

УДК 616.71-006.3.04.-07-08

ГРЕБЕНЮК Ю.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Донецкий научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПЕРВИЧНЫЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ

Резюме. В статье обобщен опыт собственных наблюдений злокачественных первичных редко встречающихся опухолей человека, дано подробное описание клинической картины, алгоритма диагностики и лечения малоизвестных опухолей, проанализированы отдаленные результаты лечения, а также раскрыты факторы, влияющие на результат лечения.

Ключевые слова: злокачественные опухоли, саркомы, стадия опухолевого процесса.

Среди злокачественных опухолей человека злокачественные первичные опухоли костей — очень редкое заболевание. Они встречаются примерно у 1 мужчины и 0,6–0,7 женщины на 100 000 населения [1]. Большинство (66,4 %) случаев первичных злокачественных опухолей представляют остеогенную саркому (39,5 %) и хондросаркому (26,7 %) [2]. Поскольку кость является многотканевой структурой, возможно разнообразие по гистогенезу и других злокачественных опухолей, кроме указанных. К ним относятся: миелома (плазмоцитома), фиброгенная, лимфогенная, синовиальная саркомы, саркома Юинга, злокачественная фиброзная гистиоцитома и другие. Эти опухоли составляют треть злокачественных опухолей костей. Они имеют свою клиническую картину, свой характер развития, особенности ответа на химиолучевую терапию [3, 4]. Данные опухоли недостаточно изучены, а врачам о них слишком мало известно. Это снижает эффективность лечебных мероприятий, продолжительность жизни, увеличивает смертность.

Цель данного сообщения — обратить внимание врачей всех специальностей на возможность поражения костей редко встречающимися первичными злокачественными опухолями и правильную тактику при этих заболеваниях.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 90 больных в возрасте от 13 до 83 лет (табл. 1) с редко встречающимися первичными злокачественными опухолями костей: миеломой (плазмоцитома) — 26 наблюдений, лимфосаркомой — 14, фибросаркомой — 11, синовиальной саркомой — 10, саркомой Юинга — 10, злокачественной фиброзной гистиоцитомой (ЗФГЦ) — 8, нейросаркомой — 4, ангiosаркомой — 4, липосаркомой — 2, злокачественной мезенхимомой — 1 (табл. 2).

Среди больных 2/3 составляли лица мужского пола, опухоли имели место во всех возрастных группах, однако преобладали у больных в возрасте 40–70 лет. У 13–15-летних (3 больных) были: саркома Юинга — у 2 человек, ЗФГЦ — у 1; у 16–19-летних (6 больных): саркома Юинга — у 2, фибросаркома — у 3, лимфосаркома — у 1. У больных в возрасте до 40 лет преобладали саркома Юинга — 10 наблюдений и лимфосаркома — 7, в более старших возрастных группах чаще встречались миелома, фибросаркома и др.

Локализация опухолей была самой разнообразной, но в основном они поражали плечевую кость (19 наблюдений), кости таза (27), бедренную кость (17), кости голени (15) (табл. 2).

Учитывая то, что плазмоцитома по своему происхождению тесно связана с миеломой, мы рассматриваем их в одной группе. Мнение о том, что плазмоцитома — это солитарная опухоль, на нашем материале не подтверждается, из 5 случаев в 3 — солитарное поражение, в 2 — множественное. То же можно сказать и о миеломе. Эти опухоли предпочтительно поражали плечевую (11 случаев), тазовые (7 случаев), бедренную (5 случаев) кости.

Лимфосаркома чаще встречалась в костях таза (8 из 14 случаев). Что касается других видов изучаемых опухолей, то из-за их малого количества говорить о частоте поражения той или иной кости некорректно.

Клиническая картина развития опухолей зависит от их агрессивности, которая у одного и того же вида опухоли была различной.

Половина больных с миеломой (плазмоцитомой) и лимфосаркомой поступили в нашу клинику с пато-

© Гребенюк Ю.А., 2013

© «Травма», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

| Пол | Возрастные группы (лет) | | | | | | | | Всего | |
|---------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|------------|-----|
| | 13–20 | 21–30 | 31–40 | 41–50 | 51–60 | 61–70 | 71–80 | 81 и более | Абс. число | % |
| Мужчины | 5 | 7 | 7 | 11 | 13 | 13 | 2 | 1 | 59 | 100 |
| Женщины | 4 | 5 | 6 | 3 | 6 | 3 | 2 | 2 | 31 | 100 |
| Итого | 9 | 12 | 13 | 14 | 19 | 16 | 4 | 3 | 90 | 100 |

логическим переломом кости. До перелома больные в течение 1–3 месяцев ощущали умеренную боль в месте поражения опухолью, которая усиливалась после физической нагрузки. Перелом наступал даже без травмы (поворот в постели, обычная ходьба и прочее).

То же самое можно сказать и о других опухолях. У одних больных болевой синдром был слабовыраженным, а у других для его снятия требовались обезболивающие средства, в том числе наркотические.

