

Государственный Медицинский Университет г. Семей

СРС

На тему: «Злокачественные опухоли костной
ткани»

Выполнил : Ибраева Зарина

507 группа ОМФ

Проверил: Бахтыбаев Д.Т

г. Семей 2015 год

Введение:

- Опухоли костной ткани наблюдаются преимущественно в детском и молодом возрасте. Различают доброкачественные и злокачественные опухоли.
- **Злокачественные опухоли** чаще встречаются у лиц мужского пола.
- Наиболее частая локализация — трубчатые кости.

Классификация костных опухолей по С.Т. Зацепину.

1. Опухоли из хрящевой ткани:

- Хондросаркома
- Первично злокачественная хондробластома
- Злокачественная хондромиксоидная фиброма

2. Опухоли из костной ткани

- Остеогенная саркома
- Околокостная саркома
- Злокачественная остеобластома

- **3. Опухоли из соединительной ткани разных видов:**
 - Злокачественная хордома
 - Злокачественная фиброзная гистiocитoма
 - Фибросаркома кости
 - Липосаркома
- **4. Опухоли из сосудистой ткани:**
 - Ангиосаркома и ее разновидности.
- **5. Опухоли из ретикулярной стромы костного мозга:**
 - Саркома Юинга. Злокачественная лимфома
 - Миелома

Остеогенная саркома

- **самая злокачественно опухоль костоно – суставной системы;**
- по частоте встречаемости занимает 3 место после метастазов и миеломной болезни;
- происходит из костной ткани - остеоидов (на разных стадиях развития остеогенеза)



- Мужской пол поражается в 2 раза чаще женского
- В 65% всех случаев -10-30 лет и чаще всего развивается к периоду полового созревания
- **Типичная локализация - длинные трубчатые кости** (чаще нижние конечности-1-е место бедро, 2-е-ББК, плечевая кость), реже плоские и короткие

Типы остеогенных сарком (по разновидности опухоли)

- склерозирующий (бластический)
- литический
- смешанный
- телеангиоэктатический

Формы остеогенных сарком по росту и локализации в кости

по длиннику кости

- метадиафизарная
- диафизарная

по поперечнику кости

- периферическая (интракортикальная, из периоста в кортикальный слой)
- центральная (интрамедулярная, из внутренних отделов кортикального слоя распространяется на весь цилиндр кости)
- периостальная (в периосте, распространяется вдоль диафиза)

Стадии развития остеогенной саркомы

Начальная (локализованная) -

опухоль располагается внутрикостно, замыкательная пластинка кости и надкостница не повреждены

Развитая (распространенная) -

опухоль разрушает замыкательную пластинку кости и надкостницу, выходит за ее пределы

Основные клинические симптомы, наблюдающиеся у больных остеогенной саркомой

Болевой синдром

По течению:

- боль возникает периодически (начальная стадия)
- носит постоянный характер (развитая стадия)

По интенсивности:

- боль носит неопределенный характер (начальная стадия)
- ноющая боль, беспокоит в покое и в ночное время (развитая стадия)
- постоянная острая, не купирующаяся анальгетиками боль (развитая стадия)

Припухлость мягких тканей

- незначительная, определяется до появления болевого синдрома (начальная стадия)
- возникает одновременно с появлением боли (развитая стадия)
- определяется в течение 1 – 3 месяцев после появления болевого синдрома (развитая стадия)

Нарушение функции конечности (развитая стадия)



www.radiomed.ru



www.radiomed.ru





13 лет, остеогенная остеобластическая саркома, начальная стадия развития и развитая форма

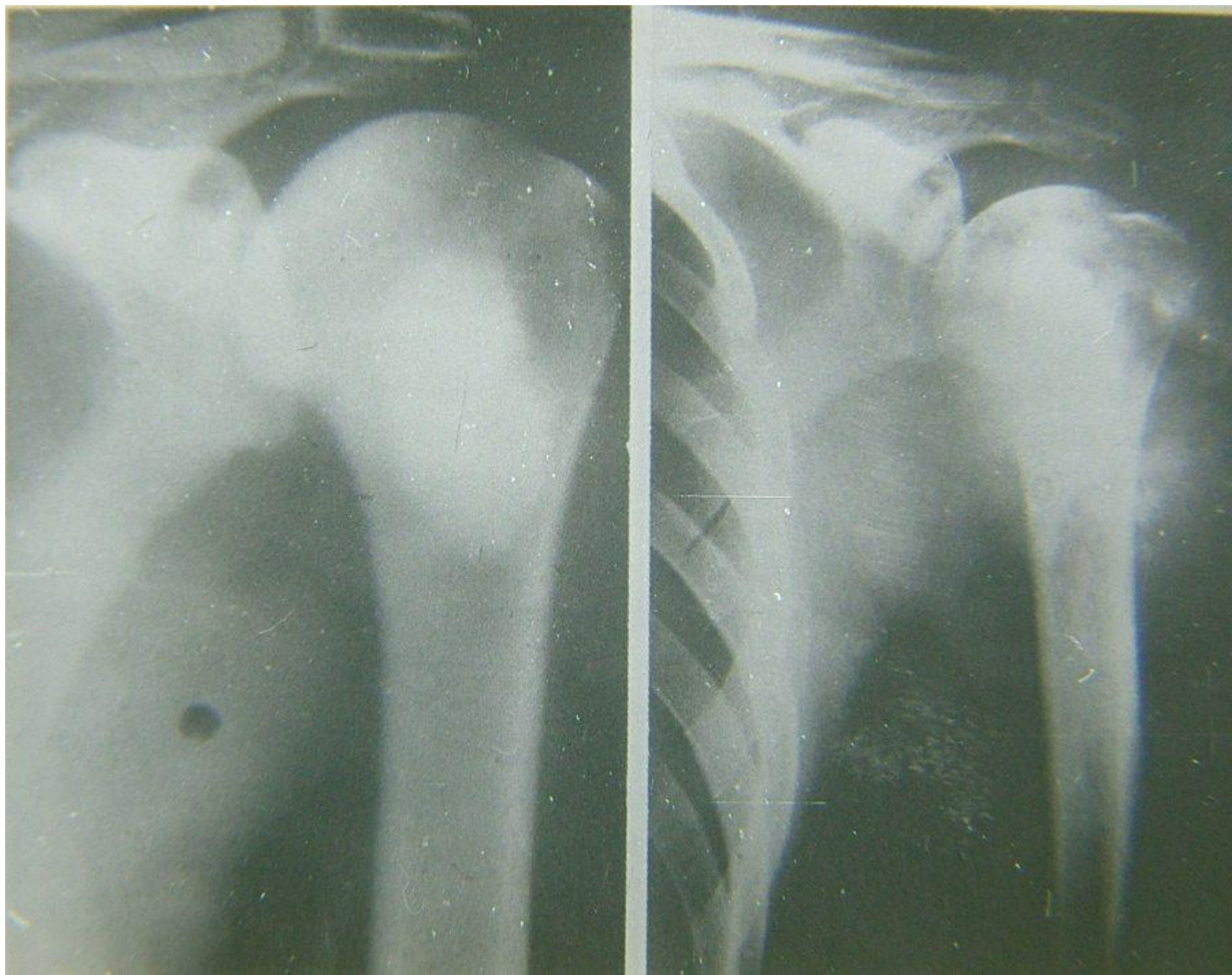
Анамнез –
ушиб.

