

УДК 616.718.4-006.6-079

БАБОША В.А., ЮТОВЕЦ Ю.Г., ХАЙСАМ ФАРДЕХ, ЧИРАХ Е.С., ВЛАСЕНКО Е.С.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ И ИХ ДИАГНОСТИКА

Резюме. Распознавание злокачественной опухоли кости представляет трудную задачу для любого врача. Цель нашего исследования — показать динамику злокачественного опухолевого процесса в дистальном отделе бедренной кости. В клиническом течении большинства злокачественных опухолей дистального отдела бедренной кости прослеживается два периода. Первый — спокойное течение, которое может продолжаться три месяца и более. Он характеризуется умеренным болевым синдромом, постепенно увеличивающимся отеком нижней трети бедра, синхронно с увеличением пальпируемого опухолевидного образования. Вторым периодом — резкое по времени и силе увеличение боли, которая нарастает изо дня в день, одновременный рост опухоли с быстрым нарушением функции конечности. Таким образом, клиническое течение злокачественных опухолей дистального отдела бедренной кости может быть бурным с первых дней заболевания или состоять из двух периодов (бурного и латентного). Это в определенной степени определяется нозологической формой опухоли.

Ключевые слова: опухоль, дистальный отдел, клиническая группа, период.

Распознавание злокачественной опухоли кости представляет трудную задачу для любого врача, впервые встречающего больного [2]. Поэтому, как указывал А.А. Корж (1979), больной, прежде чем попасть к онкоортопеду, проходит курс ненужных обследований, ненужного, часто вредного лечения [1]. За последние десятилетия ситуация с диагностикой злокачественных опухолей костей не улучшилась. До 80 % больных к специалисту попадают при III–IV стадии развития опухолевого процесса (Махсон с соавт., 2005). Этим объясняется то, что половина из них умирает в течение первого года.

В настоящее время нет скрининговых тестов для первичных сарком кости [2]. Диагноз устанавливается на основании клинических данных, инструментальных методов исследования, которые подтверждаются исследованием биопсийного материала. Это позволяет сформулировать правильный диагноз только в 80 % случаев (Григоровский В.В. с соавт., 2001; Соловьев Ю.Н., 2006). Однако и они для проведения эффективного лечения оказываются запоздалыми [3, 4].

Цель нашего исследования — показать динамику злокачественного опухолевого процесса в дистальном отделе бедренной кости, учет особенностей которой позволит улучшить раннюю диагностику этой патологии.

Материалы и методы

Мы лечили 80 больных в возрасте от 13 до 75 лет со злокачественными опухолями дистального отдела бедренной кости. Среди них мужчин было 39 (48,75 %), женщин — 41 (51,25 %). Лиц молодого возраста, до 30 лет, было большинство — 52,5 %, среди них юношей до 18 лет — 61,9 %.

Нозологическая форма определялась путем исследования биопсийного материала, взятого до операции, и операционного материала. Установлено, что остеогенная саркома имела место у 31 больного, хондросаркома — у 9, злокачественная гигантоклеточная опухоль (ЗГКО) — у 8, фибросаркома — у 8, злокачественная фиброзная гистиоцитома (ЗФГЦ) — у 7, синовиальная саркома — у 2, по одному случаю — липосаркома, лимфосаркома, саркома Юинга, миелома, мезенхимомы.

Для характеристики опухолевого процесса, определения стадии его развития использовали клиническую классификацию злокачественных опухолей (TNM, 2010) и классификацию Всемирной организации здравоохранения (2002) степени злокачественности опухоли (G1–4). Распространение опухоли в дистальном отделе бедра (кость и мягкие ткани) определяли по W.F. Enneking (1980) с уточнениями А.Н. Махсон (1994), данные уточнения в основном касались группы T2. IA стадия имела место в одном случае (ЗГКО), IB — 9, IIA — 16, IIB — 44, III — 2, IVA — 4, IVB — 3; T — стадия распространения: II — 18, III — 59, IV — 3; G — система злокачественности: 2-я — 5, 3–4-я — 75; M — метастазы при поступлении: M₀ — 73, M_a — 4, M_b — 3.

Все больные разделены на 3 группы, которые отличались временем от начала заболевания и обращением за медицинской помощью (онкоортопедической), характе-

© Бабоша В.А., Ютовец Ю.Г., Хайсам Фардех, Чирах Е.С.,
Власенко Е.С., 2013

© «Травма», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

ром развития опухолевого процесса, общим состоянием (табл. 1). Для этого всем больным осуществлена рентгенография дистального отдела бедра и коленного сустава в 2 проекциях, при необходимости (уточнения процесса, степени его распространения в кости и мягких тканях) проводили компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Для выявления отдаленных метастазов исследовали легкие (рентгенография), внутренние органы (УЗИ), кости и другие ткани — скintiграфия.

