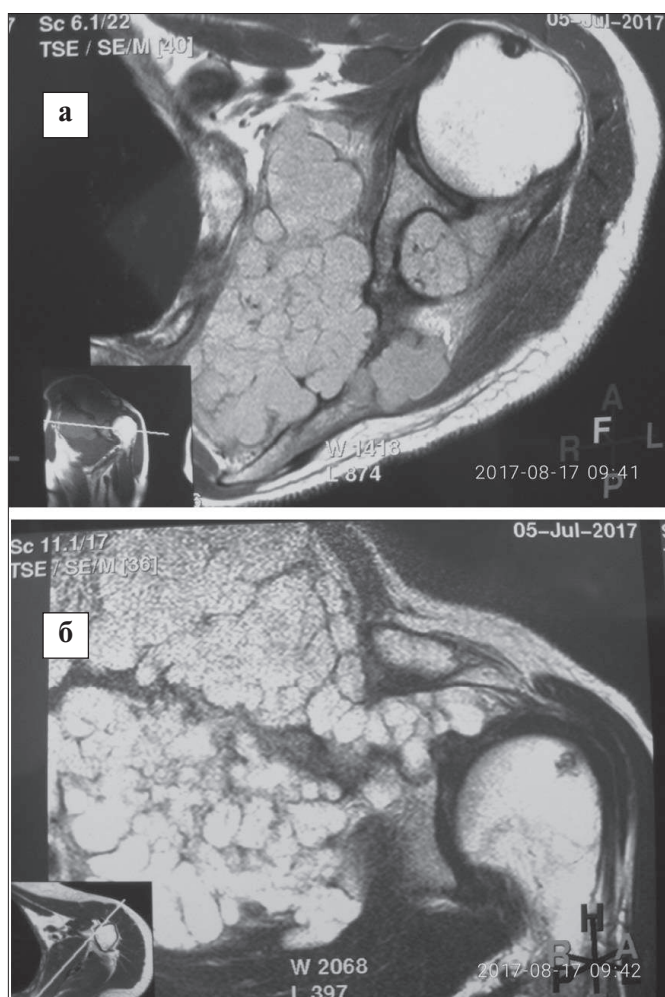


Рис. 4. Фотовідбитки МРТ хворої Г. з хондросаркомою лопатки.



Рис. 5. (а,б) Фото хворої Г. після скапулектомії зліва.



Рис. 6. Фотовідбитки рентгенограми хворої Г., стан після скапулектомії.

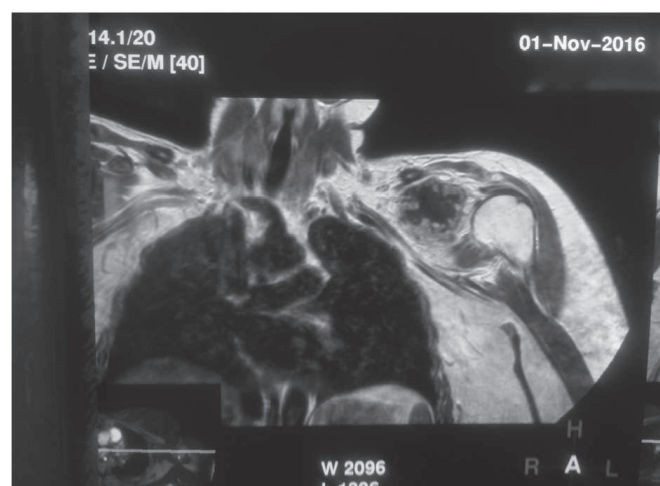


Рис. 7. Фотовідбиток МРТ хворої Х. з хондросаркомою лопатки.

Приклад 2. Хвора Х.Л., історія хвороби №539397 (2016), 48 років. Діагноз: Хондросаркома лівої лопатки T2N0M0 стадія ІІБ, кл.гр. ІІ. З анамнеза захворювання: хворіє 18 місяців, коли з'явилися болі в лопатці, лікування за місцем проживання: фізіопроцедури, нестероїдні протизапальні препарати, без ефекту. У відділі ДУ "ІТОНАМНУ" 28.09.2016 р. пацієнтці виконано відкриту біопсію лопатки, патоморфологічне заключення: Хондросаркома (G2-G3). Хворій 03.11.2016 року виконана скапулектомія зліва.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, і на момент контрольного огляду через 22 місяці клінічно та рентгенологічно даних за рецидив пухлини не виявлено.

З урахуванням отриманих результатів лікування: відсутність рецидиву та метастазів хондросаркоми, можна казати про те, що скапулектомія є операцією вибору при злоякісних пухлинах лопатки. Додатково треба зауважити, що в післяопераційному періоді верхня кінцівка обов'язково повинна фіксуватися індивідуальним биндом на протязі 2-3 місяців, хоча активні рухи верхньою кінцівкою (відведення руки) хворі починали відразу після видалення активного трубчастого дренажа.