Р-ски: в кости
множественные
участки
уплотнения
без четких
контуров.

Через 6 -
месяцев
метастазы в
мягких тканях



20 лет, остеогенная остеобластическая саркома,
начальная стадия развития и развитая форма

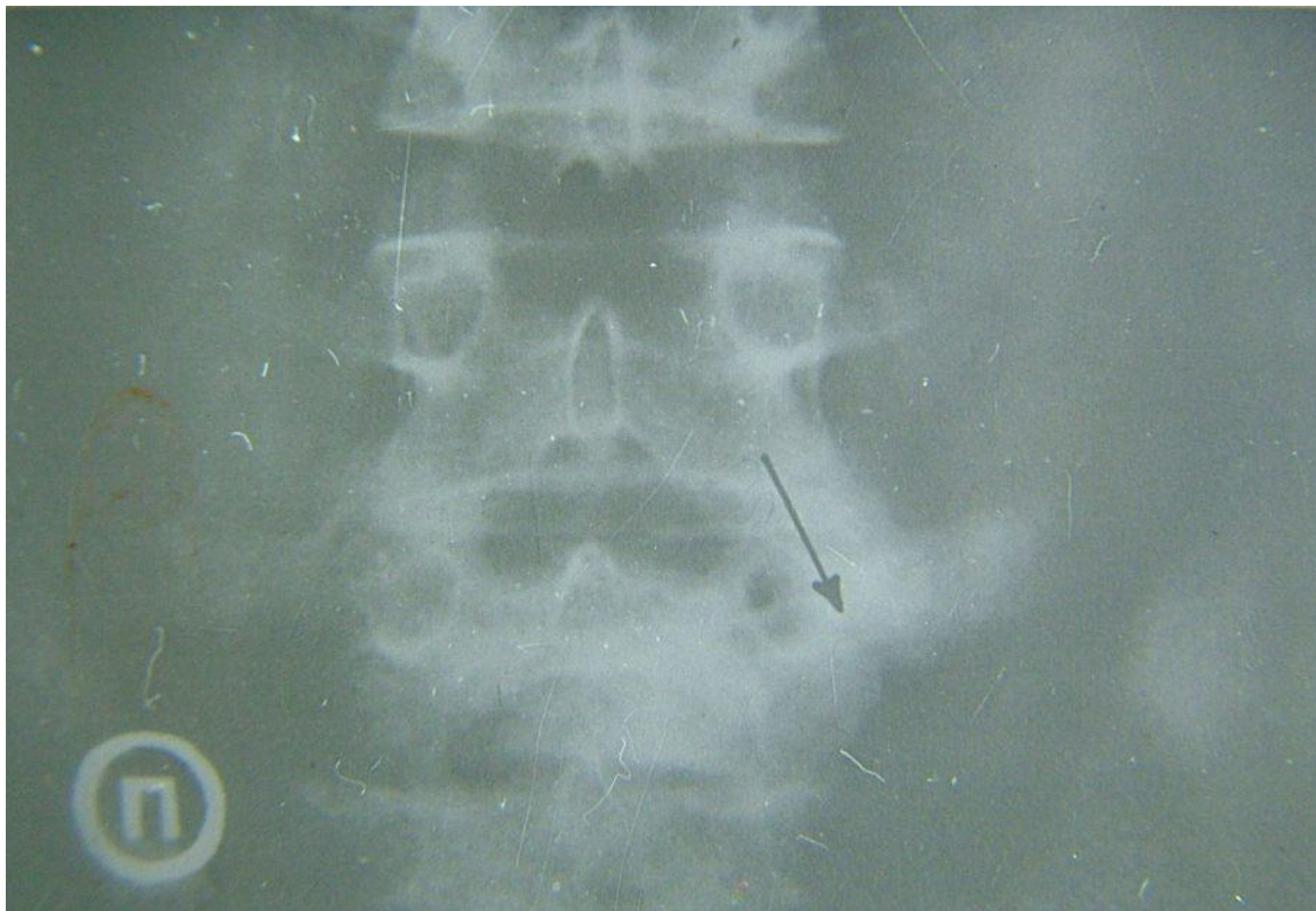


Рентгенологи –
ческая
картина
«шаровидных
уплотнений»
по Рейнбергу

15 лет, остеогенная остеобластическая саркома,
начальная стадия развития и развитая форма