Результаты и обсуждение

Анализ материала показал, что дистальный отдел бедренной кости наиболее часто (38,75 %) поражается остеогенной саркомой, в четыре и более раза реже встречаются остальные опухоли (табл. 1). Данные табл. 1 свидетельствуют об очень позднем обращении больных за специализированной помощью. Только 12 % осмотрены онкоортопедом в первые три месяца, 33,75 % — в последующие 4–6 месяцев, а 51,25 % — через полгода и более. Причина такого положения в диагностике кроется в недостаточном знании врачами первого звена (поликлиники) онкологической симптоматики поражения опухолями костей, а также невнимательном отношении больных к своему здоровью.

Все больные при появлении боли вначале лечились дома, затем в поликлинике, где без контрольной рентгенографии назначались физиотерапевтические процедуры, введение обезболивающих и противовоспалительных препаратов. И только при отсутствии эффекта в лечении осуществляли рентгенографию, на которой выявлялись изменения дистального отдела бедренной кости, после чего больные направляли на консультацию в онкологическое, онкоортопедическое учреждение.

Клиническое течение злокачественной опухоли дистального отдела бедренной кости разнообразно. В одних случаях, составляющих примерно 15 %, боль появляется внезапно, среди полного здоровья. Она усиливается с каждым днем, беспокоит не только днем при физической нагрузке на конечность, но и в покое, ночью. Появившись в одном месте нижней трети бедра, быстро распространяется на всю конечность, нарушая ее функцию. Местные изменения в виде отека, пастозности, опухолевидного (пальпи-

руемого) образования в одних случаях определяются через неделю-две, а в других — через месяц и более. Опухоль увеличивается с каждым днем. Именно такая клиника заставляет обратиться к врачу, так как предпринятые лечебные процедуры не дали эффекта, а даже усилили рост опухоли. Больные с такой клинической картиной составили I клиническую группу: с остеогенной саркомой — 5, ЗФГЦ — 3, ангио-, липо-, лимфосаркомы, мезенхимомы. Обращает на себя внимание, что остеогенная саркома у больных первой группы имела место в 16,1 % всех остеогенных сарком, тогда как ЗФГЦ проявила себя в данный период в 42,8 % всех злокачественных фиброзных гистиоцитом.

В клиническом течении большинства злокачественных опухолей дистального отдела бедренной кости прослеживается два периода. Первый — спокойное течение, которое может продолжаться три месяца и более. Он характеризуется умеренным болевым синдромом, постепенно увеличивающимся отеком нижней трети бедра, синхронно с увеличением пальпируемого опухолевидного образования. Второй период — резкое по времени и силе увеличение боли, которая нарастает изо дня в день, одновременный рост опухоли с быстрым нарушением функции конечности, иными словами, он четко повторяет клиническое течение опухоли в первой группе больных.

Гистологическое исследование опухолей во всех трех группах, проведенное в стадии бурной клинической картины, показало низко- или недифференцированную злокачественную опухоль. И только у пяти больных третьей клинической группы опухоль была среднедифференцированной.

У больных первой клинической группы метастазы в отдаленные органы определялись ко 2–3-му месяцу с момента заболевания, чего не наблюдалось во второй и третьей клинических группах. Там метастазы проявляли себя через шесть и более месяцев.

Интенсивность клинического развития опухоли отличалась в зависимости от ее нозологической формы. Так, в первой клинической группе отсутствовали больные со злокачественной гигантоклеточной опухолью, фибросаркомой, паростальной саркомой, синовиальной саркомой, хондросаркомой.

Таблица 1. Распределение больных по клиническим группам и нозологической форме опухоли

Опухоли	Клиническая группа			Всего
	I, до 3 месяцев	II, 4–6 месяцев	III, > 6 месяцев	
Остеогенная саркома	5	17	9	31
Хондросаркома	–	1	8	9
ЗГКО	–	3	5	8
Фибросаркома	–	2	6	8
ЗФГЦ	3	2	2	7
Синовиальная саркома	–	1	5	6
Паростальная саркома	–	–	4	4
Ангиосаркома	1	–	1	2
Саркома Юинга	–	1	–	1
Липосаркома	1	–	–	1
Лимфосаркома	1	–	–	1
Миелома	–	–	1	1
Мезенхимомы	1	–	–	1
Итого (%)	12 (15)	27 (33,75)	41 (51,25)	80 (100)

Во второй клинической группе преобладала остеогенная саркома — 53,8 % всех остеогенных сарком, ЗГКО — 37,5 % всех ЗГКО. В этот период указанные опухоли разрушали не только кость на значительном протяжении с осложнением патологическим переломом ее, но и прорастали мягкие ткани вплоть до кожи.

Такие опухоли, как ЗФГЦ (1), фибросаркома (1), при относительно спокойном клиническом течении заставили больных обратиться за медицинской помощью ввиду наступившего перелома кости.