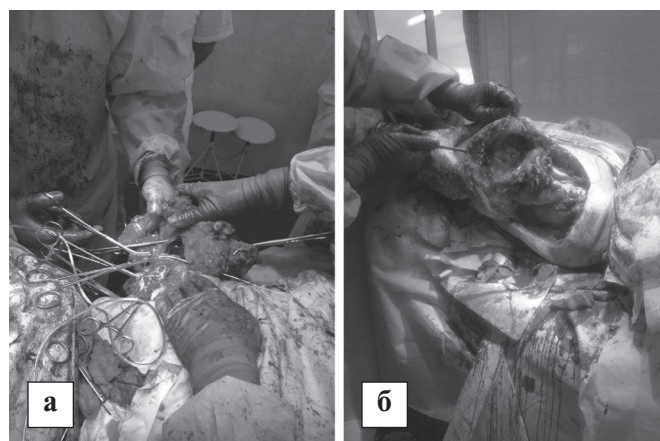


Рис. 8 (а,б). Етапи хірургічного втручання по видаленню лопатки.



Рис. 9. Видалений препарат лопатки з пухлиною.



Рис. 10. Фотовідбитки рентгенограми хворої Х., стан після скапулектомії.



Рис. 11. Фото хворої Х. після операції, ліва верхня кінцівка фіксована індивідуальним бандажом.

ВИСНОВОК

Застосування хірургічного втручання при злоякісних пухлинах лопатки – скапулектомії, дозволяє частково відновити функцію верхньої кінцівки, повернути пацієнтам здатність до самообслуговування та поліпшити якість їх життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев М.Д. Становление и современное состояние отечественной онкологической ортопедии / М.Д. Алиев // Вопросы онкологии. – 2005. – №3. – С. 283–287.
2. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. – Гос. изд. “Медицина и физкультура”, София. – 1962. – 832 с.
3. Зацепин С.Т. Костная патология взрослых. – М. “Медицина”. – 2001. – 640 с.
4. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Адекватная хирургия опухолей конечностей. – М. “Реальное время”. – 2001. – 168 с.
5. Махсон А.Н. Реконструктивная и пластическая хирургия в ортопедической онкологии / А.Н. Махсон // Весник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова – 1998. – №1. – С. 17–20.
6. Шугабейкер П.Х., Малауэр М.М. Хирургия сарком мягких тканей и костей. – М. “Медицина”. – 1996. – 440 с.
7. Malawer M. M., Meller I. Classification of shoulder girdle resections: Analysis of 38 cases. Annual Meeting of the Musculoskeletal Tumor Society (MSTS) Toronto, May 1987.
8. Syme J. Excision of the scapula. Edinburgh. Edmonston and Douglas, 1864.

Проценко В. В., Черный В. С.

Случаи скапулектомии – резекции плечевого пояса (тип III) при хондросаркоме лопатки

В статье сообщается о трех пациентах с хондросаркомой лопатки, которым проведено полное внутрисуставное удаление лопатки (скапулектомия) с резекцией акромиального конца ключицы. С целью верифика-

ции процесса и решения тактики лечения пациентам в предоперационном периоде выполнялась открытая или трепанобиопсия лопатки. Важнейшим признаком хирургического лечения было максимальное сохранение функции конечности при обязательном соблюдении принципов абластики (футлярность и зональность) и радикальности операции. Послеоперационный период у пациентов протекал без осложнений, верхняя конечность фиксировалась индивидуальным бандажом, хотя активные движения верхней конечностью (отведение руки) больные начинали сразу после удаления активных трубчатых дренажей. В результате скапулектомии ни у кого из трех пациентов не выявлено рецидива опухоли при сроке наблюдения от 12 до 22 месяцев. У пациентов также не наблюдалось метастазов в легких и других висцеральных органах.

Ключевые слова: лопатка, хондросаркома, скапулектомия.

Protsenko V. V., Chorny V. S.

Cases of a scapulectomy – a resection of a humeral belt (type III) at a chondrosarcoma of a scapula

The article reports on three patients with chondrosarcoma of the scapula who underwent complete intraarticular scapula removal (scapulectomy) with resection of the acromial end of the clavicle. With the purpose of verifying the process and solving tactics of treatment, patients underwent an open biopsy or trepanobiopsy of the scapula in the preoperative period. The most important sign of surgical treatment was the maximum preservation of limb function with the obligatory observance of the principles of ablastics (circularity and zoning) and the radical nature of the operation. The postoperative period in the patients proceeded without complications, the upper limb was fixed with an individual bandage, although the active movements of the upper limb (arm diversion) began immediately after the removal of active tubular drainage. As a result of scapulectomy, none of the three patients showed a tumor recurrence with a follow-up period of 12 to 22 months. Patients also did not have metastases in the lungs and other visceral organs.

Key words: scapula, chondrosarcoma, scapulectomy.