Характер боли часто определял сроки первого обращения больных к врачу: половина из них осмотрена врачом в первые 1,5–3 месяца, а половина — в значительно более поздние сроки, даже через 10 лет.

Например, больные со злокачественной фиброзной гистиоцитомой первый раз к врачу обратились через 1,5 года и более, а больной с такой же опухолью поступил в клинику уже через 3 месяца после безуспешного лечения в поликлинике. То же следует сказать и об ангиосаркоме: ее течение и клинические проявления были медленными (несколько лет) и быстрыми (несколько месяцев).

Всем больным в поликлинике после 2–3 недель безуспешного лечения болей и припухлости в области конечности или таза осуществляли рентгенобследование. Однако, как правило, рентгенклиника не была правильно интерпретирована, поэтому не-

эффективное лечение продолжалось до патологического перелома или до резкого увеличения опухоли и усиления боли.

При поступлении в клинику проводили компьютерную томографию пораженного сегмента, в случаях подозрения на прорастание опухоли в окружающие ткани осуществляли магнитно-резонансную томографию, которая позволяла установить степень распространения опухоли, поражение сосудов и нервных стволов, других органов, например внутритазовых (мочевого пузыря, кишечника, матки и других).

Клиническая картина, течение болезни и данные рентгенологического и лабораторного (кровь, моча) исследований позволяли предположить вид опухоли. Окончательно диагноз устанавливали путем проведения гистологического исследования биопсийного материала. С его помощью устанавливали не только гистологическую форму опухоли, но и ее агрессивность, что и определяло способ лечения, технические особенности операции (табл. 3).

Органосохраняющие операции осуществлены у 27 больных, у половины из них операция проводилась по настоюнию больного («сохранить конечность»). 43 больных ввиду IV стадии развития опухоли с любыми метастазами направлены на химиолучевую терапию и симптоматическое лечение

Таблица 2. Гистологическая форма опухоли и ее локализация

| Гистологическая форма | Локализация опухоли | | | | | | | | Всего | | |
|------------------------|---------------------|---------|---------|-------|------------|-----|-------|--------|-------------------------------|------------|-------|
| | Грудина | Лопатка | Ключица | Плечо | Предплечье | Таз | Бедро | Голень | Голеностоп-ный сустав и стопа | Абс. число | % |
| Миелома (плазмоцитома) | 1 | — | 1 | 11 | — | 7 | 5 | 1 | — | 26 | 28,9 |
| Лимфосаркома | 1 | — | — | 2 | — | 8 | 2 | 2 | — | 14 | 15,7 |
| Фибросаркома | — | — | — | 2 | 2 | 2 | 1 | 4 | — | 11 | 12,3 |
| Синовиальная саркома | — | 1 | — | 1 | — | 3 | 3 | 2 | — | 10 | 11,1 |
| Саркома Юинга | — | — | — | 1 | 1 | 3 | 2 | 3 | — | 10 | 11,1 |
| ЗФГЦ | — | — | — | 1 | — | 1 | 4 | — | 2 | 8 | 8,8 |
| Нейросаркома | — | 2 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | 4 | 4,4 |
| Ангиосаркома | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | 1 | — | 4 | 4,4 |
| Липосаркома | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 2 | 2,2 |
| Зл. мезенхимома | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | 1,1 |
| Итого | 2 | 3 | 1 | 19 | 4 | 27 | 17 | 15 | 2 | 90 | 100,0 |

в местных онкодиспансерах. 5 больных (узнали диагноз) отказались от любого лечения.

Троим больным с неоперабельной миеломой (2), нейросаркомой (1) при патологическом переломе бедренной кости (2), большеберцовой кости (1) осуществлен закрытый блокирующий остеосинтез, позволивший поднять больных с постели на костыли.

Результаты и обсуждение

Редко встречающиеся первичные злокачественные опухоли костей у взрослых (миелома, лимфосаркома, фибросаркома, синовиальная саркома, нейросаркома, ангиосаркома, липосаркома, злокачественная фиброгистиоцитома, саркома Юинга, злокачественная мезенхимома) в общей структуре злокачественных опухолей костей составляют одну треть (30 %). Лечение опухолевого процесса и клиника у одной и той же опухоли разнообразны: от отсутствия болевого синдрома до ярко выраженного, от небольшого срока заболевания (1–1,5 месяца) до нескольких лет, когда клиника заставляет больного обратиться за помощью.

Обращает на себя внимание плохое знание врачами (ортопедами, рентгенологами) клиники опухолевого процесса и первичных изменений кости на рентгенограммах (больные направляются в специализированные учреждения, когда клинически определяется выраженная опухоль, быстро растущая под воздействием физиопроцедур, не реагирующая на медикаментозное лечение; на рентгенограммах к этому времени определяется деструкция костной ткани соответственно нозологической форме опухоли).

