ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧНИХ ПУХЛИНАХ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК КІНЦІВОК

Проценко В.В.[1], Волков В.О.[2], Соболевський Ю.Л.[2], Кухарук А.С.[2]

[1]ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України"
[2]Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України
Київ, Україна

Ключові слова: *метастатична пухлина, хірургічні втручання, трубчасті кістки*

Вступ. Метастазування солідних пухлин у кістки та розвиток вторинних метастатичних пухлин відбуваються порівняно часто - у кожного 2 - 5-го хворого протягом перших 3 років, рідше через 10, 20 і навіть 25 років після віддаленої первинної пухлини. Метастази в кістки, як правило, супроводжуються тривалим болем, який виснажує пацієнта, і призводить до значного погіршення життя. Біль та інші ускладнення, спричинені метастатичним ураженням кісток, можуть значно обмежувати функцію різних органів, призводять до розвитку переломів кісток та є несприятливим прогностичним фактором. Зростання частоти ураження кісток спостерігається із збільшенням розмірів первинної пухлини. Впровадження в онкологічну практику комплексного лікування (хірургічні методи, поліхіміотерапія, променева терапія, гормонотерапія, імунотерапія, бісфосфонати) хворих з метастатичними пухлинами кісток дозволило зменшити больовий синдром та покращити якість життя хворих. На даний час в онкоортопедії хірургічні методи лікування метастатичних пухлин кісток представлені ендопротезуванням, інтрамедулярним та кістковим остеосинтезом, кюретажем пухлини з використанням кісткового цементу, черезкістковим позавогнищевим остеосинтезом. В даній роботі ми наводимо результати хірургічного лікування пацієнтів з метастатичними пухлинами кісток.

Мета дослідження. Показати сучасні можливості хірургічного лікування метастазів у кістки.

Матеріали та методи. Хірургічне лікування з приводу метастатичних пухлин трубчастих кісток в схемах комплексного лікування отримали 79 пацієнтів. Вибір оптимального методу хірургічного лікування при метастатичному ураженні трубчастої кістки кінцівки був обумовлений локалізацією та протяжністю процесу в

кістці, наявністю або відсутністю м'якотканинного компонента (за даними КТ і МРТ) пухлини, гістологічною диференцировкою пухлини, наявністю і давністю патологічного перелому, чутливістю пухлини до специфічної терапії.

Сегментарні резекції кістки з ендопротезуванням виконані у 25 пацієнтів. Гістологічний тип первинної пухлини – рак нирки (9), рак молочної залози (8), анонімний рак (3), рак легені (2), рак передміхурової залози (1), рак кишківника (1), рак щитоподібної залози (1). Відповідно до локалізації метастатичного ураження виконано ендопротезування кульшового суглоба у 15 пацієнтів, діафіза стегнової та плечової кістки – 4, ліктьового суглоба – 3, плечового суглоба – 2, колінного суглоба – 1.

Армований металоостеосинтез виконано у 23 пацієнтів. Гістологічний тип первинної пухлини – рак нирки (9), рак молочної залози (6), рак легені (4), рак передміхурової залози (1), рак яєчника (1), рак кишківника (1), рак щитоподібної залози (1). Метастатичні вогнища локалізувалися: стегнова кістка (14), плечова кістка (7), великогомілкова кістка (1), променева кістка (1).

Черезкістковий позавогнищевий остеосинтез застосовано у 31 пацієнта. Гістологічний тип пухлини – рак нирки (13), рак молочної залози (9), мієломна хвороба (5), рак легені (3), рак передміхурової залози (1). Метастатичні вогнища локалізувалися: проксимальний відділ стегнової кістки (12), діафіз стегнової кістки (11), діафіз плечової кістки (6), діафіз великогомілкової кістки (2).

Після проведеного хірургічного етапу лікування хворі в системі комплексного лікування отримували поліхіміотерапію, гормонотерапію, імунотерапію, бісфосфонати та променеву терапію.

Функціональний результат прооперованої кінцівки розраховувався за шкалою MSTS (Musculo - Sceletal Tumor Staging /System/). Оцінку болі в місці метастатичного ураження до лікування та після проведенного лікування проводилась згідно опитування за шкалою R.G. Watkins. Оцінку якості життя хворих, яким проведено хірургічне лікування проводили згідно опитування за системою EORTC QLQ-C30 (шкала балів від 0 до 4). Виживаність пацієнтів визначали за методом Каплана-Мейєра.

Результати. Післяопераційні ускладнення становили 6,3 %, рецидиви пухлини 11,4 %. Померли 15 пацієнтів за рахунок прогресування пухлинного процесу. 7 хворим, у яких не спостерігалося консолідації патологічного перелому, після застосування черезкіст-

кового остеосинтезу та променевої терапії, було виконано металоостеосинтез блокуючим стрижнем у 4 пацієнтів та резекція кістки з ендопротезуванням у 3 пацієнтів.

Функціональні результати кінцівки оцінені у 64 хворих. Відмінні результати отримані у 18 (28,1%) пацієнтів, добрі у 31 (48,4%), задовільні у 15 (23,4%). Функціональний результат прооперованої кінцівки (за шкалою MSTS) після ендопротезування склав: від 78,6 % до 90,2 %, після армованого металоостеосинтезу: від 72 % до 85 %, після застосування черезкісткового позавогнищевого остеосинтезу стрижневим апаратом зовнішньої фіксації: від 66,3 % до 74,2 %.

Ступінь больового синдрому (за шкалою R.G. Watkins) після застосування апаратів зовнішньої фіксації зменшилась з 90 % до 20 %, після армованого остеосинтезу з 86 % до 18 %, після ендопротезування з 92 % до 10 %.

Якість життя хворих (за системою EORTC QLQ - C30), після ендопротезування покращилася з 34 до 80 балів, після армованого остеосинтезу з 32 до 70 балів, після черезкісткового позавогнищевого остеосинтезу з 36 до 64 балів.

Трирічна загальна виживаність пацієнтів склала (46,4±6,5) %, п'ятирічна - 30,2±8,7%.

Висновки. Ендопротезування та армований металоостеосинтез – основні методи хірургічного лікування, що використовуються в лікуванні метастатичних пухлин кісток.

Черезкістковий позавогнищевий остеосинтез може бути як допоміжним, так і самостійним методом лікування даної патології.