

В «МНЖ», № 8, 2012 года была опубликована моя работа о паранеопластических поражениях нервной системы. Акцентировано внимание клиницистов на том факте, что органный рак дебютирует неврологическими жалобами и симптомами. В статье наших коллег ортопедов-травматологов, опубликованной в журнале «Травма», № 4, 2011 года, приводятся данные о метастатических процессах в костях скелета, которые имитируют болевой синдром в суставах, бедрах, позвоночнике и т.д. Данная работа будет полезна и для неврологов. Статья печатается с разрешения авторов.

Профессор С.К. ЕВТУШЕНКО

УДК 616.71-006.04-033.2-085

КЛИМОВИЦКИЙ В.Г., БАБОША В.А., ГРЕБЕНЮК Ю.А., СОЛОНИЦЫН Е.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецкий научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ГРУПП БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Резюме. Проблема лечения опухолей костей в последнее десятилетие приобрела масштабы государственной. Часто такие больные требуют оперативного лечения. Важным является сохранение конечности и ее функции, продление жизни больного. Для решения этих задач необходимо определить лечебную тактику по отношению к каждому конкретному случаю. В статье предложена рабочая классификация клинических групп больных с метастатическими поражениями длинных костей конечностей. Это позволило выбрать правильную лечебную тактику, сократить сроки от момента поступления больного в отделение до начала лечения, косвенно давать прогноз лечения данной категории больных.

Ключевые слова: метастатическое поражение длинных костей, клинические группы, лечебная тактика.

Проблема лечения опухолей костей в последнее десятилетие приобрела масштабы государственной. К ней проявляют интерес, кроме онкоортопедов, представители и других медицинских специальностей — биологи, химики, физики, биомеханики. Среди злокачественных опухолей костей почти третью часть составляют метастазы рака других органов (легких, желудка, почек, предстательной железы и др.). Частота метастазирования в кости скелета составляет 10–15 % [1, 2]. Метастазы в кости расцениваются как IV степень опухолевого процесса, поэтому основная задача онкоортопеда заключается в повышении качества жизни больного.

Хирургическое вмешательство у больных с метастазами рака в кости преследует несколько целей, но наиболее важным в данный момент является устранение болевого синдрома. Постоянные боли при метастатических поражениях костей не всегда удается купировать анальгетиками, седативными средствами, морфином. Кроме того, продолжительное применение этих средств приводит к привыканию, нередко они выявляют побочное, ослож-

няющее общее состояние, действие. Хирургическое удаление опухолевого очага в кости позволяет с успехом и на продолжительный срок избавить больного от страданий. Боли могут вызываться не только деструктивным процессом в самой кости, но и влиянием на сосуды, нервные стволы и другие органы опухоли, которая постоянно растет. Поэтому хирургическое удаление опухолевого очага (метастаза) может быть единственным эффективным средством снятия боли [3].

Важным является сохранение конечности и ее функции, продление жизни больного и др. Для решения этих задач необходимо определить лечебную тактику по отношению к каждому конкретному случаю.

Цель: разработка рабочей классификации клинических групп больных с метастатическим поражением конечностей.

Мы наблюдали 207 пациентов с метастатическими поражениями длинных костей конечностей, которые лечились в отделении костной онкологии, среди них 91 мужчина и 116 женщин в возрасте от 18 до 82 лет. Источ-

ники метастазов представлены в табл. 1. Более половины (62,8 %) метастазов исходили из молочной железы, почек, предстательной железы.

Метастазы главным образом поражали проксимальную часть бедренной и плечевой кости, диафизы большеберцовой и костей предплечья (табл. 2). Метастазы распространяются преимущественно по оси длинной кости, что отображает особенности распределения красного костного мозга.

В наших наблюдениях метастазы были солитарными, множественными и в комбинациях с метастазами в другие сегменты скелета и внутренние органы.

На основании локализации, характера развития нами была разработана рабочая классификация метастатического поражения длинных костей скелета. Квалифицирующими признаками при ее создании явились такие клинические проявления заболевания, как наличие или отсутствие первичного очага, количество костных метастазов, наличие патологического перелома. От комбинации перечисленных клинических проявлений зависел планируемый комплекс лечебных мероприятий (табл. 3).

К первой группе мы отнесли пациентов с диссеминацией опухолевого процесса с наличием множественных метастазов в кости скелета и внутренние органы. Основным видом лечения этой категории больных была консервативная химиолучевая терапия. Десяти пациентам этой группы были проведены паллиативные стабилизирующие операции на пораженном сегменте опорнодвигательного аппарата: чрескостный остеосинтез, интрамедуллярный блокирующий остеосинтез.

Вторая группа больных представлена пациентами с солитарным метастазом в длинную кость конечности с клинически выявленным первичным очагом опухолевого роста. Очередность лечебных мероприятий в этом случае была определена наличием или отсутствием патологического перелома в месте развивающегося метастаза. При отсутствии такового на первом этапе лечения

Таблица 1. Распределение пациентов с метастатическими поражениями костей по нозологическим формам

Локализация опухоли	Количество больных	
	Абс. число	%
Молочная железа	52	25,1
Почки	46	22,3
Предстательная железа	32	15,5
Щитовидная железа	27	13,0
Яичники	22	10,6
Легкие	19	9,2
Желудок	9	4,4
ИТОГО	207	100,0

пациентам предлагался курс химиолучевого лечения и удаление первичного очага заболевания. Второй этап предполагал ортопедическое хирургическое пособие. При патологическом переломе пораженного сегмента опорнодвигательного аппарата в первую очередь осуществляли стабилизирующую перелом длинной кости операцию, затем — удаление первичного очага.