Этим объясняется то, что к онкоортопеду чаще поступают с III стадией развития опухолевого процесса, очень редко — со II стадией. Поэтому только у трети больных произведена органосохраняющая операция, примерно у половины из них такая операция осуществлена по их настоянию (больным предлагалась ампутация в связи с III стадией опухолевого процесса).

Агрессивность опухоли и стадия ее развития определяли выживаемость больных после проведения сохранной операции. Так, у больных с различными видами опухолей осуществлена операция эндопротезирования. Через 8 месяцев после эндопротезирования дефекта бедренной кости (миелома) диагностирован продолженный рост опухоли. Осуществлена ампутация бедра. Причиной осложнения следует считать нерадикальность операции. После операции больная проходила курс лечения в гематологической клинике. Нами наблюдалась 2 года.

Рецидивы (продолженный рост) у остальных 7 больных установлены через 1–1,5 года после эндопротезирования по поводу ЗГФЦ (4 больных), фибросаркомы (2), синовиальной саркомы (1). Всем осуществлена ампутация или экзартикуляция конечности. После операции 6 больных мы наблюдали в течение года, один больной живет 11 лет.

7 пациентов живут более 6 лет после сохранных операций, о трех сведений нет в связи с их перенесением на новое место жительства. Оперированные в последние 2 года (4 больных) живы и находятся под нашим наблюдением.

Таблица 3. Зависимость способа лечения от нозологической формы опухоли

| Способ лечения | Нозологическая форма опухоли | | | | | | | | | Всего | |
|-----------------------------------|------------------------------|--------------|--------------|----------------|---------------|------|--------------|--------------|-------------|-------|----|
| | Миелома (плазмоцитома) | Лимфосаркома | Фибросаркома | Синов. саркома | Саркома Юинга | ЗФГЦ | Нейросаркома | Ангиосаркома | Липосаркома | | |
| Однополюсное эндопротезирование | 6 | — | 1 | 2 | 1 | 3 | — | — | — | — | 13 |
| Субхондральное эндопротезирование | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Тотальное эндопротезирование | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Резекция опухоли | 2 | 3 | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 8 |
| Остеосинтез | 2 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 3 |
| Операция Тихова — Линберга | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 |
| Ампутация, экзартикуляция | 1 | — | 7 | 1 | — | 3 | — | 2 | — | — | 14 |
| Гемипельвэктомия | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | 1 |
| Консервативное лечение | 13 | 8 | — | 6 | 9 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 43 |
| Отказ от лечения | 2 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | 5 |
| Итого | 26 | 14 | 11 | 10 | 10 | 8 | 4 | 4 | 1 | 2 | 90 |

Выводы

Таким образом, несмотря на редкость описанных опухолей костей, следует помнить о возможности их развития. Своевременная диагностика позволяет сохранить или продлить жизнь, восстановить трудоспособность или улучшить качество жизни.

Список литературы

1. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Амираланов Р.Т., Синюков П.А. Опухоли костей. — М.: Медицина, 1986. — 304 с.
2. Бабоша В.А., Гребенюк Ю.А., Солоницын Е.А. Хирургическое лечение патологических переломов длинных костей конечностей на фоне метастазов гипернеф-

роидного рака почки // Травма. — 2011. — Т. 12, № 1. — С. 104-109.

3. Лучевая терапия злокачественных опухолей: Руководство для врачей / Под ред. Е.С. Киселевой. — М.: Медицина, 1996. — 464 с.
4. Химиотерапия опухолевых заболеваний: Краткое руководство / Под ред. Н.И. Переводчиковой. — М.: Медицина, 2000. — 392 с.
5. Spencer S.J., Holt G., Clarke J.V., Mohammed A., Leach W.J., Roberts J.L. Locked intramedullary nailing of symptomatic metastases in the humerus // J. Bone Joint Surg. Br. — 2010. — 92 (1). — 142-145.

Получено 12.01.13 □

Гребенюк Ю.А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Донецький науково-дослідний інститут травматології
і ортопедії

ЗЛОЯКІСНІ ПЕРВИННІ ПУХЛИНИ КІСТОК, ЩО РІДКО ЗУСТРІЧАЮТЬСЯ

Резюме. У статті узагальнено досвід власних спостережень злюякісних первинних пухлин людини, що рідко зустрічається, надано детальний опис клінічної картини, алгоритму діагностики й лікування маловідомих пухлин, проаналізовано віддалені результати лікування, а також розкриті фактори, що впливають на результат лікування.

Ключові слова: злюякісні пухlinи, саркоми, стадія пухлинного процесу.

Grebenyuk Yu.A.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Donetsk R&D Institute of Traumatology and Orthopedics,
Donetsk, Ukraine

PRIMARY RARE MALIGNANT BONE TUMORS

Summary. The article summarizes the experience of own observations of the primary rare malignant tumors of human, a detailed description of clinical presentation, diagnostic algorithm and treatment of rare tumors is given, long-term results of treatment were analyzed, factors that affect treatment outcome are revealed.

Key words: malignant tumors, sarcoma, cancer staging.