

**Ключевые слова:**гигантоклеточная опухоль,  
тазовые кости, эффективность  
лечения.**МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ  
ПОРАЖЕНИИ КОСТЕЙ ТАЗОВОГО  
ПОЯСА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ  
ОПУХОЛЬЮ****Резюме.** Приведены результаты лечения 25 больных с поражением костей тазового пояса гигантоклеточной опухолью. 14 больным проведены предоперационная внутриаартериальная полихимиотерапия (ВАПХТ) и оперативное вмешательство; 11 — ВАПХТ и лучевая терапия. Полученные удовлетворительные результаты дают основание для дальнейшего совершенствования применения методов лечения при данной нозологической форме.**ВВЕДЕНИЕ**

В настоящее время лечение больных со злокачественными опухолями опорно-двигательного аппарата в большинстве случаев комплексное — с использованием оперативных методов, лучевой терапии (ЛТ) и химиотерапии (ХТ). Однако для большинства форм злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата основным в комплексной терапии пока остается хирургический метод [2, 3, 5, 6]. При планировании операции определяется ее характер, объем, хирургический доступ, учитываются локализация и распространенность опухолевого процесса, нозологическая форма опухоли, скорость ее роста, общее состояние больного и другие клинические данные. Адекватная операция в системе комплексного лечения для разных категорий больных имеет разные удельный вес и степень значимости и при этом должна быть онкологически полноценной, то есть сохраняющей непораженный и удовлетворительно функционирующий отдел конечности [1, 7].

Для гигантоклеточной опухоли (ГКО) кости основной метод лечения — оперативный, тогда как для злокачественной ГКО (ЗлГКО) кости адекватен комплекс лечебных мероприятий с обязательным проведением курсов неoadъювантной внутриаартериальной полихимиотерапии (ВАПХТ), оперативного лечения, а в некоторых случаях использование и ЛТ [8].

По данным литературы удельный вес ГКО костей таза среди ГКО всех локализаций составляет  $7,3 \pm 1,8\%$  [7]. В связи со сложным топографо-анатомическим соотношением скелета таза с позвоночником, бедренными костями, мочевым пузырем, прямой кишкой, магистральными сосудами и нервными стволами, мочеточником и уретрой, многие отделы таза хирургически трудно доступны. При труднодоступных локализациях опухолей, к которым относятся опухоли позвоночника и костей таза, некоторые клиницисты считают показанными не хирургические вмешательства, а лучевые методы лечения и ХТ, несмотря на их паллиативный характер [4].

Особое значение при оперативном вмешательстве на костях таза имеет нарушение целостности

тазового кольца. Чаще всего происходит нарушение целостности его переднего или заднего отделов, что приводит к перекосу таза или переломам костей, в том числе к перелому вертлужной впадины и вывиху или подвывиху бедренной кости. В литературе отмечается, что особые трудности хирургического лечения больных с опухолями костей таза связаны с недостаточной разработанностью методов оперативных вмешательств и прогноз при опухолевых поражениях таза значительно хуже, чем при опухолях других локализаций [7]. Цель данной работы — анализ опыта использования различных методов лечения ГКО при поражении костей таза.

**ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В научно-исследовательском отделе опухолей опорно-двигательного аппарата лечение больных с ГКО кости, локализующейся в области тазового пояса, комплексное с использованием всех методов лечения — ХТ, лучевого воздействия и оперативного вмешательства. За период 2000–2005 гг. проведено лечение 25 пациентов с поражением костей тазового пояса ГКО и ЗлГКО. ГКО кости верифицирована у 16 пациентов, ЗлГКО у — 9. Курс лечения прошли 11 женщин, мужчин — 14, в возрасте от 22 до 65 лет. Локализация опухолевого процесса в костях таза такая: крестец — 9 случаев, подвздошная кость (тело или крыло) — 3, седалищная — 3, лонная — 2, сочетанное поражение подвздошной и седалищной костей — 3, подвздошной и лонной — 3, седалищной и лонной костей — 2. Всем больным при поступлении в стационар обязательно проводили комплексное обследование: рентгенологическое исследование костей таза, компьютерная томография или магнитно-резонансная, а также трепанобиопсия пораженного участка кости с целью верификации процесса. После гистологической верификации опухоли с учетом локализации и распространенности опухолевого процесса определялась тактика лечения. При ГКО кости, как правило, проводилось оперативное лечение, при ЗлГКО кости — курсы (от 2 до 4) предоперационной ВАПХТ с последующим оперативным лечением. Из оперативных вмешательств использо-

