

Ачилов М.Т., Каримова М.Н., Кучкаров Р.А., Турсунов О.М., Гофуров С.Д.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНОСОХРАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность проблемы: первичные опухоли костей встречаются сравнительно редко и составляют 1-4% в общей структуре всех онкологических заболеваний человека, но по тяжести патологии это один из трудных в диагностическом и лечебном плане разделов клинической онкологии (5). На долю остеогенной саркомы приходится около 60% от всех первично-злокачественных опухолей скелета.

Ежегодно в Узбекистане регистрируются около 230-250 больных с остеогенной саркомой. Особые трудности в лечении возникают при остеогенной саркоме, которая характеризуется агрессивным течением, ранним гематогенным метастазированием и неблагоприятным прогнозом. Большинство больных, преимущественно детского и юношеского возраста, погибают в первые два года после лечения от гематогенного метастазирования, в основном в легкие. Остеосаркома обладает огромной тенденцией к развитию гематогенных метастазов. К моменту установления диагноза 10-20% пациентов уже имеют макрометастазы в легких, выявляемые рентгенологически. Но уже около 80% пациентов к моменту установления диагноза имеют микрометастазы в легких, не выявляемые рентгенологически и при компьютерной томографии (5).

На сегодняшний день предложено много видов хирургического лечения при помощи различных реконструктивных операций с применением ауто-трансплантатов, аллотрансплантатов и эндопротезов. Но, несмотря на значительные успехи в комплексном и комбинированном лечении остеогенной саркомы смертность и инвалидность остается на высоком уровне.

Длительное время методом лечения при опухолях проксимального отдела бедренной кости являлась радикальная операция, экзартикуляция бедра, что приводило к значительной инвалидизации пациента. (2). В последующем при поражении проксимального отдела бедренной кости производились различные реконструктивные операции: резекция пораженного сегмента бедренной кости с последующим артродезированием сустава, применялись костно-суставные аллографты.

С появлением биоэнергетных материалов и их сплавов стало возможным изготовление и использование эндопротезов для замещения пострезекционных дефектов бедра. Достоинством метода явля-

ется одномоментная компенсация массивных костных дефектов при сохранении движений в суставе, что обеспечивает хорошее восстановление функции и более высокий уровень качества жизни больного (1). К наиболее часто используемым онкологическим эндопротезам отнесены эндопротезы К.М.Сиваша. Таким образом, поиск и разработка методов целенаправленной терапии остеогенной саркомой на сегодняшний день остается весьма актуальной проблемой.

Цель исследования: увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0 с помощью выбора оптимальной и адекватной тактики хирургического лечения.

Задачи: изучить частоту послеоперационных осложнений в зависимости от вида оперативного вмешательства у больных остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0.

Изучить частоту рецидивов и отдаленных метастазов в зависимости от вида оперативного вмешательства у больных остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0.

В сравнительном аспекте определить 3 летнюю выживаемость после оперативных вмешательств в виде ампутации верхней трети бедра и резекции дистального отдела бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава у больных остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0.

Материалы и методы исследования: в основу настоящей работы положены клинические наблюдения отделения общей онкологии, Республиканского онкологического научного центра МЗ РУз. и Самаркандского областного онкологического диспансера за 30 (n) больными остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0 в периоде от 1996 по 2007гг., которым произведены органосохранные (резекция дистального отдела бедренной кости с замещением дефекта эндопротезом коленного сустава) и калечащие оперативные вмешательства. Больные разделены на две группы.

I группу составили 15 больных которым произведена калечащая операция – ампутация верхней трети бедра по поводу остеогенной саркомы дистального отдела бедренной кости T2N0M0.

Во II группу включены 15 больных, которым произведена органосохранная операция – резекция

Таблица 1. Распределение больных по группам

Лечение	Ампутация	Эндопротезирование
Группа	I группа	II группа
Количество больных	(n=15)	(n=15)

дистального отдела бедренной кости с эндопротезированием коленного сустава (таблица №1). Все больные этой группы также были с диагнозом остеогенная саркома дистального отдела бедренной кости T2N0M0.