20 лет, остеогенная остеобластическая саркома, начальная стадия развития
(редкая локализация)



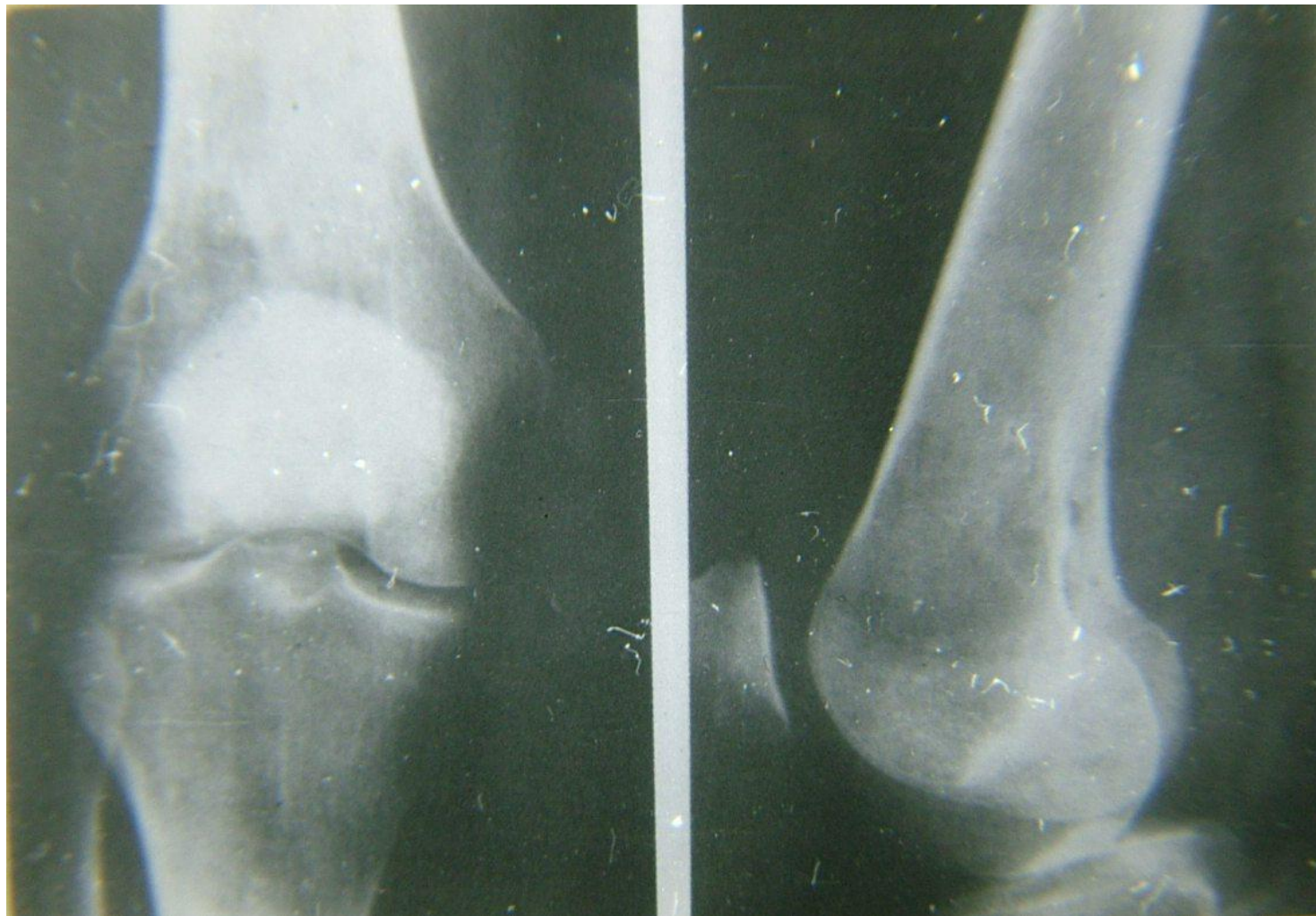
11 лет, остеогенная остеолитическая саркома,
начальная стадия развития и развитая форма

В анамнезе
заболевания
ушиб
коленного
сустава,
проводились
тепловые
процедуры.
Контроль
через 6
месяцев



