

Жообасарова Д.Ж.

**ОМУРТКА ТУТУМУНУН МЕТАСТАТИКАЛЫК ЖАБЫРКАШЫНЫН
КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Жообасарова Д.Ж.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА**

D.J. Joobasarova

CLINICAL FEATURES OF METASTATIC LESIONS OF THE SPINE

УДК:616.71 – 006

Макалада Ош облусттар аралык онкология борборунда дарыланып жүргөн бейтаптардын омуртка тутумунун метастатикалык жабыркашынын клиникалык өзгөчөлүктөрүнүн анализдөөсү көрсөтүлгөн.

Ачкыч сөздөр: оору, омуртка тутумунун метастатикалык жабыркашы, баитапкы ишиик, клиникалык белгилер.

В статье изложен анализ клинических проявлений больных метастатическими поражениями позвоночника, находившихся под наблюдением и лечении в ОМОЦО при МЗ КР.

Ключевые слова: боль, метастатические поражения позвоночника, первичная опухоль, клинические симптомы.

The article describes the analysis of the clinical manifestations of patients with metastatic lesions of the spine, under observation and treatment in Osh interregional center of oncology at the Ministry of Health.

Keywords: pain, spinal metastatic lesions, primary tumors, clinical symptoms.

Актуальность проблемы: Несмотря на достижения современной медицины, процент своевременной диагностики метастатических поражений костной ткани несколько ниже, и это связано, с одной стороны, с тем, что метастатические очаги бессимптомны до момента патологического перелома [1,3]. С другой стороны, это обусловлено еще и низкой онкологической настороженностью врачей.

Клиническая картина зависит от уровня поражения, расположения метастатической опухоли по отношению к спинному мозгу, скорости нарастания компрессии спинного мозга, особенностей кровоснабжения спинного мозга в области поражения.

Первым клиническим проявлением компрессии спинного мозга в продромальной фазе у 70–97% пациентов является боль в спине. Болевой синдром, который плохо поддается лечению и является наиболее значимой причиной снижения качества жизни [2,3,5]. При метастатическом поражении позвоночника нередко развивается корешковый синдром [3].

На ранних этапах своего развития метастазы клинически являются «немыми» очагами и распознаются лишь с помощью лучевых методов диагностики.

Материалы исследования: Под нашим наблюдением в Ошском межобластном центре онкологии при МЗ КР находилось 78 больных с метастазами в

позвоночник из них: рак молочной железы наблюдали у 33 больных, что составило 42,3%, и это подтверждает данные литературы о более частом поражении позвоночника при раке молочной железы, предстательной железы в 15,4%, не выявленном первичном очаге – 15,3%, легкого - 6,4%, новообразованиях лимфатической ткани - 5%, шейки матки – 5,1%, костей- 2,6%, щитовидной железы -1,3%, почек и надпочечников- 2,6%, меланоме кожи – 1,3%.

Отмечается особенность метастазирования в кости в зависимости от гистологической структуры первичной опухоли. Так, при раке молочной железы чаще наблюдались метастазы инвазивной протоковой формы - 25 %, солидных формах внутрипротокового рака и аденокарциномы по - 12%, при раке легкого чаще обнаруживались метастазы в кости плоскоклеточного рака у 4 пациентов.

Таблица 1

**Соотношение числа больных МПП с наличием
отдаленных метастазов в других органах**

Метастазы в других органах	Больные с наличием метастазов в других органах и системах	Больные без выявленных метастазов в других органах	Больные с мпп без выявленной первичной опухоли	Всего больных
легкие	1	-	-	
головной мозг	1	-	-	
прямая кишка	1	-	-	
лимфоузлы	2	-	-	
печень	3	-	-	
кости таза	4	-	-	
Всего:	12	34	12	78

При генерализации злокачественного процесса, как видно из таблицы 1, увеличивается и частота метастазов в позвоночник. В 12 наблюдениях метастатические поражения позвоночника диагностированы на фоне уже имеющихся отдаленных метастазов в другие органы и системы, легкие, печень, головной мозг, прямая кишка, лимфатические узлы, кости таза.

