



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 30

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОДА”

**РАЗРАБОТИЛИ: Д-Р К. ТОТЕВ,
Д-Р С. ЛУНГАРОВ**

**Гр. Плевен
2020 год.**

Злокачествени заболявания на ОДА

Злокачествените заболявания на ОДА се срещат значително рядко в онкопатологията. Много по-голяма е частта на тумороподобните, доброкачествените и метастатичните заболявания на ОДА. Злокачествените заболявания на ОДА се определят като саркоми заради мезенхимният си произход. Могат да бъдат разделени на две големи групи според това от каква мезенхимна тъкан произхождат: костни и мекотъканни. Всяка една от тези групи има характерни представители, които се срещат най-често. Най-честите костни злокачествени тумори са: остеогенния остеосарком, хондросаркома и Саркома на Юинг. От мекотъканните злокачествени тумори са: липосаркома, леомиосаркома и злокачествената фиброзна хистиоцитоза. Всяко едно от тези заболявания се характеризира с определена възраст в която най-често започва и определена локализация в ОДА. Голямо значение за поведението имат стадирането и определянето на хистологичните характеристики. Стадирането има важно значение за последващите действия и начин на лечение. Използват се две системи за стадиране - Енекинг и Американския комитет по мускуло-скелетна онкология. Алгоритъмът за диагностика се характеризира с определена последователност:

1.Клиничен преглед – включва подробна анамнеза, която е от съществено значение. Оглед: наличие на подутина, локализация, големина, промяна в цвета и структурата на кожата. Наличие на системни промени, фебрилитет. Палпация и клинични тестове- температура на подлежащата кожа, коститетност, отграниченост спрямо подлежащата кожа и околните структури, подвижност. Определяне на невро-вакуларния статус на крайника.

2.Лабораторни изследвания- представляват неспецифична част от диагностичния панел. Това са ПКК, CRP, алкална фосфатаза-показател за костна деструкция, острофазови белтъци.

3.Образни изследвания-рентгенографии, костна сцинтиграфия, КТ, ЯМР, AngioCT. Рентгенографията е първото и основно образно изследване, което бива ползвано за диагностика. То дава изключително голяма информация за локализация, големина, отграниченост от останалата костна тъкан, структура, интактност на кортикалната кост, наличие на периостална реакция и нейния тип. Другите образни изследвания дават възможност за детайлно изследване и определяне на туморните характеристики.

4.Биопсия. Тя е последната стъпка при диагностиката на злокачествени заболявания на ОДА. За правилното ѝ извършване са необходими пълен набор от образни изследвания и добре разучен „враг“. Биват 4-ти типа: тънкоиглена, сърцевинна, ексцизионна и инцизионна. Правилното извършване на биопсията има огромно значение за хистологичното изследване и типизиране на тумора.

Клиничната картина е разнородна. Специфичните нозологични единици се характеризират и с определени характерни симптоми, които обаче не се срещат винаги. Поради тази причина клиничния преглед, възрастта и локализацията имат огромно значение. Най-честите симптоми са свързани с подутина която нараства с различни темпове. Повишава се локалната температура на подлежащата кожа и се установява хиперемия. Болката е различна като интензитет, често боли нощем.

Лечението е трудоемко и дълго. Основните методи които биват ползвани са: химиотерапия, лъчелечение и оперативни намеси в различен обем. Химиотерапията и лъчелечението могат да бъдат ползвани както преди /неoadjuватна/ така и след /адювантна/ оперативната намеса. Основната цел преди оперативната намеса е намаляване обема на туморната маса чрез некроза и следователно по щадяща оперативна процедура. Оперативните намеси варират от просто премахване на тумора до тежки реконструктивни интервенции със запазване на крайника до ампутации и дезартикуляции. Целта на лечението е дългосрочна преживяемост, функционалност и добър социално-икономически статус.

Костообразуващи тумори

Остесарком (Остеогенен сарком)- най-честият и с най-висока малигненост бластом между всички злокачествен тумори на костите. Той представлява около 22% от първичните костни тумори. Най-висока честота достига между 10-20 годишна възраст, след 30 г е рядкост. Засяга най-често дистален фемур, проксимална тибия, проксимален хумерус, фибула. Рядко засяга тазови кости и череп. При развитието си в дългите тръбести кости започва в метафизата ексцентрично. Остеосаркома се разраства от скелетния мезенхим, който има способност да образува костна субстанция и отличителният белег на тумора е костообразуването. Остеосаркома според хистологичната си характеристика може да се раздели на няколко различни групи. Основният представител на остеосаркома е т.нар конвенционален интрамедуларен остеосарком или остеогенен остеосарком. Представлява около 75-80%- от всички остеогенни саркоми. Туморната маса в началото е вътрекостно разположена, но в последствие кортекса бива инфилтриран и нарушен. Периоста също се засяга, което предизвиква така наречената периостална реакция. Клинична картина: първият симптом е болката, която за няколко седмици се засилва и става постоянна. Съседната става реагира с контрактура. При засягане на долния крайник се появява накуцване. Манифестира се с плътна подутина, с чието нарастване кожата изтънява, става лъскава и затоплена. С развитието на тумора настъпва обща интоксикация. Метастазира основно по хематогенен път, като метастазирането се усъществава рано в развитието на тумора. В около 70 % при откриването му има далечни метастази, което прави заболяването системно с основно костна изява. Метастазира основно и най-рано в белите дробове. Рентгенова картина се характеризира с костообразуване. В зависимост от деструктивните промени в костта се разделя на