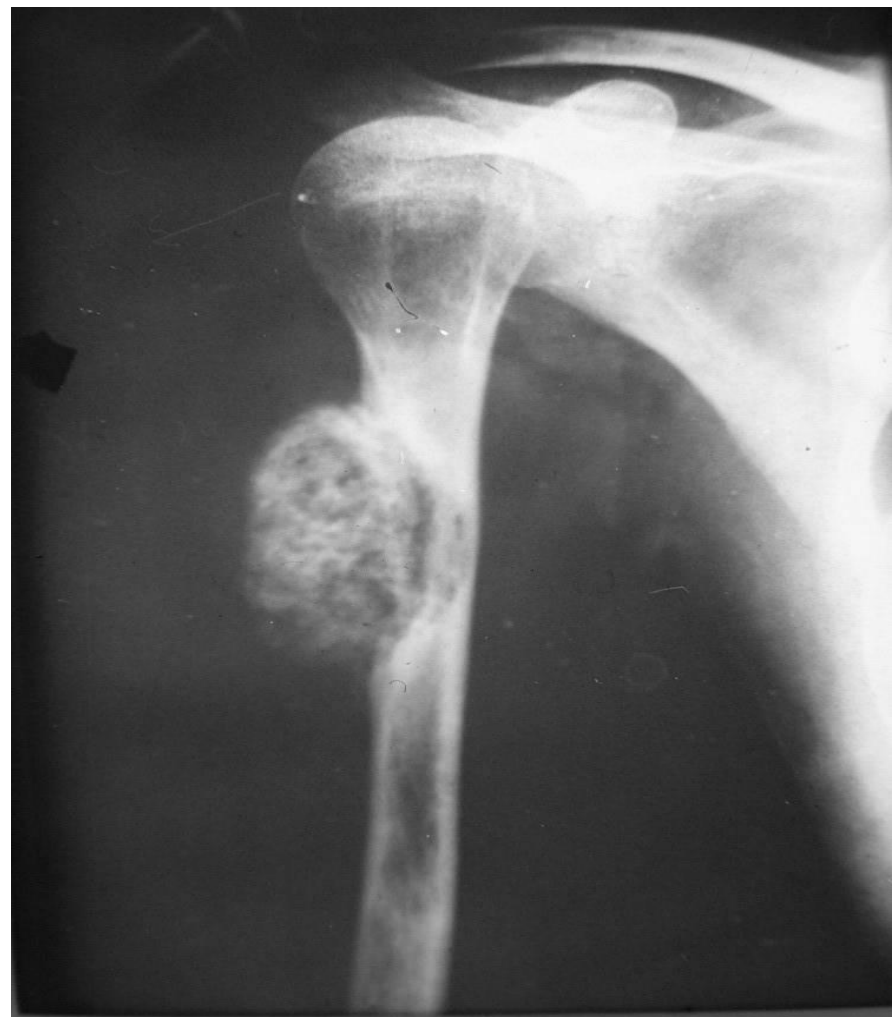
21 год, остеогенная остеолитическая саркома, начальная стадия развития

Дз:
ревматоидный
полиартрит,
«пятнистый
остеопороз».
Р-ски: участки
остеолитической
деструкции, с
нечеткими
контурами.
Через 3 мес –
ноющие боли -
распространение
процесса.



Хондросаркома

- Частота по отношению к больным с первичными злокачественными опухолями костей составляет 13%
- Первичные хондросаркомы обычно свойственны лицам старше 30 лет
- В детском возрасте хондросаркома встречается редко .



- Излюбленной локализацией хондросаркомы в длинных трубчатых костях является эпиметафиз у взрослых и метафиз у детей
- в 2/3 случаев поражают плоские кости, туловище и проксимальные метадиафизы конечностей
- Реже поражаются кости таза, лопатка, ребра и мелкие кости

- Различают центральные и периферические, а также внутрисуставные, экстра- и параоссальные новообразования
- В клинике постепенно усиливается боль при пальпации и в покое, появляется припухлость, возможно повышение температуры тела.

Рентгенологически

При центральном расположении

- определяется очаг деструкции с неровными и нечёткими контурами
- У взрослых очаг деструкции распространяется в сторону сустава, разрушается эпифизарная пластинка, опухоль может прорасти в сустав.
- Кортикальный слой истончается, разрушается и за пределы кости выходит очень нежная тень хондросаркомы.

- Периостальная реакция выражена незначительно и преимущественно по типу периостального козырька
- При больших размерах очага деструкции возможен патологический перелом. Это картина преимущественно литического типа хондросаркомы, при котором наблюдается незначительное вздутие пораженного отдела кости.

При периферическом расположении

- с преимущественным обызвествлением, встречающемся реже, кость в пораженном отделе незначительно расширена в поперечнике.
- Участок склероза без чётких границ может заполнять костномозговой канал.
- Внутренний контур кортикального слоя сливается с этой обызвествленной тенью.
- В меньшей степени выражены очаги деструкции. Они множественные, мелкие, без чётких контуров.