Возраст больных колебался от 16 до 43 лет, среднем составил - 26 лет. Отмечено преобладание больных от 16 до 25 лет. Степень местной распространенности определяли с помощью стандартной рентгенографии, КТ и МРТ. Для уточнения стадии использовали рентгенографию органов грудной клетки (наличие отдаленных метастазов в легкие). У всех больных клинико-рентгенологический диагноз остеогенной саркомы был подтвержден данным морфологического метода исследования.

Протяженность поражения опухолью дистального отдела бедренной кости составила от 8 до 15 см.

Больным обеих групп до оперативного вмешательства проведено 4-6 курсов неоадьювантной (предоперационной) химиотерапии по схеме САР циклофосфан 400-600 мг/м², доксорубин 90 мг/м² в течение 72 часов в виде регионарной (внутриартериальной) химиотерапии цисплатин 100-120 мг/м² внутривенно в течение 4-х часов на фоне гипергидратации и форсированного диуреза.

После операции проводились 5-6 ежемесячных курсов адьювантной (послеоперационной) химиотерапии.

Изучение частоты рецидива и отдаленных метастазов: У 2 (13.3%) больных после калечащей операции в послеоперационном периоде на фоне проведенной адьювантной химиотерапии по схеме САР отмечен рецидив опухоли в сроке от 5 до 7 месяцев. Общим больным произведена повторная операция и в дальнейшем рецидив опухоли не отмечался.

В группе больных, которым произведена органосохранная операция, продолженный рост опухоли отмечался у 1 (6.65%) больного через 2 месяца

Таблица 2. Частота рецидивов и метастазов в исследуемых группах

Группа	I группа	II группа
Метастазы	5(33.3%)	4 (26.6%)
Рецидив	2 (13.3%)	1 (6.65%)

после операции на фоне проводимой адьювантной химиотерапии. Больному произведена ампутация конечности.

Отдаленные метастазы (таблица №2) в легкие наблюдались у 5 (33.3%) больных в I группе и у 4 (26.6%) больных во II группе наблюдения. Срок появления отдаленных метастазов составил от 2 до 16 месяцев после операции. В среднем 5 месяца. Всем больным с метастазами в легкие проведена химиотерапия от 6 до 9 курсов по первой и второй линии. Хирургическое вмешательство не произведено. Больные погибли от прогрессирования метастазов в течении 1.3 года.

Анализ 3-х летней выживаемости. Показатель 3-х летней выживаемости после ампутации нижней конечности составил 66.7% (n=10), а после эндопротезирования – 73.4% (n=11).

Выводы : сравнительный анализ показал, что после ампутации рецидив опухоли отмечался у 13.3% больных, а после эндопротезирования коленного сустава - 73.4%. Отдаленные метастазы (у всех больных в легкие) после калечащей операции отмечались у 33.3% больных и у 26.6% больных после органосохранной операции.

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения показали, что показатели 3-х летней выживаемости после ампутации нижней конечности составили 66.7%, а после эндопротезирования коленного сустава – 73.4%.

Заключение: эндопротезирование коленного сустава при остеогенной саркоме дистального отдела бедренной кости T2N0M0 является методом выбора при опухолях длинных трубчатых костей в зоне суставного поражения. Широкое применение органосохранных оперативных вмешательств у больных остеогенной саркомой дистального отдела бедренной кости T2N0M0 в практике онкологических учреждений позволит уменьшить количество больных с калечащими операциями.

Проведение органосохранной операции у больных остеогенной саркомой, в значительной мере улучшает качество жизни и позволяет им вести активный образ жизни.

Использованная литература:

1. Давыдов М.И. и др. Энциклопедия клинической онкологии. ,2004- С.127-205
2. Тюляндин С.А.и др. Практическая онкология: избранные лекции., 2003- С.27-32
3. Давыдов М.И., Опухоли костей. Энциклопедия клинической онкологии ., 2004.- С. 326-335
4. Трапезников Н.Н.,Алиев М.Д, Соловьев Ю.Н.. Современные подходы и перспективы в лечении остеосаркомы: Материалы 3 Ежегодной Российской Онкологической Конференции. - Санкт-Петербург, 1999. - С. 118 .
5. Трапезников Н.Н., Алиев М.Д., Горбунова В.А.. Современные взгляды на проблему лечения остеосаркомы конечностей: Материалы 5 Всероссийского съезда онкологов. - Казань, 2000. - том 1, С. 398-400.