1. **Остеосклеротичен-45%**
2. **Остеолитичен-30%**
3. **Смесен-25%**

Преобладаващ рентгенов белег е периосталната реакция във вид на спикули, кодманов триъгълник или смесен тип. Поставянето на диагнозата изисква пълен набор от образни изследвания, биохимия и биопсия.

Лечението е мултимодално и включва: химиотерапия и оперативни процедури. Оперативното лечение цели по възможност съхраняване на крайника и функцията. Ампутации и дезартикулации при невъзможност за en block резекции. При съвременното лечение преживяемостта достига до 50% на 5-ата година. При силен отговор на химиотерапията до 85% до 5г. Лъчелечението се използва като палиативен метод за намаляване на болката при неоперабилни пациенти или при отказ от интервенция. Нов метод в лечението е HIFU /висококачествен фокусиран ултразвук/, но ползите и терапевтичните му предимства все още се оценчват.

Хрущялообразуващи тумори

Хондросарком-това е злокачествен тумор продуциращ хрущялен матрикс. Води началото си от скелетния мезенхим, който се трансформира и диференцира в хрущялна тъкан. Това е така наречения –**първичен хондросарком**. В случаите в които се развива на фона на съществуваща хрущялна лезия –остеохондром, хондром, фиброзна дисплазия се развива **вторичен хондросарком**. По честота хондросаркома е на трето място от всички първични костни тумори: 20-25% от всички. Засяга възрастта между 15-25г и 30-35г. Мъжете страдат по-често. Най-често се среща в тазови кости, фемур, тибия, хумерус. Клиничната картина се характеризира с бавен растеж и нарастваща с бавен интензитет болка. Установява се подутина. Ограничава се обема на движение в съседните стави. Метастазира по кръвен и лимфогенен път, най-често в бели дробове. Рентгенов образ: бластома се развива в метафизата или метадиафизата на дългите тръбести кости, рядко в епифизата. Проявява се с

калцификати и остеолиза на костта тип „проядена от молци“. Периостална реакция липсва. За диагнозата се използва целият панел от образни изследвания и биопсия. Тя има важно значение за определянето на хистологичния тип и от там лечебната тактика. Лечението се свързано с голям набор от оперативни реконструкции-остеопластични или ендопротезиране. Ампутации и дезартикулации при невъзможност за en block резекции и реконструкции. Целта е запазване на крайника и неговта функция. Химио и лъчелечението имат несъществена роля.

Тумори на костния мозък

Сарком на Юинг /Ewing/-той е най-често срещаният злокачествен костен тумор в първото десетилетие на живота. Възрастовия пик, в който показва най-висока честота - 70% е между 10-20г. Много рядко се наблюдава след 30г. Произхожда от незрели ретикулни клетки на ретикулоендотелната система. Процеса започва в медуларният канал, но понякога и субпериостално. Мъжете боледуват два пъти по –често. Засягат се дългите тръбести кости:фемур, тибия, хумерус, както и тазовите кости, лопатка, плоските кости. Разположен е най-често в диафизата, рядко в метафизата и епифизата. Съществуват и екстраосални форми, които се срещат рядко. Клинична картина- тя е нехарактерна и варира, което затруднява диагнозата. Болката е първия симптом, в началото е непостоянна, като постепенно се засилва. Общото състояние се влошава, болния отслабва, появява се температура 38-40°. При прегледа се установява плътно-еластичен тумор с вретеновидна форма, болезнен.Има описани случаи на циклично протичане – периоди на поява с нарастване и болка, сменящи се с намаляване на обема и болката. Метастазира рано, хематогенно в белите дробове и костите. Лабораторията показва- левкоцитоза, анемия, повишено СУЕ. Рентгенови характеристики: тумора е локализиран в диафизата и рядко метафизарно. Проявява се с остеолиза по типа на „проядено от молци“, има нарушаване на цялостта на кортекса и периостална реакция- спикнули, ламеларна реакция, Кодманов триъгълник. За доказване се използва целият панел от образни изследвани и биопсия. Лечението има два важни момента- високата малигненост и лъчечувствителността. Алгоритъма се състои в пре- и следоперативна химиотерапия. Оперативната намеса е свързана с ресекции на тумора в чистии линии и реконструкции. Ампутации и дезартикулации при невъзможност за en block резекции и реконструкции. Лъчелечението може да се използва при лечение на тумор с гръбначна локализация. Преживяемостта в днешно време достига 50-75% за 5години.