

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З МНОЖИННОЮ МІЕЛОМОЮ

Солоніцин Є.О.¹, Проценко В.В.¹, Чорний В.С.²

¹ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”,

² Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України Київ, Україна

Вступ Множинна мієлома (плазмоцитома) – пухлина, яка складається з плазматичних клітин кісткового мозку та відноситься до парапротеїнемічних лейкозів, високого ступеня злоякісності, характеризується множинними вогнищами остеоліза в кістках та ураженням внутрішніх органів. Кісткові зміни проявляються крім остеоліза, остеопорозом, гіперкальціемією та патологічними переломами. В Україні захворюваність множинною мієломою складає 2,4 випадки на 100 тисяч населення в рік. Характерною особливістю мієломної хвороби є те, що клітини пухлини продукують патологічний білок – парапротеїн. Множинна мієлома характеризується рецидивуючим перебігом, причому досягнення ремісії при рецидиві захворювання має певні складності, тому при лікуванні плазмоцитоми необхідне застосування комплексної терапії з включенням в схему нових хіміопрепаратів або аутологічної трансплантація клітин кісткового мозку.

Мета Проаналізувати ефективність результатів комплексного лікування пацієнтів з множинною мієломою, при застосуванні хірургічного методу лікування.

Матеріали та методи Проведено лікування 15 пацієнтів (6 чоловіків та 9 жінок) з множинною мієломою у яких спостерігався патологічний злам або була загроза патологічного зламу кістки. Середній вік хворих склав $62 \pm 1,2$ роки (від 39 до 86 років). Локалізація ураження в кістках була наступною: плечова кістка - 7 (46,7%), стегнова кістка - 5 (33,3%), великогомілкова кістка - 2 (13,3%), ліктьова кістка - 1 (6,7%). Пацієнтам виконані наступні хірургічні втручання: накістковий металоостеосинтез - 6 (40%) пацієнтам (у 3 з застосуванням поліметилметакрилату), блокуючий інтрамедулярний остеосинтез - 4 (26,7 %), позавогнищевий остеосинтез апаратами зовнішньої фіксації - 3 (20%), ендопротезування кульшового суглоба - 1 (6,7%), ендопротезування колінного суглоба - 1 (6,7%). В 76 передопераційному та післяопераційному пацієнтам призначались бісфосфонати (золендроновна кислота, паміфос або паміредін) довготривало. Хворим проводилися курси поліхіміотерапії за схемами: АВ/СМ або VMCP/VBAP. Всі пацієнти отримали променеву терапію на вогнища ураження в сумарній осередковій дозі СОД 30-40 Грей. Після досягнення ремісії хвороби пацієнти отримували підтримуючу хіміотерапію Бортезомібом та Леналідомідом. Функціональний результат прооперованої кінцівки оцінювали за шкалою MSTS. Якість життя пацієнтів визначали за шкалою R.G.Watkins. Вживаність пацієнтів спостерігали за кривою Kaplan-Mayer.

Результати Післяопераційні ускладнення виявлені у 1 (6,7%) пацієнта (перелом металофіксатора). Рецидиви пухлини спостерігалися у 2 (13,3%) пацієнтів. Функціональний результат прооперованої кінцівки за шкалою MSTS склав: плечова кістка - 82%, стегнова кістка - 77%, великогомілкова кістка - 87%, ліктьова кістка - 90%. Якість життя пацієнтів покращилася з 30 до 86 балів. Медіана виживаності пацієнтів за кривою Kaplan-Mayer склала 4 роки у порівнянні з 1-2 роками при відсутності комплексного підходу до лікування.

Висновки

1. Застосування хірургічного методу лікування в комплексному лікуванні множинної мієломи призвело до відновлення функції кінцівки, поліпшення якості життя та покращання виживаності пацієнтів.

2. Вживаність хворих залежала від стадії захворювання та чутливості пухлини до поліхіміотерапії.