

Солоницын Е.А.¹, Климовицкий Ф.В.², Проценко В.В.²

¹Киевская городская клиническая больница № 1, г. Киев, Украина

²Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета МЗ Украины, г. Лиман, Украина

³ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины», г. Киев, Украина

Метастазы анонимного рака в длинные кости конечностей: подходы к обследованию и лечению

Резюме. В статье сообщается о результатах обследования и лечения 50 пациентов с метастазами анонимного рака в кости. Больным проводилось комплексное обследование: рентгенография очага поражения в кости; рентгенография и компьютерная томография органов грудной полости; ультразвуковое исследование, компьютерная или магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; остеосцинтиграфия; компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга; позитронно-эмиссионная томография. С целью верификации процесса выполнена открытая или трепанобиопсия метастатического очага в кости. Лечебная тактика определялась с учетом общего состояния больного, локализации метастазов, распространенности опухолевого процесса, морфологического строения метастатической опухоли, предполагаемой локализации первичного очага. У 41 пациента с множественными метастазами при тяжелом общем состоянии и отказе больных от оперативного вмешательства осуществляли иммобилизацию пораженной конечности гипсовой повязкой. У 6 пациентов с относительно удовлетворительным общим состоянием выполнены органосохраняющие операции. У 3 больных выполнены калечащие (ампутация и экзартикуляция конечности) операции. После проведенных диагностических, консервативных и хирургических мероприятий все больные продолжили комплексное (полихимиотерапия, лучевая терапия, бисфосфонаты) или симптоматическое лечение. Выбор схемы полихимиотерапии у пациентов с метастазами анонимного рака определялся гистологическим типом опухоли. В результате проведенного лечения установлено, что средняя продолжительность жизни пациентов с метастазами анонимного рака, получавших комплексное лечение, выше, чем у лиц, лечение которых ограничилось симптоматической терапией.

Ключевые слова: метастазы анонимного рака; метастатическое поражение костей; обследование; лечение

Введение

Диагностика и лечение больных с метастазами анонимного рака (МАР) или так называемой карциномы с неопределенным первичным очагом, на долю которых приходится 0,5–15 % больных с впервые зарегистрированным диагнозом злокачественного новообразования, являются нерешенной проблемой на сегодняшний день [1, 6, 9].

МАР — особое клинико-патологическое состояние, которое определяется наличием метастатических

очагов, и нет возможности выявить первичный очаг с помощью современных диагностических методов. Это состояние определяется только гистологическим исследованием опухоли, гистологический тип которой не совпадает с известными типами опухолей органа, из которого был взят материал для исследования [8, 9]. Сложности диагностики у пациентов с МАР, а также неудовлетворительные результаты лечения вызывают у большинства онкологов пессимизм в отношении данной группы больных [8]. Пациенты с МАР имеют

плохой прогноз, средняя продолжительность их жизни обычно составляет 5–6 месяцев, а уровень общей 5-летней выживаемости не превышает 10 % [1, 8, 9].

Клинические проявления у больных с МАР зависят от того, какие органы поражаются метастатическим процессом, но у большинства больных могут отмечаться симптомы астенизации, слабости, повышенной утомляемости, потеря веса и другие общие симптомы [6, 8, 9, 11]. Большую роль в обследовании таких больных играет тщательно собранный анамнез, особенно при проведении в прошлом каких-либо оперативных вмешательств, последние требуют морфологической верификации. Проведение компьютерной или магнитно-резонансной томографии достаточно часто позволяет определиться с диагнозом и внести соответствующие коррективы в тактику лечения [2, 9]. Лабораторные исследования должны начинаться с клинического анализа крови, определения уровня электролитов, проведения печеночных и почечных проб, а также обязательным является определение концентрации кальция, альбумина и фосфатов [2, 9]. При наличии жалоб на боль в костях или изменениях уровня кальция и/или щелочной фосфатазы в сыворотке крови необходимо проведение остеосцинтиграфии [2, 9, 11]. При наличии поражения костей, особенно при обнаружении аденокарциномы, необходимы проведение маммографии у женщин и исследование предстательной железы у мужчин [2, 8, 9].

