

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ И ПЕРВИЧНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

В.Л. Скрябин, А.С. Денисов, В.М. Ладейщиков, С.Б. Булатов

ГБОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера,
кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии

Скрябин Владимир Леонидович, ассистент кафедры
травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии,
канд. мед. наук,

Денисов Александр Сергеевич, зав. кафедрой травматологии,
ортопедии и военно-полевой хирургии, д-р мед. наук, профессор,

Ладейщиков Вячеслав Михайлович, д-р мед. наук,
профессор кафедры хирургии,

Булатов Сергей Борисович, ассистент кафедры
травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии,
614990, Россия, г. Пермь, ул. Петропавловская, д. 26, ПГМА,
тел. 8 (342)221-68-73,
e-mail: 4754334@mail.ru

Цель работы – разработать показания и возможные варианты оперативного лечения патологических переломов костей при метастазах злокачественных опухолей.

Выполнен анализ лечения 44 пациентов. Частота данной патологии составляет 0,4%. 70,5% больных – женщины, 29,5% – мужчины. Средний возраст – 53 года. В 34% случаев первичная опухоль установлена не была. По локализации наиболее часто поражаемый метастазами сегмент – бедренная кость – 84 %.

Оперативное лечение состояло из резекции опухоли с последующим эндопротезированием (15 случаев), замещением дефекта искусственными материалами (6), укорочением сегмента (9), только стабилизация перелома (11), только биопсия (3).

В 16 (36,3%) случаях патологические переломы обусловлены метастазами рака молочной железы.

В первый год после операции умерли 19 больных (43,2%). В течение второго года – 14 (31,8%). Трёхлетняя выживаемость составила 15,9% (7 больных). Дольше 5-ти лет жили 4 больных (9,1%).

Все оперированные больные были социально адаптированы, полностью обслуживали себя, не испытывали болевого синдрома со стороны оперированной конечности.

Опыт лечения патологических переломов позволяет рекомендовать активную хирургическую тактику. В своём большинстве операция не влияет на исход заболевания, но делает больных социально адаптированными на значительный период времени.

Ключевые слова: патологический перелом, метастазы, замещение дефекта.

SURGICAL APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PATHOLOGICAL FRACTURES CAUSED BY METASTASIS AND PRIMARY MALIGNANT TUMORS IN LOCOMOTOR SYSTEM

V.L. Skryabin, A.S. Denisov, V.M. Ladeyshikov, S.B. Bulatov

E.A. Wagner's Perm State Medical Academy,
Department of Traumatology, Orthopedics and Military Surgery

Work objective-determination of pathological fracture frequency caused by malignant tumors in locomotor system, indications and possible treatment study.

The analysis of treatment of 44 patients was made. It is shown, that the frequency of this kind of pathology is 0.4%. 70.5% of patients were female, 29.5% - male. The average age of patients was 53 years. The primary tumor wasn't found in 34% of cases. The most frequent segment of metastasis spread was femoral bone- 84.4%. Operative therapy included exsection of the tumor followed by endoprosthesis replacement (15 cases), defect replacement with artificial materials (6), segment shortening (9), fracture stabilization only (11), biopsy (3). Pathologic fractures occurred due to breast cancer metastasis in 16 cases (36,3%). 19 (43,2%) people died in a year after the surgery. 14 (31,8%) - during the second year. 15.9% (7 people) lived for three years and 4 patients (9.1%) lived for more than 5 years after the surgery.

All operated patients were socially adapted, fully self-maintaining, had no pain syndrome caused by operated extremity.

Due to this experience of pathologic fractures treatment we recommend active surgical approach. The surgery doesn't affect the disease outcome, but makes patients more socially adopted for a considerable period of time.

The key words: pathological fracture, metastasis, defect replacement.

При распространённых формах злокачественных опухолей поражение скелета отмечается в 85-100% случаев. У больных раком молочной железы метастазы в костной ткани при аутопсии находят в 90% случаев [1,2,3,7]. В травматологические отделения больные с патологическими переломами поступают по экстренным показаниям. Тактика хирургического лечения этого контингента пострадавших остаётся дискутабельной [4,5,6,8].

