

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Т.О. Омурбеков, А.В. Сатылганов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детской хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: satylganov_91@mail.ru

Аннотация. Под нашим наблюдением находилось 37 детей с остеобластокластомой в возрасте в возрасте от 3 до 16 лет. Всем детям было произведено оперативное лечение по методу субкортикальной резекции патологически измененного участка кости с обработкой остаточной полости 1% салициловой кислотой, с последующим замещением дефекта аутокостью. Полученные результаты лечения оказались положительными.

Ключевые слова: опухоли костей, остеобластокластома, длинные трубчатые кости, дети, субкортикальная резекция, 1% салициловая кислота, аутопластика.

БАЛДАРДЫН ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМДОРУН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

Т.О. Омурбеков, А.В. Сатылганов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Балдар хирургиясы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация. Биздин көзөмөлдө 3 жаштан 16 жашка чейинки курактагы остеобластокластома менен 37 бала болгон. Бардык балдарга операция ыкмасы менен дарылоо колдонуу учурунда илдетке кабылган соокту кортикалык кабыкчасынын алдынан алынып оорду 1% салицил кычкылы менен тазаланган кийин озунон алынган соок менен толтурулган. Алынган дарылоонун жыйынтыктары оң болчу.

Негизги сөздөр: сөөктөрдүн шишиктери, остеобластокластома, узун түтүк сөөктөрү, балдар, субкортикалдык резекция, 1% салицил кычкылы, аутопластика.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF OSTEOLASTOCLASTOMA IN CHILDREN

T.O. Omurbekov, A.V. Satylganov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
The department of Pediatric Surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Annotation. Under our supervision, there were 37 children with osteoblastoclastoma aged 3 to 16 years. All children underwent surgical treatment using the method of subcortical resection of pathologically changed bone site with the replacement of the defect with autobone, followed by treatment with 1% salicylic acid.

Keywords: bone tumors, osteoblastoclastoma, long tubular bones, children, subcortical resection, 1% salicylic acid, autoplasty

Актуальность. Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей костные опухоли составляют относительно большой процент. По данным М.В. Волкова опухоли костей по отношению к различным видам новообразований у детей составляют 11,4% [1]. Большинство первичных опухолей костей обычно диагностируются у детей и подростков [2] и наблюдаются на костях верхней и нижней конечностей и чаще всего на длинных трубчатых костях [3].

Гигантоклеточная опухоль характеризуется типичным расположением в эпифизе длинной кости. В редких случаях, может быть поражена метафизарная область. Эта опухоль хорошо известна своей возможностью рецидива после лечения, такого как выскабливание или неполная резекция. Исторически сообщалось, что частота местных рецидивов после кюретажа и костной пластики составляет от 25% до 50%. Это побудило хирургов улучшить результаты с помощью адьюван-

тов, таких как жидкий азот, акриловый цемент, фенол, перекись водорода. Широкая резекция отличается лучшим локальным контролем, но часто нарушает функцию конечностей, поскольку подразумевает потерю значительного сегмента кости [4, 5].

Иногда гигантоклеточная опухоль может иметь злокачественное поведение, несмотря на типичные доброкачественные гистологические признаки. Метастазы в легких встречаются у 3% пациентов. Поскольку большинство гигантоклеточных опухолей являются доброкачественными, и у молодых людей локализуются рядом с суставом, некоторые авторы предпочитают метод лечения внутри очага поражения, который сохраняет анатомию кости вместо резекции.

Другие описанные методы включают серийную эмболизацию, бисфосфонаты, химиотерапию и облучение. Последнее было связано со злокачественной трансформацией, но риск этого осложнения недавно был поставлен под сомнение.

Недавние публикации также сообщают об использовании деносуаба, человеческих моноклональных антител против RANKL (активатор рецептора ядерного фактора-лиганда кВ) [6,7].

Учитывая, что многие детские хирурги и ортопеды недостаточно знакомы с течением различных форм опухолевых заболеваний скелета у детей и особенно с вопросами дифференциальной диагностики их и показаниями к хирургическому лечению, мы произвели анализ результатов лечения детей, находившихся у нас в клинике, в основном эти дети были с остеобластокластомами, характеризующимися как гигантоклеточные опухоли с наличием однорядных клеток остеобластов и многоядерных остеокластов с кровянистыми и серозными кистами.

В связи со сложностью клинического течения, наличием ортопедических осложнений в отдаленном периоде и угрозой развития малигнизации, хирургическое лечение остеобластокластомы остается одной из актуальных проблем в детской хирургии [8, 9, 10].

Цель данного исследования: изучить частоту встречаемости остеобластокластомы у детей и оценить отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы исследования

В ходе нашего исследования периоде под нашим наблюдением находились дети, поступившие в ГДКБ СМП в период с 2010 по 2016 год включительно в возрасте от 3-х до 16 лет.

Клинические проявления остеобластокластомы во многом определялись локализацией опухоли. Первым признаком отмечались боли в области

поражения у всех детей (100%), развитие деформации костей у 6 (16%), и патологические переломы у 11 детей (28%).

Рентгенологически: ячеисто-трабекулярная фаза остеобластокластомы обнаружена у 4 (11%) детей, где определялись очаги деструкции костной ткани, разделенные перегородками. Литическая фаза остеобластокластомы обнаружена у 33 (89%) и характеризовалась наличием очага обширной деструкции с ограничением очага деструкции от неповрежденной костной ткани.