Клиническая картина метастатических поражений позвоночника была различной, от бессимптомных скудных субъективных и объективных признаков, до ярких клинических проявлений, связанных с

бурно прогрессирующими деструктивными изменениями в тканях позвоночного столба.

Количественная оценка болевого синдрома проводилась по Визуально Аналоговой Шкале (Кукушкин М.Л., Хитров Н.К., 2004). Эта шкала представляет собой прямую линию длиной 10 см. В нашем исследовании шкала градуировалась в процентом отношении, длина шкалы принималась за 100%. Начало ее соответствует отсутствию боли - 0%, конечная точка на шкале отражает мучительную, невыносимую боль - 100%. Каждый сантиметр на шкале соответствует 1 баллу или 10%, если оценка идет в процентном соотношении.

Таблица 2

Оценка интенсивности болевого синдрома

Степень боли	Оценка по ВАШ	Кол-во больных	%
Умеренная боль	30-60 %	12	15.3
Сильная боль	61- 80 %	38	48.7
Очень сильная боль	81 – 100 %	28	35.9
Всего:	78	78	99.9

Перед проведением терапии и через 3-4 недели после окончания курса больному предлагалось сделать на этой линии отметку, соответствующую интенсивности испытываемой им боли. Как видно из таблицы 8 интенсивность болевого синдрома оценивалась как умеренная от 30 до 60% (у 12 больных), сильная от 61 до 80% (38 пациентов), очень сильная от 81% и выше (28 случаев).

Во всех случаях мы наблюдали болевой синдром в пораженном отделе позвоночника, чаще в пояснично-крестцовом отделе, так как в большинстве случаев была поражена поясничная область позвоночника 39 (50%) больных. Грудной отдел позвоночника был поражен в 28(35,8%) случаях, шейный отдел позвоночника – 3(3,8%) наблюдениях, крестцовый отдел сочетанные поражения у 8 (10,2%) пациентов.

Боли в спине были различной интенсивности от незначительных ноющих болей до нестерпимых болей. Обычно боль сначала преходящая и постепенно прогрессирует, реже возникает остро и с самого начала бывает интенсивной. Боли и корешковые симптомы часто были связаны с компрессионным патологическим переломом, наблюдали у 13 (16,6%) больных, или смещением пораженного позвонка у 6 (7,7%) больных. Поэтому большинство больных боль связывали с конкретной травмой – падением, резким наклоном или поворотом туловища. Боли в поясничной области позвоночника иррадиировали в нижние конечности 65(83,3%) больных, усиливались при перемене положения тела 74(94,8%) пациента, при физической нагрузке 13 (66,6%) наблюдений, у 69(88,4%) больных, боли были постоянного характера. Во 69 случаях боль в области позвоночника была первым проявлением метастатического поражения позвоночника. Боль в спине сопровождалась другими неврологическими проявлениями как: онемение (32%), мышечная сла-

бость (18%), ограничение движений нижних конечностей (36%) вплоть до полной обездвиженности (12%), нарушение тазовых функций (47%), общими симптомами являлись повышение температуры тела, уменьшение массы тела и общая слабость, данные представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота симптомов метастатических поражений позвоночника

№	Симптомы	Кол-во больных	%
1	Боль в позвоночнике	78	100
2	Онемение в различных отделах конечностей	25	32
3	Мышечная слабость	14	18
4	Парезы нижних конечностей	28	36
5	Параличи нижних конечностей	9	12
6	Нарушение тазовых функций	37	47

Все вышеуказанные жалобы встречались и при других поражениях позвоночника как: грыжи, протрузии межпозвонковых дисков, анкилозирующем спондилите, патологий тазобедренного сустава, миеломной болезни и остеохондрите, туберкулезном спондиллите. Боли при метастатических поражениях позвоночника не имеют особой специфичности. Вследствие чего многие больные с метастатическими поражениями позвоночника находились длительное время (1-3 года) под наблюдением врачей неврологов, нейрохирургов, ортопедов. Тщательное обследование обычно позволяло установить причину боли. Диагностической ошибкой являлось невнимание к особенностям болевых ощущений, локализации боли, характеру боли и отсутствие онкологической настороженности.

