

Л. Т. БОНДАРЕНКО

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСТЕОГЕННЫХ САРКОМ
КОСТЕЙ ТАЗА

Как известно, распознавание первичных злокачественных новообразований костей таза нередко представляет большие трудности. Особенно трудна диагностика его в ранних стадиях, когда первые клинические проявления (боль, припухлость) могут быть сходны со многими заболеваниями, в связи с чем диагноз остеогенной саркомы костей таза нередко устанавливается в поздних стадиях заболевания.

Некоторые исследователи [6 и др.] считают, что одной из причин позднего распознавания первичных злокачественных опухолей и ошибочности диагнозов является несвоевременное направление больных на рентгенологическое исследование.

Еще Тилманс [16] в 1905 г. и Шмидзедер [14] в 1914 г. отмечали большое значение рентгенологического исследования в диагностике злокачественных опухолей костей таза.

Шерман и Шнайдер [15], М. В. Волков [1], В. А. Струков [9], Я. Червениянский и П. Коссей [10] указывают, что в настоящее время диагностика злокачественных опухолей костей невозможна без рентгенологического исследования и при наличии клинических симптомов можно ограничиться рентгенологическими данными, не прибегая к биопсии.

По данным литературы, остеогенные саркомы в основном поражают длинные трубчатые кости. Многие исследователи [5, 11, 13 и др.] указывают, что на кости таза приходится 10—20% всех остеогенных сарком костно-суставного аппарата.

По данным Тилманс [16], Шмидзедер [14], И. Т. Шевченко [12], Ю. В. Петрова [4], остеогенная саркома костей таза встречается во всех возрастах, начиная от новорожденных, но преимущественно развивается в возрасте от 10 до 25 лет; одинаково часто встречается как у мужчин, так и у женщин и по тяжести заболевания занимает первое место среди злокачественных опухолей костей таза.

Нами исследованы 85 больных с первичными злокачественными опухолями костей таза. Из них с остеогенной саркомой было 20 больных в возрасте от 9 до 50 лет (мужчин — 9, женщин — 11). Наибольшее количество больных было в возрасте от 11 до 30 лет (14 больных). В динамике от полутора до 6 мес. наблюдаены 16 больных.

Из 20 больных только 4 были присланы на консультацию в инсти-

тут с диагнозом остеогенной саркомы. На обследование по поводу радикулита были направлены 5 больных, туберкулеза—3, остеомиелита—2, 6 больных были без диагноза.

Одним из ранних симптомов остеогенной саркомы костей таза были боли, наблюдавшиеся у всех больных. Следует особо подчеркнуть, что боли локализовались не в области таза, а вдали от места поражения: в нижней конечности, бедре, тазобедренном суставе, поясничных позвонках, в коленном суставе, голени, в крестце; только 3 больных с поздней стадией заболевания жаловались на боли в области поражения. Отдаленная локализация болей объясняется непосредственной близостью к костному кольцу большого количества нервов и сосудов, а также жизненно важных органов.

В начале заболевания обычно боли нерезко выражены, появляются во время ходьбы и при напряжении, а в покое почти полностью проходят. Характерно, что у 14 больных боли появлялись внезапно и остро. У 6 больных боли развивались постепенно. Необходимо отметить, что у всех наблюдаемых нами больных боли очень скоро стали резкими, постоянными и носили сверлящий характер.

Вследствие наличия выраженного слоя подкожной жировой клетчатки и мощных мышц, окружающих кости таза, припухлость (второй клинический симптом) обнаружилась у всех больных в период значительного развития процесса и у 6 больных выявлялась только при исследовании через прямую кишку.

При остеолитическом типе остеогенной саркомы опухоль имела плотно-эластическую консистенцию, а при склеротическом—чаще костно-хрящевую. Как правило, кожа над опухолью была изменена. Только у 4 больных в период значительного развития процесса определялась густая сеть расширенных сосудов. Регионарные лимфоузлы не были увеличены. Нарушение функции конечности наблюдалось у 5 больных; атрофия мышц нижней конечности определялась у 2 больных; у 4 больных с поздней стадией заболевания отмечался отек нижней конечности на стороне поражения костей таза.

В начале заболевания общее состояние всех больных было удовлетворительное, но быстро ухудшалось, и в период значительного развития опухолевого процесса наблюдалось исхудание и повышение температуры тела до 37,5—38°. Ускоренная РОЭ от 25 до 50 мм/час. определялась у 9 больных, лейкоцитоз 10—15000—у 4. Лейкоцитарная формула была без особых изменений.

Остеогенная саркома у 13 больных локализовалась в подвздошной кости, у 7—в лобковой, у 1—в крестце. В подвздошной кости чаще поражалась подвздошная ямка и отдел, прилежащий к крестцово-подвздошному сочленению. Лобковая кость поражалась или полностью или только ее верхняя ветвь.

Из рентгенологических данных видно, что остеогенная саркома в костях таза протекает по остеолитическому, остеобластическому и сме-

шанному типу. Остеолитические изменения нами определялись в виде одиночного неправильной формы гомогенно просветленного неправильного и нечетко очерченного очага деструкции. Периостальная реакция как в начале, так и в поздних стадиях заболевания не наблюдалась. На фоне мягких тканей за пределами кости, как правило, прослеживалась тень самой опухоли. Смешанная форма остеогенной саркомы в костях таза встречалась в различных вариантах сочетания процесса остеолиза и опухолевого костеобразования. В одних наблюдениях преобладали остеолитические процессы, в других — значительнее была выражена деструкция, в третьих — в одинаковой мере наблюдали то и другое. Остеолитические изменения при смешанной форме остеогенной саркомы определялись в виде мелких узловатых включений. При остеолитической и смешанной формах остеогенной саркомы у 5 больных наблюдались патологические переломы, у 3 — продавливание вертлужной впадины.