В предоперационном периоде, учитывая наследственный характер заболевания, тщательно выяснялся анамнез заболевания, проводились общие методы обследования, такие как развернутый анализ крови со свертывающей системой, биохимические анализы, по показаниям выполнялась компьютерная томография пораженной конечности.

Всем больным было проведено оперативное лечение в плановом порядке, которое заключалось в субкортикальной резекции патологически измененного участка кости с замещением дефекта кости аутокостью. Вслед за субкортикальной резекцией всем детям произведена обработка полости 1% раствором салициловой кислоты, обладающей антисептическим, местнораздражающим, ранозаживляющим, противовоспалительным действием, а также способствующей раннему очищению раны от гнойного отделяемого, ускоренному заживлению раны и ликвидации перифокального воспаления. При этом учитывается, что в высокой концентрации салициловая кислота оказывает отвлекающее, кератолитиче-

ское и в низкой концентрации керато-пластическое действие.

Аутопластика при замещении дефекта из малоберцовой кости нами была произведена у 6 (16%) детей и из гребня большеберцовой кости у 31 (83%) детей. У 11 детей дополнительно было произведена фиксация металлофиксатором места патологического перелома.

Результаты и их обсуждение

В период с 2010 по 2016 год включительно под нашим наблюдением находились 37 детей с остеобластокластомами в возрасте от 3-х до 16 лет.

При распределении заболевания по полу было выявлено, что преимущественно ОБК выявлялась у мальчиков 31 (84%) и 6 (16%) у девочек, что по всей вероятности обусловлено преобладанием подвижности у мальчиков, сопровождающейся частой травматизацией.

Локализовался процесс в длинных трубчатых костях в эпиметафизарном отделе с отсутствием прорастания в суставной и эпифизарный хрящ: поражение бедренной кости наблюдали у 12 (32%), костей голени – 14 (38%), плечевой кости – 9 (24%), костей предплечья – 2 (6%).

Результат лечения у большинства больных оказался положительным. При изучении отдаленных результатов от 1 года до 4-х лет рецидив был отмечен у 2 детей, которые в последующем были прооперированы повторно.

Заключение

Наше исследование показало что, проведение полной субкортикальной резекции патологически измененного участка кости в сочетании с обработкой полости 1% салициловой кислотой, является оптимальным методом лечения остеобластокластомы у детей с последующим благоприятным исходом.

Литература

1. Волков М.В. Опухоли костей // *Детская ортопедия*. 1985;18:228.
2. H. van den Berg, H.M. Kroon, A. Slaar, P. Hogendoorn. Incidence of biopsy-proven bone tumors in children: a report based on the Dutch pathology registration «PALGA» // *J Pediatr Orthop*. Jan-Feb 2008;28(1):29-35. doi: 10.1097/BPO.0b013e3181558cb5
3. Дурнов Л.А. Опухоли костей // *Детская онкология*. 2002;16:370.
4. Turcotte R.E., Wunder J.S., Isler M.H., Bell R.S., Schachar N., Masri B.A., Moreau G., Davis A.M. Giant cell tumor of long bone: a Canadian Sarcoma Group study // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. April 2002;397:248-258. doi: org/10.1097/00003086-200204000-00029
5. Dongqi Li, Jinlei Zhang, Yi Li, Junfeng Xia, Yihao Yang, Mingyan Ren, Yedan Liao, Shunling Yu, Xiaojuan Li, Yan Shen, Ya Zhang, Zuozhang Yang. Surgery methods and soft tissue extension are the potential risk factors of local recurrence in giant cell tumor of bone // *World J Surg Oncol*. 2016;14:114. Published online 2016 Apr 19. doi: 10.1186/s12957-016-0871-z
6. Ziyad M Mohaidat, Hisham Z Al-jamal, Audai M Bany-Khalaf, Ahmad M Radaideh, Ziad A Audat Giant cell tumor of bone: Unusual features

- of a rare tumor// Rare Tumors. 2019;11:2036361319878894. Published online 2019 Sep 25. doi: 10.1177/2036361319878894*
7. Frank MKlenke, Doris E Wenger, Carrie Y Inwards, Peter S Rose, Franklin H Sim. Giant cell tumor of bone: risk factors for recurrence // *Clin Orthop Relat Res. 2011 Feb;469(2):591-9. doi: 10.1007/s11999-010-1501-7.*
 8. Васильев Н.В., Мухамедов М.Р., Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е., Байдала П.Г., Жамгарян Г.С. Гигантоклеточные опухоли: обзор литературы // *Сибирский онкологический журнал. 2011;5:64- 69.*
 9. Derek F Amanatullah, Tyler R Clark, Matthew J Lopez, Dariusz Borys, Robert M Tamurian. Giant cell tumor of bone // *Orthopedics. 2014 Feb;37(2):112-20. doi: 10.3928/01477447-20140124-08.*
 10. Ryzhikov D.V., Gubina E.V., Podorozhnaya V.T., Senchenko E.V., Sadovoy M.A. Repair of defects and osteosynthesis of long bones in children with osteoclastoma // *AIP Conference Proceedings. 2016. 1760, 020059. doi.org/10.1063/1.4960278*