

УДК: 616.71-006-089

Г.А.Серикбаев, А.К.Косаев, Д.А. Тулеуова,
Ж.О.Мауленов, Е.Е.Сармурзаев, Г.С.Ахметова, Е.И.Юн
Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии

Органосохраняющие операций при опухолях трубчатых костей

Аннотация. Проблема лечения первичных злокачественных и доброкачественных опухолей костей представляется чрезвычайно актуальной. Так в Казахстане в 2007 году средний стандартизованный показатель частоты заболеваемости злокачественными опухолями костей и суставного хряща был равен 1,3 на 100 тыс. населения..

Цель работы - Расширить показания к сохранным операциям, путём выбора адекватного варианта трансплантации для реконструкции обширных послеоперационных дефектов.

За период с 2006 по 2009 годы в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено органосохраняющие хирургические вмешательства 49 больным с различными гистологическими типами опухолей.

Ключевые слова: опухоли костей, органосохраняющая операция.

Актуальность

Проблема лечения первичных злокачественных и доброкачественных опухолей костей представляется чрезвычайно актуальной. Так в Казахстане в 2007 году средний стандартизованный показатель частоты заболеваемости злокачественными опухолями костей и суставного хряща был равен 1,3 на 100 тыс. населения /1/.

В настоящее время для лечения этой патологии применяются хирургический, лучевой и лекарственный методы, а также их комбинации. Хирургическое лечение перешло сегодня в качественно новое состояние – от калечащих операций к органосохраняющим.

В равной мере общий результат лечения больного с патологией скелета определяют адекватная хирургическая тактика и адекватное замещение дефекта. На сегодняшний день для этого применяются аллотрансплантация костей, аутотрансплантация костей, в том числе с использованием васкуляризированных трансплантатов, и эндопротезирование.

Цель работы - Расширить показания к сохранным операциям, путём выбора адекватного варианта трансплантации для реконструкции обширных послеоперационных дефектов.

Данный анализ затрагивает два периода: первый с 2006 по 2009гг; второй с 2010 по ноябрь 2012 гг.

За период с 2006 по 2009 годы в отделении опухолей костей и мягких тканей КазНИИОиР проведено органосохраняющие хирургические вмешательства 49 больным с различными гистологическими типами опухолей.

Таблица 1 - Распределение больных по назологиям

№	Назология	Количество (%)	Пол	
			м (%)	ж (%)
1	Остеогенная саркома	2 (4,1)	1	1
2	Злокачественная гистиоцитома	2 (4,1)	1	1
3	Гигантоклеточная опухоль	44 (89,7)	19	25
4	Фиброзная дисплазия	1 (2,0)		1
5	Всего	49 (100)	21 (42,8)	28 (57,1)

Таблица 2 - Локализация опухоли

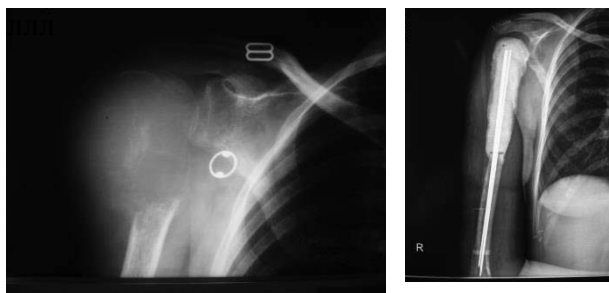
№	Локализация опухоли	Количество (%)
1	Плечевая кость	3 (6,1)
2	Бедренная кость	15 (30,6)
3	Большеберцовая кость	20 (40,8)
4	Малоберцовая кость	2 (4,1)
5	Лучевая кость	9 (18,4)
6	Всего	49 (100)

У двух больных с остеогенной саркомой в/3 плечевой кости, после верификации диагноза, проведено 3 курса полихимиотерапии, при этом получен хороший терапевтический эффект. Учитывая, что в настоящее время нет возможности установить плечевой эндопротез, произведена операция резекция в/3 плечевой кости с пластикой костным цементом и спицами Киршнера. Идентичная операция выполнена при гигантоклеточной опухоли (фото 1).

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Функция плечевого сустава не в полном объеме.

При рецидивных гигантоклеточных опухолях лучевой кости, когда есть вероятность озлокачествления опухоли, мы применяем резекцию лучевой кости с пластикой костным цементом (фото 2).