Значительные трудности представляет распознавание остеогенных сарком у больных старше 25—30 лет, когда речь идет о дифференциации между остеогенной саркомой и одиночным литическим метастазом. В таких случаях только тщательное клинико-рентгенологическое исследование может разрешить довольно трудную задачу.

При локализации остеолитической и смешанной форм остеогенной саркомы в крыле подвздошной кости вблизи крестцово-подвздошного сочленения у 5 больных мы наблюдали переход патологического процесса с подвздошной кости на крестец.

Остеобластические изменения при остеогенной саркоме костей таза были выявлены у 5 больных при локализации процесса в подвздошной кости.

Рентгенологически остеобластические изменения характеризовались наличием неправильной формы участков уплотнения с нечеткими контурами. По данным литературы [2, 3, 7, 8], остеогенная саркома тазовых костей не сопровождается периостальной реакцией. Однако при остеобластической форме остеогенной саркомы мы наблюдали периостальную реакцию в виде игольчатого периостата.

Таким образом, при локализации остеогенной саркомы в костях таза ранним клиническим симптомом является боль. Чаще боли возникают внезапно и быстро достигают значительной степени. Как правило, боли локализируются вдали от места поражения (в нижней конечности, поясничном отделе позвоночника, коленном суставе, голени). Затем появляется быстро увеличивающаяся припухлость, которая у ряда больных выявляется только при исследовании через прямую кишку.

Остеогенная саркома чаще локализуется в подвздошной кости, поражая подвздошную ямку или отдел, прилежащий к крестцово-подвздошному сочленению. Рентгенологически чаще наблюдается остеолитическая форма, реже смешанная и остеобластическая. Периостальная реакция в виде игольчатого периостата наблюдается только при остео-

бластической форме остеогенной саркомы. При локализации остеогенной саркомы вблизи крестцово-подвздошного сочленения патологический процесс может распространиться на крестец. Как правило, мягкие ткани увеличены в объеме, инфильтрированы.

Остеогенная саркома костей таза может осложниться патологическими переломами и продавливанием вертлужной впадины.

Киевский рентгено-радиологический и
онкологический институт

Поступило 10/VII 1967 г.

Л. С. РАБИНОВИЧ

ԿՈՆԵՐԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ՍԱՐԿՈՄԱՆԵՐԻ ՕՍՏԵՈԳԵՆ ՌԵՆՏԳԵՆԱԿՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ա. մ փ ո փ ու մ

Հետազոտվել են 9—50 տարեկան 20 հիվանդների կոնքի ոսկրերի օստեոգեն սարկոմաները: Կլինիկական վաղ նշանները ցավերն են՝ վնասված տեղից բավականաչափ հեռու, մեկուսացված (ստորին վերջույթում, ողնաշարի գոտկային մասում և այլն): Անոսահետևողաբար է զարիս աճող ուռուցք, որը մի շարք հիվանդների մոտ հայտնաբերվում է միայն ուղիղ աղիքի միջոցով հետազոտելիս:

Ռենտգենոլոգիայի միջոցով ավելի հաճախ դիտվում է օստեոլիտիկ ձևը: Պերիոստալ ռեակցիան ասեղնավոր պերիոստատի տեսքով երևան է գալիս միայն օստեոգեն սարկոմայի օստեոբլաստիկ ձևի ժամանակ:

Կոնքի օստեոգեն սարկոման հաճախ բարդանում է պաթոլոգիկ և զրոստոսկրային իջվածքի ճնշմամբ և ջարդվածքներով:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Волков М. В. Ортопедия, травматология и протезирование, 1958, 3, стр. 23.
2. Дьяченко В. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1958.
3. Лагунова И. Г. Опухоли скелета. М., 1962.
4. Петров Ю. В. В кн.: Злокачественные опухоли, т. 3, ч. II. Л., 1962, стр. 75.
5. Покровский С. А. Рентгенодиагностика опухолей костей. Киев, 1954.
6. Рабинович Ю. Я. Автореферат. М., 1959.
7. Рейнберг С. А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. М., 1955.
8. Рубашева А. Е. Частная рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Киев, 1961.
9. Струков В. А. Вестник рентгенологии и радиологии, 1959, 4, стр. 87.
10. Червениянский Я., Косей П. Ортопедия, травматология и протезирование, 1959, 6, стр. 27.
11. Шевченко И. Т., Покровский С. А., Ганина К. П. Новый хирургический архив, 1958, 6, стр. 56.
12. Шевченко И. Т. В кн.: Основы профилактики злокачественных опухолей. Киев, 1962, стр. 197.
13. Geschickter Ch. a. Copeland M. Tumors of bone. Philadelphia, 1949, 3.
14. Schmidseider M. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie, 1914, 80, 3-4, 225.
15. Sherman R., Snyder R. Am. J. Roentgenol, 1947, 58, 3, 291.
16. Fillmans. Цитировано по М. Schmidseider.