Безусловно, большую роль в обследовании этих больных играет морфологическое исследование, при наличии возможностей предпочтение следует отдавать инцизионной биопсии или трепан-биопсии. Применение иммуногистохимических, цитогенетических исследований и др. иногда позволяет точно определить гистологический тип опухоли, например выявить лимфому, меланому или герминогенные опухоли [9].

По мнению J.D. Hainsworth, определение локализации первичного очага положительно влияет на про-

должительность и качество жизни пациента только в случаях, когда опухоль чувствительна к соответствующей терапии [11].

Рекомендации по лечению больных с МАР достаточно противоречивы. При наличии висцеральных очагов или поражении лимфатических узлов рекомендуется применение полихимиотерапии (ПХТ), преимущественно на основе препаратов платины. Например, при наличии высоко- или умеренно дифференцированной аденокарциномы комбинация карбоплатина, паклитаксела и эпопозида позволяет достичь регрессии у 40 % больных [3, 14]. При наличии недифференцированных опухолей предпочтение следует отдавать схемам на базе цисплатина [5, 10, 11]. В последние годы стали чаще применять схемы с таксанами и гемцитабином, что привело к повышению показателей выживаемости больных [7, 8, 12, 13].

В литературе имеются сообщения, что при наличии метастатических костных очагов анонимного рака рекомендуется проведение хирургического вмешательства при угрозе/наличии перелома или лучевой терапии (ЛТ) на очаги поражения [9]. В данной статье мы хотим сообщить о нашем опыте обследования и лечения пациентов с метастатическим поражением костей при МАР.

Материалы и методы

В клинических отделах НИИТО ДонНМУ проведено обследование и лечение 50 больных с метастатическим поражением длинных костей конечностей при метастазах анонимного рака. В табл. 1 представлены количество больных и локализация метастаза в длинной кости конечности при МАР.

Несмотря на всестороннее обследование 50 больных, установить локализацию первичного злокачественного очага не удалось, из них 32 (64 %) пациента обратились за медицинской помощью только после наступившего патологического перелома. В табл. 2 представлены сроки диагностики метастаза аноним-

Таблица 1. Количество больных и локализация метастаза в длинной кости конечности при МАР

Локализация первичной опухоли	Локализация метастатического очага								Всего	
	Плечевая кость		Кости предплечья		Бедренная кость		Кости голени			
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Метастаз анонимного рака	15	30,0	2	4,0	28	56,0	5	10,0	50	100

Таблица 2. Сроки диагностики метастаза анонимного рака в длинной кости конечности, в том числе с патологическим переломом

Первоисточник опухолевого процесса	Срок (месяцы/годы)											Итого
	1 м.	2 м.	3 м.	4 м.	5–6 м.	7–11 м.	12 м.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л. и >	
МАР/патологический перелом	13/11	10/5	12/6	8/6	4/2	–	1/0	1/1	–	1/1	–	50 (100 %)/ 32 (64 %)
	43 (86 %)/28 (56 %)				4 (8 %)/2 (4 %)		3 (6 %)/2 (4 %)					

ного рака в довгій кістці кінцівки, в тому числі с патологічним переломом.

Больним проводилось комплексне обстеження: рентгенографія очага ураження в кістці; рентгенографія і комп'ютерна томографія органів грудної клітки; ультразвукове дослідження, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія органів брюшної порожнини, забрюшинного простору і малого таза; остеосцинтиграфія; комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія головного мозку; позитронно-емісійна томографія.

Всім 50 пацієнтам з метою верифікації процесу виконана відкрита або трепанобіопсія метастатичного очага в кістці. Установлен гістогенез пухли: у 29 (58 %) пацієнтів — залізняк, у 15 (30 %) — плоскоклітинний, у 6 (12 %) — низкодиференційований.