В 12 (15,3%) случаях, метастатическое поражение позвоночника обнаружены без выявленного первичного очага, в 22 (26,9%) случаях одновременно с первичным очагом метастаза.

У больных с выявленными первичными опухолями признаки метастатических поражений позвоночника диагностированы в различные сроки после выявления первичной опухоли.

Таблица 4

Сроки выявления метастатических поражений позвоночника после обнаружения первичной опухоли

	Одно вр-о с первичной опухолью	До 6 мес.	От 6 до 12 мес.	От 1 до 3х лет	От 3 до 5 лет	5-10 лет	10 лет и выше
Рак молочной железы	7	3	5	9	2	5	2
Рак предст-ной железы	3	9					
Рак легких	2	1	1	1			
Рак шейки матки	2	1		1			
Новообраз-е лимфатич. ткани	3	1					

Рак желудка	2						
Опухоли костей и соед. тк		1			1		
Рак щитовидной железы	1						
Рак надпочечников	1						
Рак почек		1					
меланома кожи			1				
Всего:	21 (31,8 %)	17 (25,7 %)	7 (10,7 %)	11 (14,1 %)	3 (4,6 %)	5 (7,7 %)	2 (3,0 %)

Таким образом, сроки обнаружения метастазов в позвоночник с момента появления первых признаков поражения могут быть различными.

В наших наблюдениях они составили от 1 месяца и выше 10 лет. У 21 больного (31,8%) метастатический характер поражения был установлен одновременно с первичной опухолью, и у 17 (25,7%) до 6 месяцев.

Сроки появления метастазов в позвоночник с момента окончания лечения первичной опухоли, колебались в различных пределах. Из общего числа больных (66), которым проведено лечение по поводу первичной опухоли, наиболее часто метастазы были диагностированы в сроки до 1 года (36,3%), между тем у 2(3%) больных, поражение позвоночника было выявлено спустя 10 лет и более после полного излечения первичной опухоли, как видно из таблицы 4.

Выводы:

1. Клиническая симптоматика метастатического поражения позвоночника представляется широкой: от бессимптомных и скудных субъективных и объективных признаков до ярких клинических проявлений, связанных с бурно прогрессирующими деструктивными изменениями в тканях, ограничением движений в конечностях вплоть до паралича, что вынуждало больных обратиться к невропатологу.

2. Метастатическое поражение позвоночника при опухолях разных органов наблюдалось с разной частотой, и в различные сроки после лечения первичной опухоли.

Использованная литература:

1. Злокачественные новообразования в России в 2013 г. (заболеваемость и смертность), под редакцией А.Д.Каприна, В.В.Старинского, Г.В.Петровой.М.: 2015.
2. Зубарев А.В. Диагностический ультразвук. Костно-мышечная система. 1-изд. -М.: ООО «Фирма-Стром», 2002. - 5-31 с.
3. Холин А.В. Магнитно-резонансная томография при заболеваниях центральной нервной системы / А.В Холин. - Изд. 2-е, переработ. - СПб.: Гиппократ, 2007. - 207-225 с.
4. Бажадуг О.Б. Значение выявления микрометастазов в крови и костном мозге у больных раком, молочной железы / О.Б. Бажадуг Н.Н.,Тупицин, С.А. Тюлядин // Современная онкология. Актуальные вопросы клинической онкологии. - 2004. №4, том 6 - С. 149-150.
5. Комаров И.Г., Комов Д.В. Метастазы злокачеств. опухолей без выявленного первич. очага.– М.: Триада_X.

Рецензент: д.м.н., профессор Макимбетов Э.К.