

© Группа авторов, 2004

Применение чрескостного остеосинтеза при лечении больного с саркомой Юинга плечевой кости

И.И. Балаев, Л.М. Куфтырев, Д.Ю. Борзунов, А.В. Злобин

Transosseous osteosynthesis in treatment of a patient with humeral Ewing sarcoma

I.I. Balayev, L.M. Kuftyrev, D.Y. Borzounov, A.V. Zlobin

Государственное учреждение

Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова, г. Курган (генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

В статье показано успешное лечение пациента с саркомой Юинга плечевой кости с применением аппарата Илизарова и замещением костного дефекта свободным аутооттрансплантатом. У больных с саркомой кости с учетом показаний метод чрескостного остеосинтеза и аутопластики целесообразно использовать только после предварительного этапа, включающего радикальную и абластичную резекцию опухоли с соответствующим комплексом неoadъювантной химиотерапии.

Ключевые слова: саркома Юинга, чрескостный остеосинтез, неoadъювантная химиотерапия, трансплантат.

A successful treatment of a patient with Ewing sarcoma of the humerus with the help of the Ilizarov fixator use and bone defect filling with a free autograft is demonstrated in the work. However, taking the indications into consideration in patients with bone sarcoma the method of transosseous osteosynthesis and autografting should be only used after the preliminary stage, which consists in tumor radical and ablative resection with the applicable complex of neo-adjuvant chemotherapy.

Keywords: Ewing sarcoma, transosseous osteosynthesis, neo-adjuvant chemotherapy, graft.

Саркома Юинга — относительно редкое злокачественное новообразование, среди пораженных опорно-двигательной системы встречается в 14-31,5% случаев (Трапезников). Преимущественно заболевание наблюдается у мальчиков подросткового возраста. Излюбленной локализацией является диафиз длинной кости [4].

Анализ литературы свидетельствует, что методом выбора при лечении данной патологии следует признать лучевое воздействие на первичный очаг с одновременной химиотерапией, так как оперативное лечение (резекция кости или ампутация) без консервативного малоэффективно [2, 3, 4, 5].

В настоящее время внедрение чрескостного остеосинтеза в онкологическую практику позволяет осуществлять оптимальную реконструкцию конечности и эффективно замещать операционные дефекты кости [1].

Примером успешного лечения пациента с саркомой Юинга и замещения костного дефекта с применением аппарата Илизарова может служить следующее клиническое наблюдение.

Больной Ш., 14 лет, поступил в клинику Центра с жалобами на боли в левой плечевой кости, преимущественно в ночное время, отечность верхней конечности, ограничение движений в лучезапястном суставе и межфаланговых суставах кисти, субфебрильную температуру.

Появление болей и отека конечности пациент отметил около четырех месяцев назад.

При рентгенологическом исследовании выявлен периостит в средней трети диафиза плечевой кости. По данным компьютерной томографии, определялись участки деструкции и периоста плечевой кости на протяжении 17см (рис. 1).

Больному поставлен диагноз: саркома Юинга диафиза левой плечевой кости.

После трепанобиопсии диагноз верифицирован морфологически. По данным гистологического исследования — саркома Юинга, лечебный патоморфоз III степени, субтотальный некроз опухолевых клеток с интра- и периостальным расположением опухолевых масс (рис. 2).



Рис. 1. Рентгенограммы и фото больного Ш. до лечения

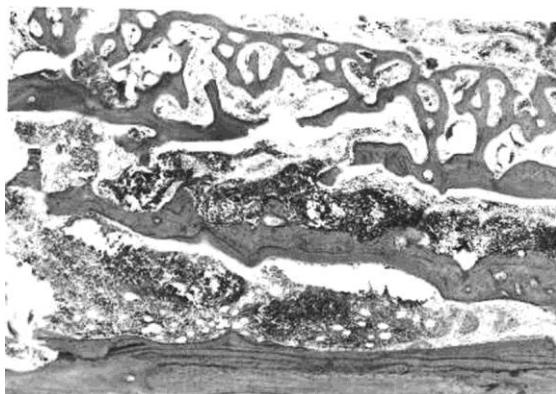


Рис. 2. Микрофотограмма препарата больного Ш. Саркома Юинга (окраска гематоксилином, эозином $\times 63$)

Учитывая гистологическое строение опухоли, больному в предоперационном периоде была проведена неоадьювантная химиотерапия: 4 курса внутривенной инфузии винкристина, доксолена, циклофосфана и цисплатина с интервалом в 3-4 недели.