Лікарська тактика визначалась нами в першу чергу з урахуванням загального стану хворого, локалізації метастазів, поширеності пухливого процесу, морфологічного будови метастатичної пухли, передбачуваної локалізації первинного очага.

При обстеженні пацієнтів з МАР багаточисельні метастази в кістці і висцеральні органи відзначені у 41 (82 %) хворого. У пацієнтів з багаточисельними метастазами при важкому загальному стані і їх відмові від оперативного втручання здійснювали іммобілізацію ураженої метастазом кінцівки гіпсовою пов'язкою.

У 6 (12 %) хворих з відносно задовільним загальним станом виконані органозберігаючі операції: у 4 (8 %) — сегментарна резекція метастатичного очага довгій кістці з заміщенням утвореного дефекта металлополімерною вставкою, у 1 (2 %) — однопольове ендопротезування дефекта проксимального відділу плечової кістки металлополімерним ендопротезом, у 1 (2 %) — металлоостеосинтез патологічного перелому бедренної кістки блокуючим інтрамедулярним стержнем.

У 1 (2 %) хворого змушені були виконати ампутацію кінцівки на рівні середньої треті бедра, у 1 (2 %) — ексартікуляцію верхньої кінцівки, у 1 (2 %) — нижньої кінцівки. Причинами видалення кінцівки в двох випадках були виражений болевий синдром і наполегливе вимога хворих, в одному — розпадаюча пухль з ураженням м'яких тканин і небезпекою профузного кровотечення.

Після проведених діагностичних, консервативних і хірургічних заходів всі хворі продовжили комплексне (поліхіміотерапія, лічуща терапія, бисфосфонати) або симптоматичне лікування.

Вибір схеми поліхіміотерапії здійснювався нами з урахуванням гістологічного типу пухли.

15 пацієнтам при метастазі анонімного плоскоклітинного рака ПХТ проводилась по схемам: CF (цісплатин 100 мг/м² внутрішньовенно (в/в) в 1-й день, фторурацил 1000 мг/м² (24-годинна інфузія в 1–4-й дні),

схему повторили кожні 3 тижні), або МВР (метотрексат 40 мг/м² внутрим'язцево (в/м) в 1-й і 15-й дні, блеомицин 10 мг/м² в/м в 1, 8 і 15-й дні, цісплатин 50 мг/м² в/в в 4-й день, схему повторили кожні 3 тижні), або GP (гемцитабин 1000 мг/м² в/в в 1, 8 і 15-й дні, цісплатин 50 мг/м² в/в в 1-й день, схему повторили кожні 3 тижні).

29 пацієнтам при метастазі анонімного залізного рака і 6 пацієнтам при метастазі анонімного низкодиференційованого рака ПХТ проводилась по схемам: ВЕР (блеомицин 30 мг внутрішньовенно або в/м 1 раз в тиждень на протязі 12 тижнів, етопозид 100 мг/м² в/в на протязі 5 днів, цісплатин 20 мг/м² в/в на протязі 5 днів, схему повторили кожні 3 тижні), або ЕР (етопозид 120 мг/м² в/в в 1, 3, 5-й дні, цісплатин 80 мг/м² в/в в 1-й день, схему повторили кожні 3 тижні), або РСЕ (паклітаксел 175 мг/м² в/в в 1-й день, карбоплатин АУС 6 мг/м² в/в в 1-й день, етопозид 50–100 мг перорально на протязі 10 днів, схему повторили кожні 3 тижні), або ДМ (доксорубіцин 50 мг/м² в/в в 1-й і 22-й дні, мітомицин 10 мг/м² в/в в 1-й день, схему повторили кожні 42 дні).

Всім пацієнтам проводилось лікування бисфосфонатами. Пацієнтам вводили в/в золендронову кислоту в дозі 4 мг в добу, або паміфос 90 мг в добу, або паміредин 90 мг в добу з інтервалом в 28 днів, проводили від 6 до 10 курсів.