У больных третьей клинической группы латентный период составлял от 7 до 12 месяцев. Наличие опухолевидного образования, отсутствие эффекта от самостоятельного лечения привели больных к врачу. Четверым из них проведена операция — внутрисуставная резекция иссечения опухоли доброкачественного характера (гистологическое исследование операционного материала не проводилось), остальные больные лечились по поводу «деформирующего артроза», «синовиита», «повреждения связок», «болевого синдрома», «периартрита», «воспалительного процесса» области коленного сустава.

Двое больных оперированы дважды по поводу мягкотканной опухоли в области коленного сустава. Гистологическое исследование операционного материала после второй операции и рецидива установило синовиальную саркому. Одна больная подверглась трем операциям по поводу остеохондромы с неизменным рецидивом. Гистологическое исследование показало паростальную саркому средней степени злокачественности.

Такое клиническое течение (длительный латентный период) оказалось характерным для хондросаркомы, фибросаркомы, ЗГКО, синовиальной и паростальной сарком. Исследование опухоли показало ее большие размеры с про-

растанием кожи у троих больных, вовлечение сосудистого (бедренного) пучка в опухоль — у 4, седалищного нерва — у 2.

Следует отметить, что и второй период клинического течения у больных был менее выраженным, чем у пациентов I и II групп. Боль ноющего характера беспокоила постоянно, вплоть до патологического перелома, который наступил у 7 больных.

Выводы

Таким образом, клиническое течение злокачественных опухолей дистального отдела бедренной кости может быть бурным с первых дней заболевания или состоять из двух периодов (бурного и латентного). Это в определенной степени определяется нозологической формой опухоли.

Учет особенностей клинического течения позволит сократить сроки правильной диагностики и проведения эффективного лечения.

Список литературы

1. Корж А.А. Комплексное лечение опухолей костей / Под общ. ред. А.А. Корж. — К.: Здоровья, 1979. — 224 с.
2. Махсон А.Н., Брандт Н.Б., Алексеев С.Г. и др. Новые возможности и перспективы ранней диагностики злокачественных опухолей // Материалы IX Российского онкологического конгресса. — М., 2005. — С. 11-13.
3. Григоровский В.В., Кризь-Пугач А.П., Лучко Р.В. и др. Гигантоклеточные пролиферативные поражения костей // Ортопедия, травматология и протезирование. — 2001. — № 1. — С. 120-127.
4. Соловьев Ю.Н. Новые нозологические формы в классификации опухолей костей // Архив патологии. — 1998. — Т. 60, № 4. — С. 57-61.

Получено 30.05.13 □

Бабоша В.О., Ютовець Ю.Г., Хайсам Фардех, Чирах Е.С., Власенко М.А.
Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Babosha V.A., Yutovets Yu.G., Haysam Fardekh, Chirakh Ye.S., Vlasenko Ye.S.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky,
Donetsk, Ukraine

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ДИСТАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ТА ЇХ ДІАГНОСТИКА

Резюме. Розпізнавання злоякісної пухлини кістки представляє важку задачу для будь-якого лікаря. Мета нашого дослідження — показати динаміку злоякісного пухлинного процесу в дистальному відділі стегнової кістки. У клінічному перебігу більшості злоякісних пухлин дистального відділу стегнової кістки простежується два періоди. Перший — спокійний перебіг, що може тривати три і більше місяці. Він характеризується помірним больовим синдромом, поступово збільшується набряк нижньої третини стегна, синхронно зі збільшенням пухлиноподібного утворення, що пальпується. Другий період — різке за часом і силою збільшення болю, що зростає з дня у день, одночасне зростання пухлини зі швидким порушенням функції кінцівки. Таким чином, клінічний перебіг злоякісних пухлин дистального відділу стегнової кістки може бути бурливим з перших днів захворювання або складатися з двох періодів (бурливого і латентного). Це певною мірою визначається нозологічною формою пухлини.

Ключові слова: пухлина стегна, дистальний відділ, клінічна група, період.

FEATURES OF CLINICAL PICTURE OF MALIGNANT TUMORS OF THE DISTAL FEMUR AND THEIR DIAGNOSIS

Summary. Detection of malignant bone tumor is a difficult task for any doctor. The objective of our study — to show the dynamics of malignant neoplastic process in the distal femur. In the clinical course of the majority of the malignant tumors of distal femur two periods are observed. The first one — a steady course, which can last for three months or more. It is characterized by moderate pain syndrome, gradually increasing swelling of the lower third of the femur, synchronously with the growth of palpable tumor formation. Second period — sharp in the time and the power increase in the pain, which is increasing day by day, simultaneous growth of the tumor with the rapid limb dysfunction. Thus, the clinical course of the distal femur malignant tumors can be rapid since the early days of the disease, or consist of two periods (rapid and latent). This is to some extent determined by the shape of the tumor etiology.

Key words: tumor, distal part, clinical group, period.