После курса химиотерапии выполнена сегментарная резекция диафиза левой плечевой кости, аутопластика дефекта малолберцовой костью и остеосинтез аппаратом Илизарова (рис. 3).

Послеоперационный период протекал гладко. В течение 4 месяцев осуществлялась компрессия на стыке трансплантата с концами отломков. На этапе чрескостного остеосинтеза проведено 2 курса химиотерапии в том же режиме, что и перед

операций.



Рис. 3. Рентгенограммы и фото больного Ш. в процессе остеосинтеза

Через 2 года после операции рецидива опухоли нет. Результат лечения сохраняется. Продолжается процесс перестройки аутотрансплантата. Объем движений в смежных суставах не

ограничен (рис. 4).

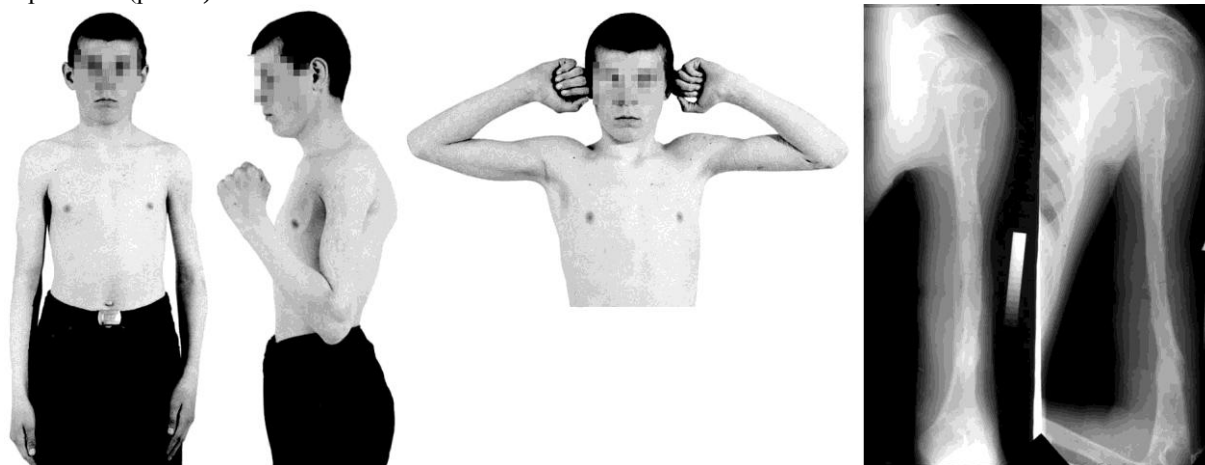


Рис. 4. Больной Ш. и его рентгенограммы через 2 года после операции

Наш опыт применения компрессионно-дистракционного остеосинтеза при лечении больных с первичными опухолями длинных трубчатых костей показывает, что метод высокоэффективен, позволяет замещать операционные дефекты кости и осуществлять оптимальную реконструкцию конечности не только у

взрослых, но и у детей с незавершенным формированием скелета. У больных с саркомой кости, с учетом показаний, метод целесообразно использовать только после предварительного этапа, включающего радикальную и абластичную резекцию опухоли с соответствующим комплексом неoadъювантной химиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балаев, И.И. Сохранно-восстановительные операции с применением чрескостного остеосинтеза при лечении больных с первичными опухолями длинных трубчатых костей / И.И. Балаев: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 1998. – 37с.
2. Комплексное многоэтапное лечение опухоли Юинга и ретикулосаркомы кости у детей / Л.А. Баран, Т.К. Панфилова, А.Ф. Бурьянов, Н.М. Бондарь // Клин. хирургия. – 1983. – №5. – С. 19-22.
3. Бизер, В.А. Полихимиотерапия с использованием карминомицина в комбинированном лечении распространенной саркомы Юинга у детей / В.А. Бизер, В.Н. Тимухина // Антибиотики. – 1981. – №10. – С. 774-776.
4. Опухоли костей / А.А. Трапезников, Л.А. Еремина, А.Т. Амирасланов, П.А. Синюков. – М.: Медицина, 1986. – 304 с.
5. Херобян, В.А. Опухоли Юинга / В.А. Херобян, И.Л. Тагер. – Ереван: Аистан, 1973.

Рукопись поступила 05.02.03.