ЛТ призначалась на очаг ураження в кістці при наявності вираженого болевого синдрому і небезпеці виникнення або наявності патологічного перелома. ЛТ проводилась на метастатичний очаг ураження в кістці разовою очаговою дозою 2–2,5 Грей до суммарної очагової дози 40–60 Грей.

В дальнішому пацієнти з метастазами анонімного рака в кістці скелета продовжили обстеження з метою виявлення первинної злоякісної пухли.

Продовжителісну життя визначалась методом Каплана — Мейера.

Результати

В результаті проведеного лікування 50 пацієнтів з МАР отримані наступні дані: у 20 пацієнтів з багаточисельними метастазами в кістці і висцеральні органи, які отримували симптоматичну терапію, середня тривалість життя склала $3,6 \pm 1,9$ місяця (95% ДІ 1,5–6,0 місяця). Середня тривалість життя 10 пацієнтів з багаточисельними метастазами в кістці і висцеральні органи, які отримували хіміотерапію і лічущу терапію, склала $11,4 \pm 2,5$ місяця (95% ДІ 8,2–14,1 місяця). Середня тривалість життя 11 пацієнтів з багаточисельними метастазами анонімної пухли в довгі кістки кінцівок, поєднаними з ураженням позвоника, отримували хіміолічущу лікування, склала $9,5 \pm 2,1$ місяця (95% ДІ 6,7–11,8 місяця). Середня тривалість життя 9 пацієнтів з багаточисельними метастазами анонімної пухли в довгі кістки кінцівок, у яких виконані

органосохраняющие и калечащие операции с последующим химиолучевым лечением, составила $13,0 \pm 3,1$ месяца (95% ДИ 6,9–19,1 месяца).

Приводим клиническое наблюдение. Больная В., 55 лет, доставлена в отделение НИИТО в связи с переломом левой бедренной кости (рис. 1а). Из анамнеза заболевания: боль в левом бедре беспокоила в течение года, но появилась вслед за болями в пояснице. Проводилось консервативное лечение распространенного остеохондроза позвоночника в поликлинике по месту жительства. Во время ходьбы оступилась и почувствовала хруст и резкую боль в левом бедре. При осмотре отмечались укорочение левого бедра и угловая деформация, выраженный отек мягких тканей. Пальпаторно определялись болезненность и патологическая подвижность в средней трети бедра. При рентгенографии выявлен перелом левой бедренной кости в средней трети, концы отломков на протяжении 2–4 см «изъедены», снижена плотность костной ткани — патологический перелом.

С целью уточнения диагноза больной выполнена трепанобиопсия кости в месте перелома, гистологически — железистый рак. При обследовании больной обнаружены метастазы в печень и легкие. Для стабилизации перелома бедренной кости произведен интрамедуллярный остеосинтез блокирующим стержнем (рис. 1б). Осуществлено дообследование больной на предмет поиска первоисточника опухоли, но, к сожалению, его обнаружить не удалось. Больной проведен курс ПХТ по схеме ЕР (этопозид, цисплатин), после снятия швов больная направлена для проведения курса ЛТ в онкодиспансер по месту жительства.

Следует отметить хорошую переносимость больными облучения, 12 пациентов отмечали жалобы на незначительную тошноту, несмотря на применение ондасетрона, что, возможно, связано с большим объемом облучения. Через 1–2 месяца после облучения у 15 (50 %) пациентов отмечалось уменьшение болей, у 10 (33,3 %) больных боли в месте поражения кости исчезли полностью, поэтому они отказались от применения обезболивающих средств. При рентгенологическом исследовании после облучения в динамике отмечено восстановление структуры кости, а в месте перелома — образование костной мозоли.

Обсуждение

По нашему мнению, обследование больных с метастазами анонимного рака должно включать такие этапы: предварительная дифференцировка и оценка общего состояния; оценка распространенности опухолевого поражения; получение материала для морфологического исследования, поиск первичного очага.