Цель исследования

Разработать показания и возможные варианты оперативного лечения больных с патологическими переломами костей при метастазах злокачественных опухолей.

Задачи исследования

1. Исследовать частоту патологических переломов, обусловленных злокачественными новообразованиями.
2. Определить цели оперативного лечения патологических переломов, обусловленных злокачественными опухолями.
3. Разработать объём оперативного вмешательства при патологических переломах

Материалы и методы

За 5 лет в клинике травматологии и ортопедии ПГМА на базе МСЧ № 9 им. М.А. Тверье г. Перми проходили лечение 44 пациента с метастазами злокачественных опухолей в кости скелета, что составило 0,4% от всех поступивших больных. Женщин оказалось в 2 раза больше, чем мужчин (31 - 70,5% и 13 - 29,5% соответственно). Средний возраст составил 53 года (17-89 лет). В основном это были одиночные метастазы злокачественных опухолей молочной железы, почек, легких. В одном случае наблюдали двустороннее поражение бедер. Обращает внимание значительное количество больных (15 чел. – 34%), у которых до операции не была известна первичная локализация опухоли, и патологический перелом явился первым ее проявлением.

По локализации опухоли распределялись следующим образом: 37 (84%) - бедренная кость, из них 5 (13,5%) - шейка бедра, 20 (54,1%) – вертельная зона, 12 (32,4%) - диафиз бедра. Плечевая кость – 2 (4,5%) случая, кости таза (подвздошная кость) – 3 (6,8%). По одному случаю - поражение дистального метафиза большеберцовой кости метастазом рака почки и первичное поражение малоберцовой кости (таблица 1).

Таблица 1
Локализация первичных и метастатических опухолей

Первичная опухоль	Метастазы						всего больных
	шейка бедра	вертельная зона	диафиз бедра	таз	голень	плечо	
Молочная железа	2	9	4	1			16 (36,4%)
Почки		6	1		1		8 (18,2%)
Легкие	2	2	1	1		1	7 (15,9%)
Первичная опухоль	1	3	6	1	1	1	13 (29,5%)
Итого	5	20	12	3	2	2	44 (100%)

Результаты и обсуждение

Мы рассматривали два варианта хирургического лечения:

- удаление опухоли с последующей стабилизацией костных фрагментов;
- только стабилизация костных фрагментов.

После операции все больные направлялись в краевой онкологический диспансер для последующей специфической терапии.

Удаление опухоли или метастаза выполнено в 33 (75%) случаях (таблица 2).

Б-ая Г., 48 лет. Диагноз: патологический под-
вертельный перелом бедра, обусловленный мета-
стазом рака молочной железы (рис. 3).



Рис. 3. Б-ая Г., 48 лет. Рентгенограмма проксимального отдела бедра в прямой проекции. Патологический подвертельный перелом

Молочная железа удалена 2 года назад вместе с регионарными лимфоузлами.

Выполнена резекция проксимального отдела бедра в пределах здоровых тканей, эндопротезирование дефекта онкологическим протезом (рис. 4).



Рис. 4. Та же б-ая. Тотальный онкологический протез правого тазобедренного сустава и проксимального отдела бедра

Осмотрена через 6 месяцев. Жалоб не предъявляет, ходит с палочкой. Новых метастазов не обнаружено.

Б-ая Л., 54 года. Диагноз: патологический под-
вертельный перелом правого бедра в верхней трети (рис. 5).



Рис. 5. Б-ая Л., 54 года. Рентгенограмма проксимального отдела бедра в прямой проекции. Патологический подвертельный перелом бедра

Учитывая наличие множественных метастазов рака молочной железы, метастаз не удалялся. Выполнен остеосинтез бедренной кости динамическим мышцелковым винтом из мини-доступа (рис. 6 и 7).



