

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ.

Гребенюк Ю.А.

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького, г.Донецк, Украина

Целью исследования явился анализ причин неудовлетворительных исходов лечения злокачественных опухолей длинных костей.

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 онкоортопедии. Опухоли пояса верхней конечности и длинных ее костей в структуре таковых опорнодвигательного аппарата составляют 21%. Заболеваемость у нас в стране в 2012 году составила 3,9 на 100 тысяч населения, а смертность соответственно 2,5. Анализ стандартизованных показателей показывает, что существенной их динамики за последние пять лет не произошло. Так одногодичная летальность составляет 39,4% всех впервые зарегистрированных случаев, морфологически диагноз удается верифицировать только у 80% больных. Такие высокие показатели летальности объяснимы тем, что только у 10,8% больных при первичном обращении к нам была выставлена I-II стадии заболевания, а у 70,3% впервые обратившихся за медицинской помощью, диагноз не был установлен вовсе. При профилактических осмотрах в 2012 году было выявлено только 7,9% больных с указанной патологией. Значительный интерес представляет также показатель охвата больных специальным лечением. В Донецкой области он составляет порядка 65%. Причем хирургическое лечение получают 33% пациентов, комбинированное и комплексное соответственно немногим больше 30%.

Рассматривая локализацию опухоли в длинной кости, нужно сделать заключение о тенденции роста опухоли преимущественно проксимально в плечевой, бедренной и костях голени, и дистально – в костях предплечья. Эта закономерность должна определять подходы к выбору способа хирургического лечения с учетом принципов зональности и футлярности. Основным видом лечения (75,6 %) у нас явилась органосохраняющая операция с последующей химио- и (или) лучевой терапией. При этом степень агрессивности опухоли, подтвержденная гистологически, определяла объем удаляемых тканей и границы резекции опухолевого очага. Запущенные случаи болезни при наличии отдаленных метастазов или в терминальных стадиях развития первичного очага склоняли выбор в пользу симптоматического лечения (16,9 %) или калечащей операции (7,5 %).

Частота неудовлетворительных результатов составила от 16 до 50% в зависимости от нозологической формы. Причинами их явились поздняя выявляемость заболевания, неадекватная оценка степени агрессивности опухолевого процесса, пренебрежение принципами онкоортопедии.

Резюме. Обобщен опыт хирургического лечения опухолей длинных костей. Причинами неудовлетворительных результатов, частота которых по нозологиям колеблется от 16 до 50%, явились поздняя выявляемость, неправильная оценка степени агрессивности опухоли, дефекты оперативной техники.

Summary. Experience of surgical treatment of tumours of long bones is generalized. Reasons of unsatisfactory results frequency of which on nosologies hesitates from 16 to 50% were errors of diagnostics, wrong estimation of degree of aggressiveness of tumour, defects of operative technique.