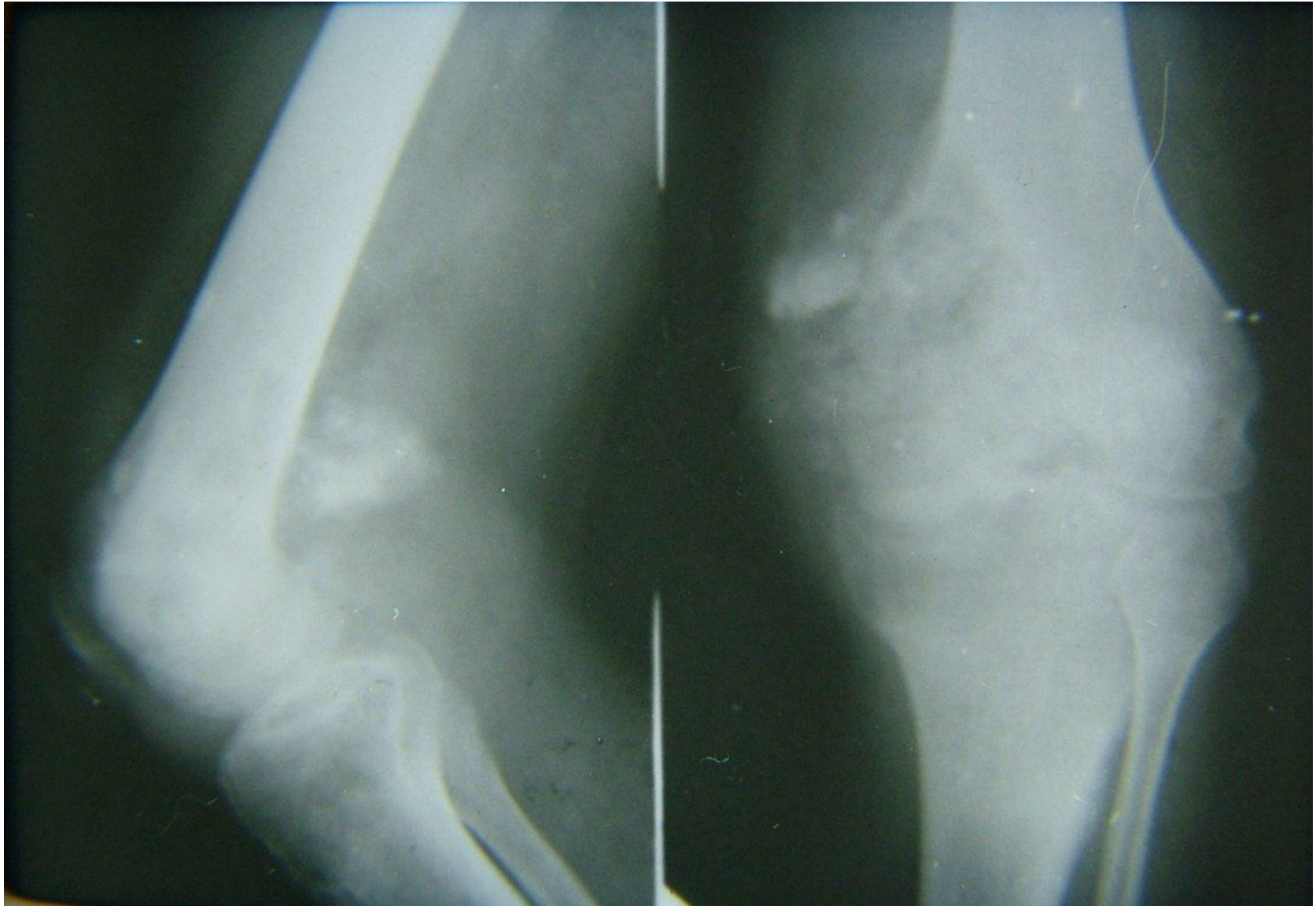
Хрящеподобная матрица в хрящевых опухолях, как хрящевая опухоль, хондросаркома.



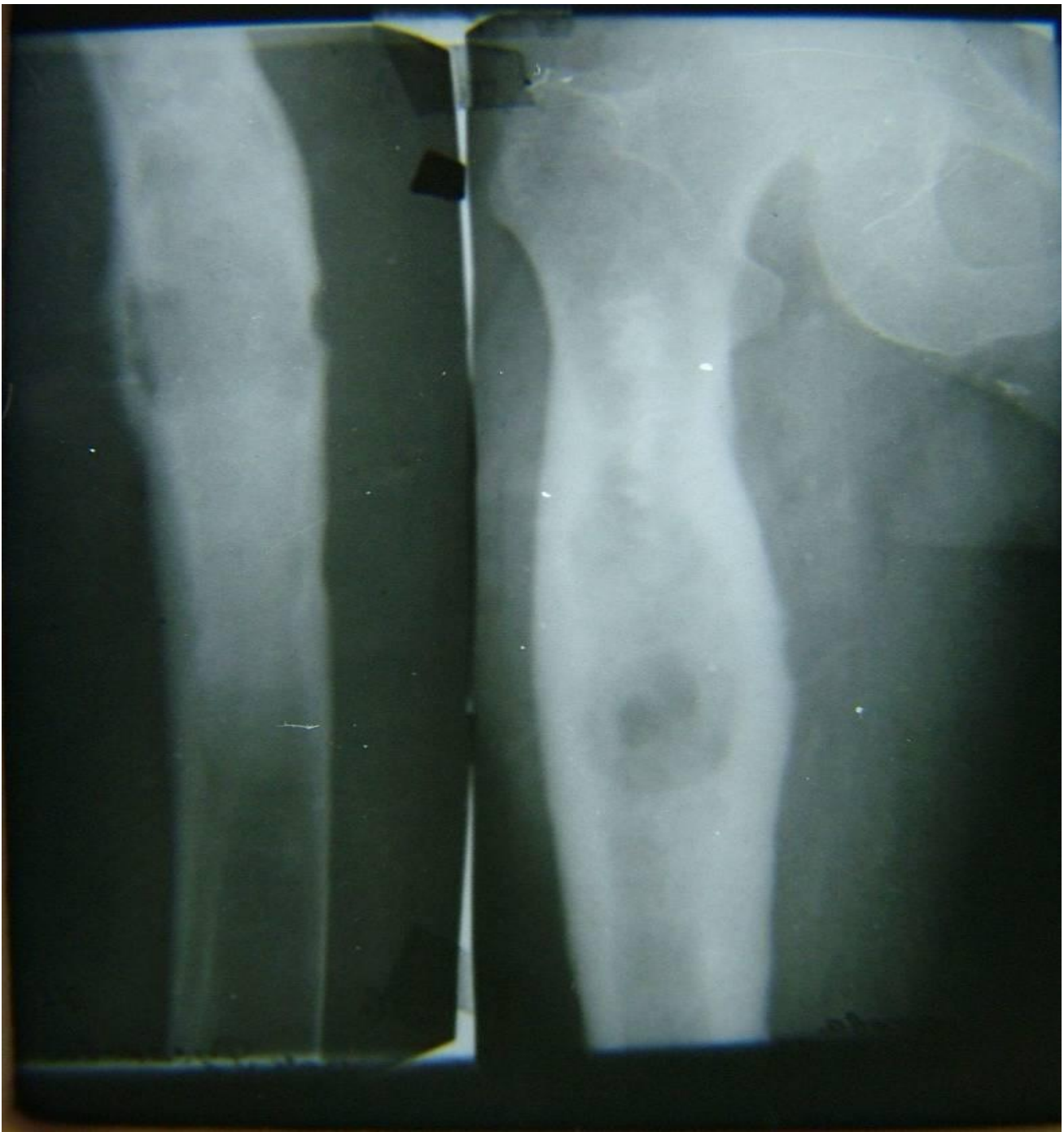
Хондросаркома (начальные проявления)