В перечень обязательных обследований при выявлении метастатических очагов в костях должны быть включены: рентгенография костей, рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки, остеосцинтиграфия, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-ре-

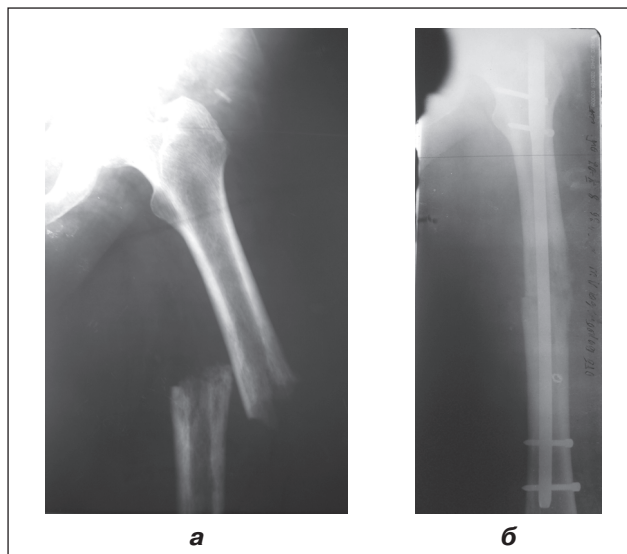


Рисунок 1. Фотоотпечатки рентгенограммы больной В.: а — патологический перелом левой бедренной кости на фоне метастаза анонимного рака; б — состояние после металлоостеосинтеза патологического перелома левой бедренной кости интрамедуллярным блокирующим стержнем

зонансная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга, открытая или трепанобиопсия очага поражения в кости, аспирационная биопсия или трепанобиопсия костного мозга с цитологическим, морфологическим, цитогенетическим, иммунофенотипичным исследованием материала.

Лечебная тактика у больных с метастазами анонимного рака в кости определяется индивидуально с учетом общего состояния, локализации и распространенности метастатического поражения, результатов морфологического исследования полученного материала из метастаза в кости, предполагаемой локализации первичного очага. При лечении больных с метастатическим поражением костей при метастазах анонимного рака в кости следует учитывать следующие моменты: лечение больных с метастазами анонимного рака в кости должно быть комплексным, в схемы терапии должны включаться бисфосфонаты.

С учетом полученных нами данных можно говорить о том, что средняя продолжительность жизни пациентов с метастазами анонимного рака, получавших комплексное лечение, выше, чем у лиц, лечение которых ограничилось симптоматической терапией.

Выводы

1. План обследования пациентов с метастазами анонимного рака в кости должен включать лишь те исследования, которые позволяют выявить первичный очаг на основании локализации метастазов и их предполагаемой морфологической принадлежности.

2. При метастазах анонимного рака в кістки лікування заключається в поєднанні поліхіміотерапії, бисфосфонатів і лучевого впливу на очаг ураження в кістки, а в випадках, коли це можливо, — в видаленні метастатичного очага.

3. У пацієнтів з дисемінованим процесом виявлення первинного очага, за рідким виключенням, не дозволяє надіятися на суттєве покращення результатів спеціального лікування.

4. Пацієнти з метастазами анонимного рака в кістки підлягають динамічному спостереженню, в процесі якого можливо виявлення первинної пухлини.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність будь-якого конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Комаров І.Г., Комов Д.В. *Метастази злоякісних пухлин без виявленого первинного очага.* — М.: Триада-Х, 2002. — 136 с.
2. *Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumors of unknown origin* / J.L. Abbruzzese, M.C. Abbruzzese, R. Lenzi et al. // *J. Clin. Oncol.* — 1995. — Vol. 13. — P. 2094-2103.
3. *Carcinoma of unknown primary site: treatment with 1-hour paclitaxel, carboplatin, and extended-schedule etoposide* / J.D. Hainsworth, J.B. Erland, L.A. Kalman et al. // *J. Clin. Oncol.* — 1997. — Vol. 15. — P. 2385-2393.
4. *Cervical lymph node metastases from unknown primary tumors* / C. Grau, L.V. Johansen, J. Jakobsen et al. // *Radiother. Oncol.* — 2000. — Vol. 55. — P. 121-129.
5. *Combined modality therapy with chemoradiation for squamous cell carcinoma of the head and neck from an occult primary* / S.M. Smith, A. Argiris, K. Stenson et al. // *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* — 2002. — Vol. 21. — P. 235.
6. *Diagnostic and therapeutic management of cancer of unknown primary* / N. Pavlidis, E. Briasoulis, J. Hainsworth