ваны такие: внутрикостная резекция и пластика керамическим материалом на основе гидроксилата при поражении подвздошной и лонной кости — 1, межподвздошно-брюшная ампутация при поражении подвздошной и седалищной кости — 2, резекция лонной кости (или двух) — 2, резекция седалищной кости — 2, резекция крыла и тела подвздошной кости — 1, резекция крыла подвздошной кости — 2, резекция крестца — 4. С учетом выполненных операций разрыв переднего полукольца таза произошел у 2 пациентов, заднего полукольца у — 5.

При распространенной неоперабельной ГКО использована комбинация ВАПХТ с ЛТ у 5 пациентов при сочетанных поражениях костей таза. Курс ВАПХТ включал: цисплатин — 50 мг/м<sup>2</sup> в 1-й и 2-й день, циклофосфамид — 1000 мг/м<sup>2</sup> в 3-й день. Всего проводили от 4 до 6 курсов ВАПХТ с интервалом в 3–4 нед. Затем проводили ЛТ на очаги поражения до СОД 55–60 Гр (в 1 или 2 этапа). Только ЛТ (СОД 55–60 Гр) проведена 6 пациентам: при поражениях крестца — 5 и седалищной кости — 1. У всех эти больные отмечены противопоказания к проведению ВАПХТ и оперативному лечению из-за сопутствующих соматических заболеваний.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После проведенного оперативного лечения ГКО костей таза осложнения выявляли у 1 (7,1%) больного (нагноение послеоперационной раны). Рецидивы ГКО развились у 3 (21,4%) пациентов, в основном они связаны с нарушением абластики при удалении опухоли. В процессе наблюдения метастазы ГКО в другие органы (в основном в легкие) выявлены у 2 (14,2%) пациентов. В связи с метастазами в легкие, несмотря на проводимые курсы внутривенной ВАПХТ и ЛТ на очаги поражения умерло 2 (14,2%) пациента.

У больных с неоперабельной ГКО костей таза, которым проводили ВАПХТ и ЛТ, получены такие результаты лечения: метастазы опухоли в другие органы выявлены у 2 (18,2%) пациентов, вследствие прогрессирования заболевания умерло 4 (36,4%) пациента.

Приводим пример из нашей практики. *Больной С., 35 лет*, поступил в отделение опухолей опорно-двигательного аппарата Института онкологии АМН Украины в январе 2003 г. с жалобами на боли и наличие опухоли в области правой подвздошной кости. Рентгенологически определяли опухоль крыла правой подвздошной кости с мягкотканым компонентом, после выполнения трепанобиопсии установлен диагноз: ЗлГКО правой подвздошной кости T2N0M0, стадия 2Б, клиническая группа 2. Больному проведено 2 курса неoadьювантной селективной ВАПХТ по схеме: цисплатин 50 мг/м<sup>2</sup> (1-й и 2-й день), циклофосфамид 1000 мг/м<sup>2</sup> (3-й день). Отмечен положительный эффект: уменьшилась выраженность болевого синдрома и на  $\frac{1}{3}$  уменьшился в размерах внутритазовый мягкотканый компонент опухоли, после чего больному в апреле 2003 г. выполнена резекция крыла подвздошной кости. Послеоперационный период проте-

кал без осложнений, больной выписан из клиники под наблюдением онколога по месту жительства. В процессе наблюдения за больным на протяжении 21 мес рецидива и метастазов опухоли не выявлено.