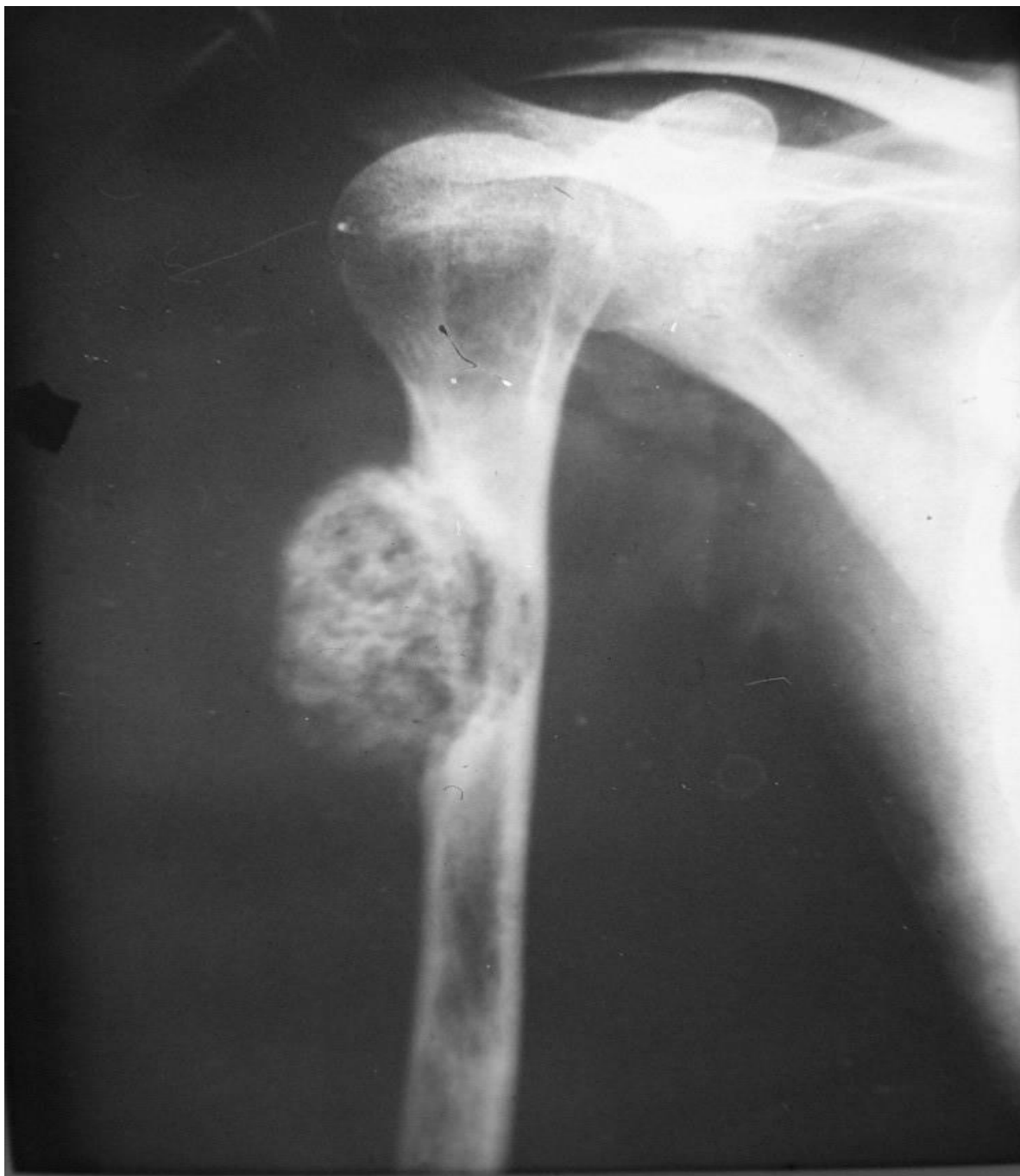
Хондросаркома (развитая форма)



Х
О
Н
Д
р
о
с
а
р
к
о
м
а



озлокачествл
ение
Остеохондро
мы



Саркома Юинга

- недифференцированная круглоклеточная саркома
- встречается относительно редко
- преимущественно наблюдается у детей и подростков
- Однако болеют люди и старше 30-50 лет
- Соотношение мужчин и женщин равно 2:1.

- Первым симптомом болезни может быть боль. Боли носят непостоянный характер. В периферической крови умеренный лейкоцитоз. Подъём температуры тела.
- Опухоль Юинга, как правило, солитарна
- Реже наблюдается полиоссальная локализация
- Поражаются **длинные трубчатые кости и плоские кости**
- Характерно поражение диафиза длинных трубчатых костей, может поражаться метафиз и очень редко - эпифиз.