et al. // *Eur. J. Cancer.* — 2003. — Vol. 39. — P. 1990-2005.

7. *Gemcitabine, carboplatin, and paclitaxel for patients with carcinoma of unknown primary site: A Minnie Pearl Cancer Research Network study* / F.A. Greco, H.A. Burris, S. Lit-chy et al. // *J. Clin. Oncol.* — 2002. — Vol. 20. — P. 1651-1656.

8. *Gemcitabine and docetaxel as front-line chemotherapy in patients with carcinoma of an unknown primary site* / D. Pouessel, S. Culine, C. Becht et al. // *Cancer.* — 2004. — Vol. 100. — P. 1257-1261.

9. *Hainsworth J.D. Carcinoma of unknown primary site* / J.D. Hainsworth // *Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Medical, Surgical & Radiation Oncology.* Pazdur R., Coia L.R., Hoskins W.J., Wagman L.D. (eds.). — New York: Masson, 2002. — P. 947-978.

10. *Hainsworth J.D. Cisplatin-based combination chemotherapy in the treatment of poorly differentiated carcinoma and poorly differentiated adenocarcinoma of unknown primary site: results of a 12-year experience* / J.D. Hainsworth, D.H. Johnson, F.A. Greco // *J. Clin. Oncol.* — 1992. — Vol. 10. — P. 912-922.

11. *Hainsworth J.D. Treatment of patients with cancer of an unknown primary site* / J.D. Hainsworth, F.A. Greco // *N. Engl. J. Med.* — 1993. — Vol. 329. — P. 257-263.

12. *Schapira D.V. The need to consider survival, outcome, and expense when evaluating and treating patients with unknown primary carcinoma* / D.V. Schapira, A.R. Jarrett // *Arch. Intern. Med.* — 1995. — Vol. 155. — P. 2050-2054.

13. *Taxane-based chemotherapy for patients with carcinoma of unknown primary site* / F.A. Greco, J. Gray, H.A. Burris et al. // *Cancer J.* — 2001. — Vol. 7. — P. 203-212.

14. *Treatment of metastatic poorly differentiated neuroendocrine carcinoma with paclitaxel/carboplatin/etoposide: A Minnie Pearl Cancer Research Network phase II trial* / C.E. McKay, J.D. Hainsworth, H.A. Burris et al. // *Proc. Am. Soc. Clin. Oncol.* — 2002. — Vol. 21. — P. 158.

Получено 15.01.2017 ■

Солоніцин Є.О.¹, Клімовицький Ф.В.², Проценко В.В.³

¹Київська міська клінічна лікарня № 1, м. Київ, Україна

²Науково-дослідний інститут травматології та ортопедії Донецького національного медичного університету МОЗ України, м. Лиман, Україна

³ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна

Метастази анонімного рака в довгі кістки кінцівок: підходи до обстеження та лікування

Резюме. У статті повідомляється про результати обстеження та лікування 50 пацієнтів із метастазами анонімного рака в кістці. Хворим проводилося комплексне обстеження: рентгенографія вогнища ураження в кістці; рентгенографія та комп'ютерна томографія органів грудної порожнини; ультразвукове дослідження, комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу; остеосцинтиграфія; комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія головного мозку; позитронно-емісійна томографія. З метою верифікації процесу виконана відкрита або трепанобіопсія метастатичного вогнища в кістці. Лікувальна тактика визначалася з урахуванням загального