Третья клиническая группа представлена пациентами с метастатическими метастазами в длинные кости скелета. Как правило, это больные, которые раньше получили курс комбинированного лечения по поводу верифицированной злокачественной опухоли внутренних органов и с развившимся солитарным метастазом в отдаленном периоде. Методом выбора в данной группе больных была органосохраняющая ортопедическая операция с курсом химиолучевого лечения в послеоперационном периоде.

В группе больных с невыявленным первичным очагом заболевания ортопедическому этапу лечения пред-

Таблица 2. Особенности метастатического поражения длинных костей конечностей

Локализация метастазов	Частота поражений	
	Абс. число	%
Бедренная кость	64	30,9
Плечевая кость	56	27,0
Кости голени	62	25,2
Кости предплечья	35	16,9
ИТОГО	207	100,0

Таблица 4. Распределение больных с метастатическим поражением длинных костей конечностей по сформированным клиническим группам

	Мужчины	Женщины	Всего
1-я группа	7	11	18
2-я группа	38	46	84
3-я группа	24	33	57
4-я группа	22	26	48
ВСЕГО	91	116	207

Таблица 3. Рабочая классификация распределения больных с метастатическими поражениями по клиническим группам в зависимости от клинической картины

Первая группа	Вторая группа		Третья группа	Четвертая группа
Больные с множественными метастазами, в том числе в жизненно важные органы и системы	Больные с синхронными солитарными метастазами в длинные кости конечностей		Больные с метастатическими метастазами в длинные кости конечностей	Больные с солитарными метастазами в длинные кости конечностей без выявленного первичного очага
	С патологическим переломом	Без патологического перелома		

шествовала діагностическа біопсія. В дальнейшем такие пациенты наблюдались в динамике у онколога по месту жительства. Количественная характеристика каждой из выделенных клинических групп представлена в табл. 4.

Практическое значение предложенной классификации:

- 1) клинические группы распределения больных позволяют выбрать правильную лечебную тактику;
- 2) сократить сроки от момента поступления больного в отделение до начала лечения;
- 3) косвенно указывают на прогноз лечения данной категории больных.

Клімовицький В.Г., Бабоша В.О., Гребенюк Ю.О., Солоніцин Є.О.
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького
Донецький науково-дослідний інститут травматології
й ортопедії

РОБОЧА КЛАСИФІКАЦІЯ КЛІНІЧНИХ ГРУП ХВОРИХ ІЗ МЕТАСТАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК

Резюме. Проблема лікування пухлин кісток в останні десятиліття набула масштабів державної. Часто такі хворі потребують оперативного лікування. Важливим є збереження кінцівки і її функції, подовження життя хворого. Для вирішення цих завдань необхідно визначити лікувальну тактику стосовно кожного конкретного випадку. У статті запропонована робоча класифікація клінічних груп хворих із метастатичними ураженнями довгих кісток кінцівок. Це дозволило обрати правильну лікувальну тактику, скоротити строки від моменту надходження хворого у відділення до початку лікування, побічно давати прогноз лікування даної категорії хворих.

Ключові слова: метастатичне ураження довгих кісток, клінічні групи, лікувальна тактика.

Список литературы

1. Трапезников Н.Н., Еремина Л.А., Амирасланов Р.Т., Синоков П.А. *Опухоли костей*. — М.: Медицина, 1986. — 304 с.
2. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. *Хирургия при метастатических опухолях костей*. — 2002. — С. 54-79.
3. Бабоша В.А. *Ортопедическое лечение опухолей костей конечностей // Травма*. — 2004. — Т. 5, № 2. — С. 224-234.
4. Алиев М.Д., Тепляков В.В., Соколовский В.А. и др. *Органосохраняющие методы хирургического лечения метастазов рака почки при поражении длинных трубчатых костей // Онкоурология*. — 2006. — № 1. — С. 12-16.
5. Бур'янов О.А., Проценко В.В., Касем Менсіа, Чорний В.С. *Наш досвід лікування хворих з метастатичним ураженням кісток // Травма*. — 2011. — Т. 12, № 2. — С. 112-114.

Получено 19.10.11 □

Klimovitsky V.G., Babosha V.A., Grebenyuk Yu.A., Solonitsyn Ye.A.
Donetsk National Medical University named after M. Gorky
Donetsk Research Institute of Traumatology and Orthopedics,
Donetsk, Ukraine

WORKING CLASSIFICATION OF CLINICAL GROUP OF PATIENTS WITH METASTATIC LESIONS OF LONG LIMB BONES

Summary. The problem of treatment of bone tumors in recent decades became the state one. Often these patients require surgical treatment. It is important to spare the limb and its function, prolongation of patient's life. To solve these problems it's necessary to determine treatment policy in each particular case. The paper proposed a working classification of clinical groups of patients with metastatic lesions of long limb bones. This allowed us to select the correct treatment policy, to reduce the time from admission of the patient to the department prior to initiation of treatment, to give prognosis of such patients' treatment indirectly.

Key words: metastatic lesion of long bones, clinical groups, therapeutic approach.