Рентгенологическая картина опухоли Юинга **многообразна**, но в большинстве случаев она складывается **из трех КОМПОНЕНТОВ**:

- очаги деструкции (различного диаметра)
- эндостальная реакция
- периостальные наслоения

- При опухоли Юинга отмечается **утолщение и продольное разволокнение кортикального слоя за счет мелких, продольных интракортикальных очагов деструкции костной ткани, что следует учитывать при дифференциальной диагностике**
- При разрушении кортикального слоя в ряде случаев на уровне очага деструкции за пределами кости **определяется мягкотканый компонент опухоли.**

- Ряд авторов выделяют рентгенологические формы опухоли Юинга
 1. Центральная
 2. Периферическая
 3. Диффузная
- Подобное разделение уместно лишь для начальных стадий процесса

Центральная форма

- костномозговой канал расширен
- определяются округлой или овальной формы очаги деструкции костной ткани
- чередующиеся с участками склероза выражена периостальная реакция.

Периферическая форма опухоли Юинга

- характеризуется очагом деструкции краевого расположения
- и наличием «периостального козырька».
- Помимо реакции надкостницы по типу периостального козырька может наблюдаться слоистый периостоз от края очага деструкции

Диффузная форма

- характеризуется поражением всего объема кости.
- Превалирует мелкоочаговая деструкция в сочетании с пятнистым уплотнением кости и периостозом.

Наблюдение OIa-Ia.

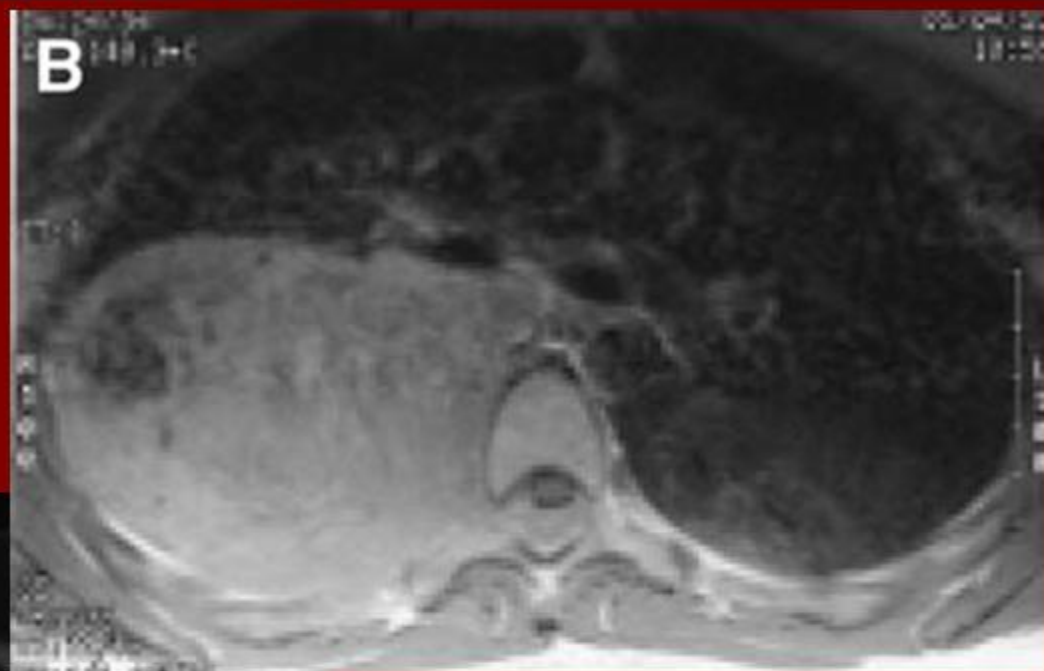
Саркома Юинга. Ч. 1.

Мальчик, 10 лет. Жалобы на боли и припухлость в предплечье.

По результатам цитологии - саркома Юинга.