стану хворого, локалізації метастазів, поширеності пухлинного процесу, морфологічної будови метастатичної пухлини, передбачуваної локалізації первинного вогнища. У 41 пацієнта з множними метастазами при тяжкому загальному стані та відмові хворих від оперативного втручання здійснювали іммобілізацію ураженої метастазом кінцівки гіпсовою пов'язкою. У 6 пацієнтів із відносно задовільним загальним станом виконані органозберігаючі операції. У 3 хворих виконані операції, що калічили (ампутація й ексартікуляція кінцівки). Після проведених діагностичних, консервативних і хірургічних заходів усі хворі продовжили комплексне (поліхіміотерапія, променева терапія, бисфосфонати) або симптоматичне лікування. Вибір

схеми поліхіміотерапії в пацієнтів із метастазами анонічного раку визначався гістологічним типом пухлини. У результаті проведеного лікування встановлено, що середня тривалість життя пацієнтів із метастазами анонічного раку, які отримували комплексне лікування, вища, ніж в осіб, лікування яких обмежалося симптоматичною терапією.

вали комплексне лікування, вища, ніж в осіб, лікування яких обмежалося симптоматичною терапією.

Ключові слова: метастази анонічного раку; метастатичне ураження кісток; обстеження; лікування

E.A. Solonitsyn¹, F.V. Klimovitskiy², V.V. Protsenko³

¹Kyiv Municipal Clinical Hospital № 1, Kyiv, Ukraine

²Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics of Donetsk National Medical University of Ministry of Health of Ukraine, Lyman, Ukraine

³Scientific Institution «Institute of Traumatology and Orthopedics of NAMS of Ukraine», Kyiv, Ukraine

Anonymous cancer metastases in the long bones of the limbs: approaches to the screening and treatment

Abstract. The article reports the results of examination and treatment of 50 patients with anonymous cancer metastases in bones. Patients underwent a comprehensive examination: X-ray of the lesion in the bone; X-ray and computed tomography of the chest cavity; ultrasound, computed tomography or magnetic resonance imaging of abdominal organs, retroperitoneal space and pelvis; bone scan; computed tomography or magnetic resonance imaging of the brain; positron emission tomography. To verify the process, an open or punch biopsy of metastatic lesions in bone was performed. Histogenesis of the tumor was determined as follows: in 29 (58 %) patients — glandular cancer, in 15 (30 %) — squamous cell carcinoma, in 6 (12 %) — high-grade cancer. Medical tactic was determined by taking into account the patient's general condition, localization of metastases, incidence of tumor, metastatic tumor morphological structure, the supposed localization of the primary tumor. In 41 patients with multiple metastases, in cases of severe general condition of the patient and the refusal of the surgery, there was carried out plaster cast immobilization of the limb affected by metastases. Six patients with a relatively satisfactory general state underwent organ-preserving surgeries.

In 3 patients, we have performed mutilating surgeries (amputation and disarticulation of the limb). After the diagnostic, conservative and surgical measures, all patients continued comprehensive (chemotherapy, radiation therapy, bisphosphonates) or symptomatic treatment. The chemotherapy regimens in patients with anonymous cancer metastases were chosen according to histological type of tumor. All patients were treated with bisphosphonates (zoledronic acid, pamifos, pamiredin) at intervals of 28 days, from 6 to 10 courses. Radiation therapy was administered to the lesion in the bone in cases of severe pain syndrome and the threat of appearance or presence of pathological fracture to a total focal dose of 40–60 Gray. In the future, patients with anonymous cancer metastases in bones of the skeleton continued examination in order to detect primary malignant tumor.

As a result of the treatment, it was found that the life expectancy of patients with anonymous cancer metastases, who received comprehensive treatment, is higher than in patients, whose treatment was limited to symptomatic therapy.

Keywords: anonymous cancer metastases; metastatic bone disease; examination; treatment