Рис. 1. Рентгенограмма *больного С.* до операции

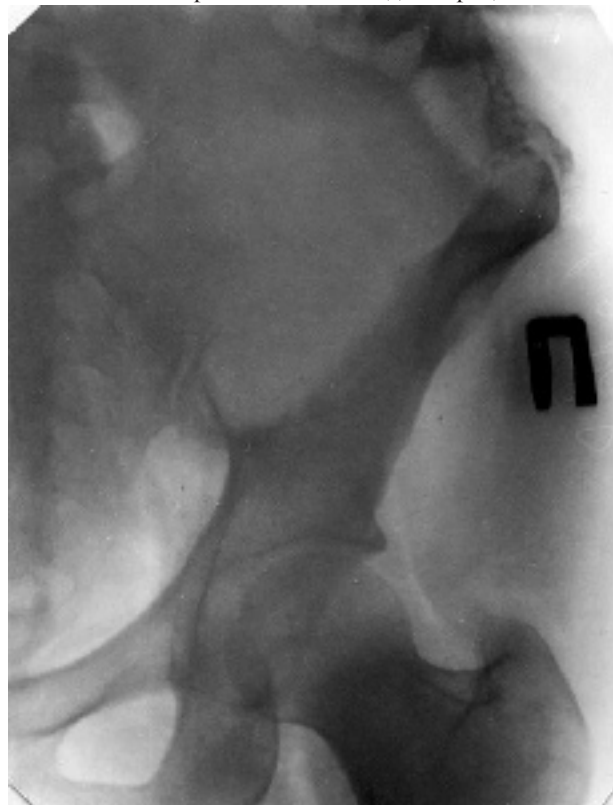


Рис. 2. Рентгенограмма после резекции крыла правой подвздошной кости

Таким образом, используя различные методы лечения больных с ГКО костей таза, удалось достичь неплохих ближайших результатов лечения. Методом выбора при лечении этой категории больных является комбинированное лечение, включающее радикальное оперативное вмешательство, полихимиотерапию и ЛТ, и позволяющее улучшить отдаленные результаты.

### ВЫВОДЫ

1. Оперативное лечение больных ГКО с поражением костей таза дает удовлетворительные результаты и одновременно исключает тяжелую инвалидизацию больного, обеспечивая более высокое качество жизни.

2. После радикального комбинированного лечения больных с ГКО костей таза можно рассчитывать на благоприятный прогноз выживаемости.

3. В случаях, когда ГКО костей таза неоперабельна или труднодоступна, методом выбора является химиолучевое лечение.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кныш ИТ, Толстопятов БА, Королев ВИ. Первичные опухоли таза. К: Здоровья, 1989. 144 с.
2. Трапезников НН, Еремина ЛА, Амирасланов АТ и др. Роль сохраненных операций в комплексном лечении больных с остеогенной саркомой. Хирургия 1986; (10): 113–9.
3. Трапезников НН, Соловьев ЮН, Еремина ЛА и др. Саркомы костей. Ташкент: Медицина, 1983. 258 с.
4. Шугабейкер ПХ, Малауэр ММ. Хирургия сарком мягких тканей и костей. М: Медицина, 1996: 66–7.

5. **Daglin DC, Cupps RE, Johnson EW.** Giant-cell tumor: A study of 195 cases. *Cancer* 1970; **25**: 1061–70.

6. **Malawerr HM, Dunham WK.** Skip metastases in osteosarcoma recent experience. *Surg Oncol* 1983; **22** (4): 236–45.

7. **Makhsan A.** Extraleisional resection for tumors of the pelvis bones. *Internat Orthoped (SICOT)* 1997: 41–5.

8. **Rosen G, Capparos B, Huvos AG, et al.** Preoperative chemotherapy for osteogenic sarcoma: Selection of postoperative based on the response of the primary tumor to preoperative chemotherapy. *Cancer* 1982; **49**: 1221–30.

### APPROACHES TO TREAT GIANT-CELL TUMOR IN THE BONES OF PELVIC GIRDLE

*V.V. Protsenko*

**Summary.** *Findings of treatment of 25 patients with giant-cell tumor of the bones of pelvic girdle are discussed. Fourteen patients were exposed to pre-surgery intraarterial polychemotherapy (IAPCT). In the remaining 11 patients, IAPCT was applied in combination with radiation therapy. Promising results of these approaches give grounds to improving the methods for treating this nosologic form further.*

**Key Words:** giant-cell tumor, bones of pelvic girdle, efficacy of treatment.

**Адрес для переписки:**

Проценко В.В.

03022, Киев, ул. Ломоносова, 33/43

Института онкологии АМН Украины, отделение опухолей опорно-двигательного аппарата

E-mail: ip15@ukr.net