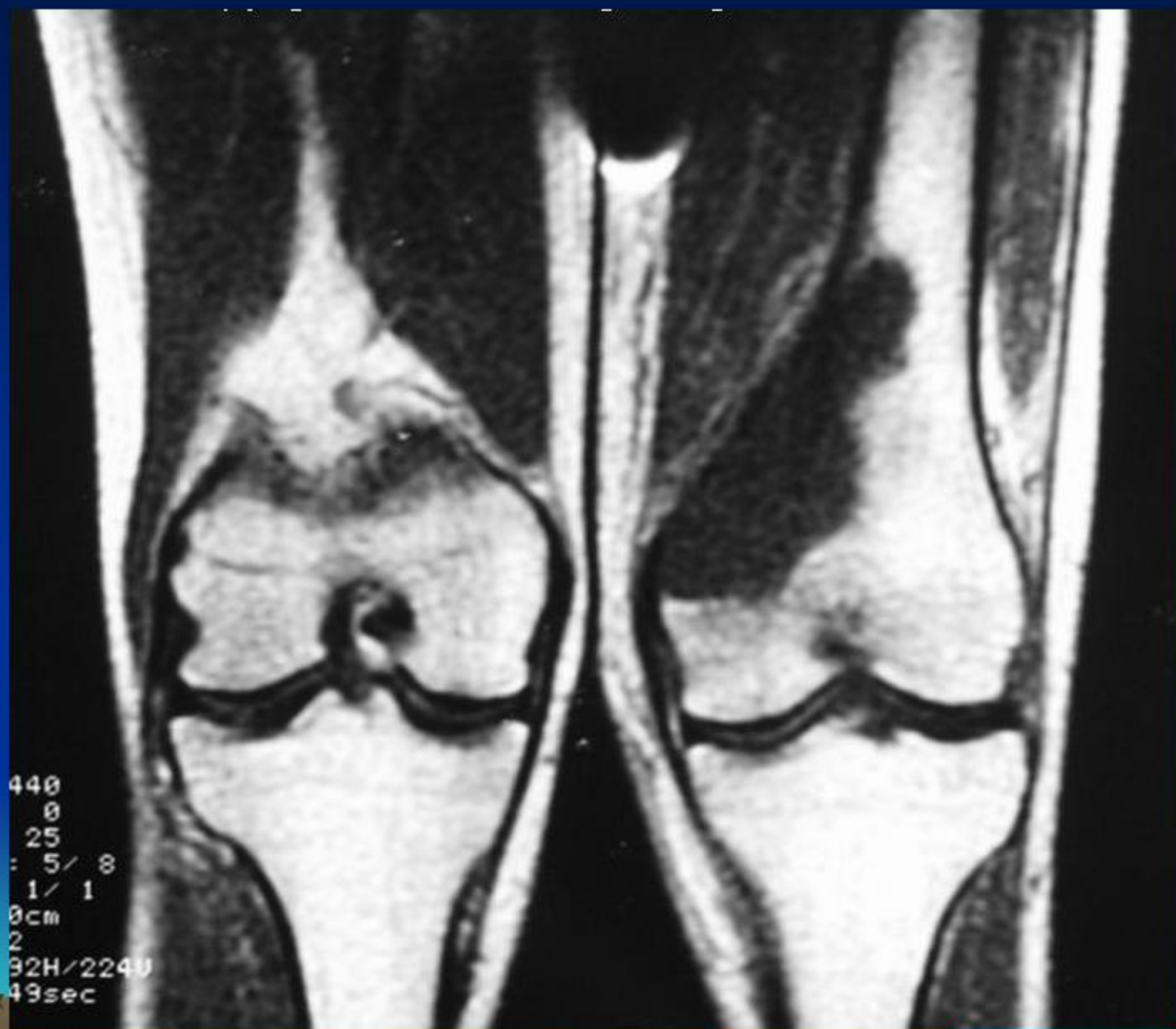
Саркома Юинга



Саркома Юинга



Саркома Юинга.



Залог успешного лечения
онкологического пациента зависит
только от правильного лечения, которое
возможно при сочетании:

- Правильного диагноза
- Тактики лечения
- Химиотерапии
- Лучевой терапии
- Хирургического лечения
- Гормонотерапии
- Иммунотерапии

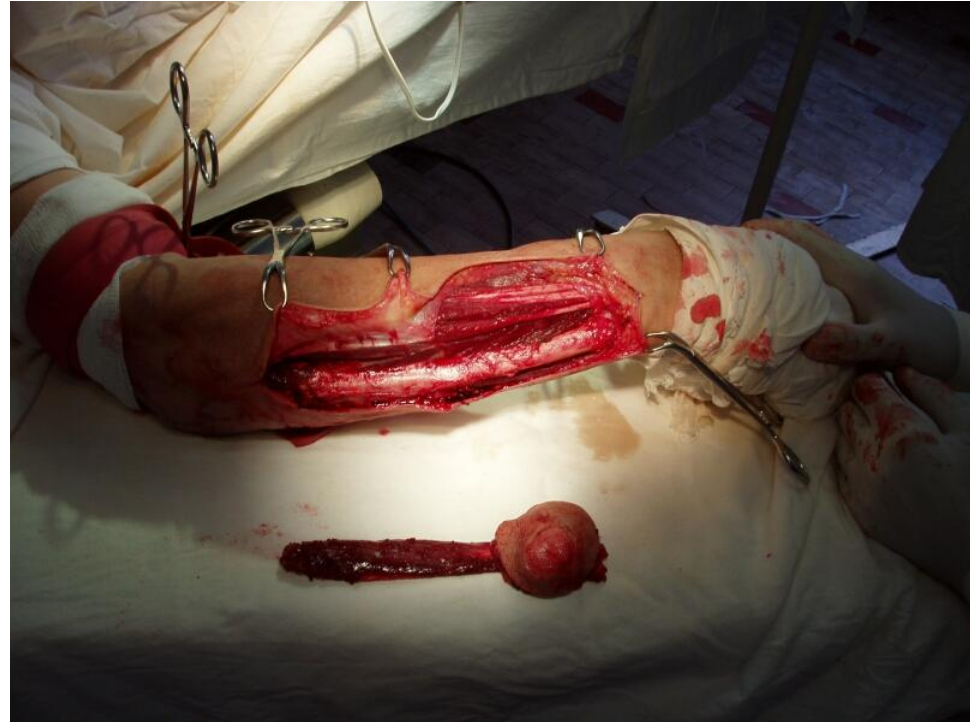
- **Цель хирургического вмешательства** – удаление всей опухоли в пределах здоровых тканей.
Если еще 10 лет тому назад возникновение злокачественной опухоли на конечности приводило к потере пораженной конечности, то в настоящее время наблюдается тенденция к **сохранению конечности**.
- Часть пораженной кости может быть удалена с последующим **замещением дефекта** другой костью или металлическим протезом для сохранения функции конечности.

- При значительных размерах опухоли сначала проводится химиотерапия или лучевая терапия, а затем после сокращения размеров опухоли выполняется сохранная операция.

Ампутации (удаление конечности) выполняются нечасто. В послеоперационном периоде больному изготавливают **протез**.

В случае метастатического поражения легких иногда производятся операции по удалению опухолевых узлов.

- Применяют следующие операции:
- Энуклеация опухоли
- Резекцию кости с аллопластическим замещением дефекта
- Эндопротезирование костей и суставов



Установлен эндопротез локтевого сустава