Рис. 6. Та же б-ая. Фиксация отломков динамическим мышцелковым винтом



Рис. 7. Та же б-ая. Кожный разрез при минидоступе

Выводы

1. В общих травматологических отделениях частота встречаемости патологических переломов, обусловленных метастазами злокачественных новообразований, составляет 0,4 %.
2. При наличии злокачественных первичных и метастатических новообразований с патологическими переломами костей цель оперативного лечения - восстановление двигательной активности больного и ликвидация болевого синдрома.
3. При общем удовлетворительном состоянии и наличии отдалённых метастазов операцией выбора служит удаление метастаза в пределах здоровых тканей с последующей стабильной фиксацией оставшихся костных фрагментов с замещением дефекта искусственным материалом или эндопротезом. Наличие множественных метастазов и тяжёлое общее состояние служат показанием к стабилизации костных фрагментов без удаления опухоли.

Заключение

Удаление первичной опухоли или метастаза уменьшает интоксикацию, а стабилизация пораженного сегмента улучшает качество жизни, восстанавливая мобильность больных.

Наш опыт лечения патологических переломов длинных трубчатых костей при первичных злока-

чественных новообразованиях и метастатических поражениях позволяет рекомендовать активное хирургическое лечение. Объём операции зависит от общего состояния больного, возраста, наличия отдалённых метастазов, их локализации, возможности радикального удаления новообразования, химио- и радиационной чувствительности опухоли. К сожалению, такое лечение не оказывает существенного влияния на исход основного заболевания.

Список литературы

1. Зоря В.И., Злобина Ю.С. Патологические переломы конечностей метастатического происхождения (диагностика и лечение) // Травматология и ортопедия России. - 2008. - №1 (47). - С.27-34.
2. Костные метастазы рака молочной железы (патогенез, клиника, диагностика и лечение) / О.П. Модников, Г.А. Новиков, В.В. Родионов. - М.: Медицина, 2001. - 256 с.
3. Тепляков В.В., Карпенко В.Ю., Алиев М.Д. Хирургическое лечение больных с метастатическими поражениями длинных костей // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Пирогова. - 2007. - №4. - С. 73-77.
4. Campanacci M. Restriction and reconstruction around the hip primary bone-tumors 138 cases (1985-1995) // Abstr. of 20 World Congress SICOT. - Amsterdam, 1996. - P. 202.
5. Dudkiewicz Z. Non-amputation treatment of primary malignant and metastatic neoplasms of bone / Z.Dudkiewicz et.al. // Chir. Narz. Ruchu. - 1994. - Vol. 59. - Supl. 3. - P. 557-563.
6. Glowacki M. The results of giant cell tumor treatment with resection supplemented by bone auto- and allografts / M. Glowacki et.al. // Chir. Narz. Ruchu. - 1994. - Vol. 59. - Supl. 3. - P. 553-557.
7. Gupta A.K. Giant cell tumor of bone: dilemma in treatment / A.K. Gupta et.al. // Abstr. Of 20 World Congress SICOT. - Amsterdam, 1996. - P. 374.
8. Treatment of giant cell tumor with curettage and fill with acrylic cement / F. Portabella Blavia, M. Orduna Sena, J. Casanas Sintes // III Congress of the European Federation of National Association of Orthopaedics and Traumatology: abstr. of posters and videos. - Barcelona, 1997. - P. 213-214.



Некоммерческое партнерство «Медицинская Лига Республики Башкортостан»
 тел. 8-919-143-30-03 www.medligarb.ru medligarb@mail.ru

- Внедрение самых современных технологий в медицинской отрасли Республики Башкортостан.
- Запуск новых конкурентных производств (высокотехнологичных продуктов в сфере медицинской индустрии).
- Доступность и массовость получения высокотехнологичных медицинских услуг.
- Востребованность, повышение статуса лучших медицинских работников Республики Башкортостан на российском и международном уровнях.
- Повышение уровня качества медицинских услуг в целом.
- Повышение активности общественных медицинских объединений республики в достижении поставленных ими задач по защите прав, социальной защищенности и профессионального роста.

Членом НП «Медицинская Лига Республики Башкортостан» может стать юридическое лицо, ведущее деятельность в сфере здравоохранения