По поводу опухолей в/3 бедра (злокачественной гистиоцитомы, гигантоклеточной опухоли и фиброзной дисплазии с патологическим переломом) произведена резекция в/3 бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава онкологическим эндопротезом (МАТИ-ЦИТО 2 больным, ЭСИ 1 больному). С диагнозом гигантоклеточная опухоль н/3 бедренной кости в 1 случае произведена резекция н/3 бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава онкологическим эндопротезом МАТИ-ЦИТО (фото 3).



А Б
Рисунок 1 - Гигантоклеточная опухоль в/3 плечевой кости до (А) и после резекции (Б)



А Б
Рисунок 2 – Рецидив гигантоклеточной опухоли лучевой кости (А) и резекция ее с пластикой костным цементом и спицами (Б)



Рисунок 3 - Фиброзная дисплазия в/3 бедренной кости. Патологический перелом. Резекция в/3 бедренной кости с эндопротезированием т/б сустава



Рисунок 4 - ГКО таранной кости

После экскохлеации, криообработки и пластики костным цементом

При гигантоклеточной опухоли таранной кости выполняется операция экскохлеация опухоли, криообработкой полости и заполнением полости костным цементом. В данном клиническом случае диагностировано тотальное поражение таранной кости. Во время операции был оставлен наружный корковый слой и полное замещение таранной кости костным цементом /фото 4/.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. Активизация больных на 6 сутки.

Виды проведенных оперативных вмешательств отражены в таблице 3.

Таблица 3 - Виды проведенных оперативных вмешательств

Вид операции	Кол-во
Резекция бедренной кости с эндопротезированием тазобедренного сустава	3
Резекция бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава	1
Резекция плечевой кости с пластикой костным цементом, металлостесинтезом	4
Резекция лучевой кости с пластикой костным цементом, металлостесинтезом	2
Экскохлеация, криообработка, пластика костным цементом	39



Рисунок 5 -Резекция дистального метадиафиза бедренной кости – 14



Рисунок 6 - Резекция проксимального метадиафиза большеберцовой кости – 10



Рисунок 7 - Резекция проксимального метадиафиза бедренной кости – 8



Рисунок 8 - Резекция проксимального метадиафиза плечевой кости - 5



Рисунок 9 - Резекция бедренной кости с тотальным протезированием бедренной кости - 2



Рисунок 10 -Резекция тазовой кости – тип II-III с эндопротезированием тазобедренного сустава - 2

В период с 2010 по ноябрь 2012 в отделении стало широко применяться эндопротезирование крупных суставов. По поводу доброкачественных, злокачественных и вторичных (МТС) опухолей костей прошли лечение 89 больных, таблица 4.

Таблица 4 – Злокачественные опухоли костей и количество больных

№	Назология	Кол-во (%)	Пол	
			м (%)	ж (%)
1	Остеогенная саркома	9 (10,1)	6	4
2	Злокачественная гистиоцитома	2 (2,2)	1	1
3	Хондросаркома	11 (12,3)	9	7
4	Синовиальная саркома	1 (1,1)	1	-
5	МТС в кость	6 (6,7)		
6	Гигантоклеточная опухоль	60 (67,4)	28	32
7	Всего	89	45 (42,8)	44 (57,1)

Всем 29 (32,5%) больным со злокачественными опухолями и 12 (13,4%) больным с гигантоклеточной опухолью произведена резекция кости с эндопротезированием сустава. Экскохлеация опухоли с пластикой гидроксилапатитом кальция выполнена 48 (53,9%) пациентам.

Виды операций представлены на фото 5,6,7,8,9,10.

Морфологическая структура опухолей представлена в таблице 5.

Таблица 5 - Морфологическая структура опухолей

Эндо-протезы	Морфологическая структура опухоли						Всего
	Хондро саркома	Остео саркома	Злок. ГКО	Злокач Фиброз гистиоц	ГКО	МТС	
Плечевой	1	2			2		5
Тазо-бедренный	4	2		1	3		10
Коленный	2	12	2	2	4	2	24
Тотальный бедренный		2					2
ВСЕГО	7	18	2	3	9	2	41

В послеоперационном периоде после установки плечевых, тазобедренных и тотальных эндопротезов осложнений не возникало. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Непосредственные результаты протезирования коленного сустава представлены в таблице 6.

Таблица 6– Непосредственные результаты протезирования коленного сустава

Эндопротез	Резецированный компонент	кол-во	Осложнения %
Коленный	Дистальный бедренный	14	2 (14,3)
	Проксимальный большеберцовой	10	2 (20,0)
Всего		24	4 (16,6)

В 3-х случаях основной причиной стали инфекционные осложнения и некоторые технические сложности во время операции, из-за большого мягкотканного компонента опухоли. Реэндопротезирование произведено 2 пациентам, и в одном случае эндопротез был удален.

Во 1-ом случае отмечена нестабильность ножки эндопротеза, произведено реэндопротезирование.

Выводы:

Эндопротезирование и различные виды пластики, как альтернатива ампутации, - метод выбора при замещении пострезекционных дефектов суставных концов трубчатых костей.

Для уменьшения количества осложнений необходим тщательный отбор больных, правильное планирование предоперационного и послеоперационного периода, применение антибиотиков последнего поколения,

подготовленность хирургической бригады.

Улучшение качества жизни больного, результат максимально возможного восстановления функции конечности в ранние сроки после оперативного вмешательства.

Список литературы

1. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д. и др. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2011 год (статистические материалы). - Алматы, 2012. - 97с.
2. Алиев М.Д. Эндопротезирование как основа онкоортопедии // Поволжский онкологический вестник. - 2012. - №2. - С. -14.
3. Алиев М.Д. Инфекционные осложнения эндопротезирования суставов у онкологических больных. Саркомы костей и мягких тканей // Научно-практ. журнал Восточно-Европейской группы по изучению сарком. - 2011. - №1. - С. -3.
4. Соколовский В.А. с соавт. Резэндопротезирование при нестабильности онкологических эндопротезов. Саркомы костей и мягких тканей // Научно-практ. журнал Восточно-Европейской группы по изучению сарком. - 2012. - №1. - С. 25.
5. Трапезников Н.Н., Алиев Б.М., Юрьева Т.В. // Вопр. онкол. - 1992. - № 11. - С. 20-24.
6. Шугабейкер П.Х., Малауэр М.М. Хирургия сарком мягких тканей и костей / Перевод с английского, под редакцией Чиссова Н.Н. - М.: Медицина, 1996.
7. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Адекватная хирургия опухолей конечностей. - М.: Реальное Время, 2001. - 168 с.
8. Алиев М.Д., Соколовский В.А., Дмитриева Н.В. и др. Осложнения при эндопротезировании больных с опухолями костей // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. - 2003. - №2 (доп.1). - С. 35-39.
9. Клинические рекомендации ESMO, 2004
10. Клинические рекомендации ASKO, 2006

Тұжырым

Г.А.Серикбаев, А.К.Косаева, Д.А.Түлеуова,
Ж.О.Мауленов, Е.Е.Сармурзаев, Г.С.Ахметов, Е.И.Юн
Қазақтың онкология және радиология ғылыми-
зерттеу институті

Түтікті сүйек ісігіндегі ағза сақтаушы операция

Сүйектерде кездесетін біріншілік қатерсіз және қатерлі ісіктерді емдеу өте маңызды мәселе болып

табылады. Қазақстанда 2007 жылғы орта стандартты көрсеткіш бойынша 100 мың тұрғынға шаққанда, сүйек және буын шеміршектерінде кездесетін қатерлі түзілімдердің ауыршаңдылық жиілігі 0,8 ге сай келді.

Қазіргі таңда бұл патологиялық үрдісті емдеуде хирургиялық іс-шара, сәуле және дәрілік әдістер немесе оларды кешенді түрде қолданылады.

Хирургиялық ем қазіргі таңда сапалы жаңа жағдайға бет алды, яғни кесіп алып тастатын іс-шарадан ағзаны сақтап қалушы хирургиялық іс-шараға көшуі.

2006жыл мен 2008 жылдар аралығында ҚазО және РҒЗИ сүйек және жұмсақ тіндер ісігі бөлімінде ісіктің әртүрлі гистологиялық түрімен 49 науқасқа ағзаны сақтап қалушы хирургиялық іс-шара жасалды.

Түйінді сөздер: түтікті сүйек ісігі, ағза сақтаушы операция.

Summary

G.A.Serikbaev, A.K.Kossayev, D.A.Tuleuova,
Z.O.Maulenov, E.E.Sarmurzaev, G.S.Akhmetova, E.I.Yun
Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology
Sparing surgery for tumors of tubular bones

The problem of treatment of bones primary malignant and good-quality tumours is represented extremely actual. So in 2007 the average standardized morbidity rate of bones and an articulate cartilage malignant tumours was equal in Kazakhstan 0,8 on 100 thousand population.

Now surgical, radiation and medicinal methods, and also their combinations are applied to treatment of this pathology. Surgical treatment has passed today in qualitatively new condition – from crippling operations to organ preservation.

From 2006 for 2008 in department of bones and soft tissue tumours of KazCRIO&R it is spent organ preservation surgical interventions of 49 patients with various histologic types of tumours.

Keywords: tumor of long bones, organ surgery.