КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОЙ ОСТЕОСАРКОМОЙ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Кобилов О.Р.
Абдурахимова Д.Д.
Эркинова О.Ж.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет

Актуальность. Остеосаркома представляет собой одну из наиболее агрессивных первичных злокачественных опухолей костей и преимущественно поражает лиц детского, подросткового и молодого возраста. Несмотря на совершенствование методов диагностики и комплексного лечения, местно-распространённые формы заболевания остаются сложной клинической проблемой вследствие значительной распространённости первичной опухоли, вовлечения окружающих мягких тканей и высокой вероятности последующего метастатического прогрессирования. Современная лечебная стратегия предусматривает проведение системной химиотерапии с последующим хирургическим удалением первичного опухолевого очага. В соответствии с национальным протоколом Республики Узбекистан диагностика остеосаркомы основывается на комплексной клинико-рентгенологической оценке и обязательной морфологической верификации диагноза.

Цель исследования. Изучить клинические и морфологические особенности местно-распространённой остеосаркомы у больных, получавших специализированную онкологическую помощь в Республике Узбекистан, и определить основные характеристики опухолевого процесса, имеющие значение для выбора комплексной лечебной тактики.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ клинических, инструментальных и морфологических данных 64 больных с морфологически верифицированной местно-распространённой остеосаркомой, находившихся на обследовании и лечении в специализированных онкологических учреждениях г. Ташкента в период

2020–2025 гг. Возраст пациентов составил от 9 до 42 лет, средний возраст — 19,6 ± 1,1 года. Мужчин было 39 (60,9%), женщин — 25 (39,1%).

При анализе учитывали возраст и пол пациентов, первичную локализацию и размеры опухоли, наличие мягкотканного компонента, патологического перелома, регионарных и отдалённых метастазов. Морфологическое исследование включало определение гистологического варианта остеосаркомы и оценку степени лечебного патоморфоза после неоадъювантной химиотерапии. Дополнительно анализировали характер выполненного хирургического вмешательства и радикальность удаления опухоли.

Результаты. Наиболее часто опухоль локализовалась в области длинных трубчатых костей нижних конечностей — у 45 (70,3%) пациентов. При этом поражение дистального отдела бедренной кости выявлено у 25 (39,1%) больных, проксимального отдела большеберцовой кости — у 14 (21,9%), проксимального отдела бедренной кости — у 6 (9,4%). Опухоли верхних конечностей выявлены у 8 (12,5%) пациентов, тазовых костей — у 7 (10,9%), других локализаций — у 4 (6,3%). Размер первичной опухоли превышал 8 см у 41 (64,1%) пациента. Мягкотканный компонент опухоли выявлен у 47 (73,4%) больных. Патологический перелом на момент первичного обращения зарегистрирован у 7 (10,9%) пациентов. При первичном обследовании отдалённые метастазы выявлены у 13 (20,3%) больных, преимущественно в лёгких. У остальных пациентов признаков отдалённого метастатического поражения на момент постановки диагноза не выявлено. По данным морфологического исследования преобладала высокозлокачественная остеогенная остеосаркома. Остеобластический вариант выявлен у 38 (59,4%) пациентов, хондробластический — у 10 (15,6%), фибробластический — у 7 (10,9%), телеангиэктатический — у 5 (7,8%), другие морфологические варианты — у 4 (6,3%).

После проведения неоадъювантной химиотерапии оценивали выраженность лечебного патоморфоза в удалённом опухолевом препарате. Выраженный морфологический ответ с некрозом опухолевой ткани ≥90% отмечен у 22 (34,4%) больных. Умеренный ответ выявлен у 18 (28,1%), тогда как у 24 (37,5%) пациентов сохранялся значительный объём жизнеспособной опухолевой ткани. Хирургическое лечение проведено у 57 (89,1%) пациентов. Органосохраняющие операции выполнены у 39 (60,9%) больных, ампутационные вмешательства — у 18 (28,1%). У 7 пациентов хирургическое лечение на данном этапе не проводилось в связи с распространённостью

опухолевого процесса, наличием отдалённых метастазов или отсутствием условий для выполнения радикального вмешательства. Радикальное удаление опухоли с отрицательными краями резекции (R0) достигнуто у 48 (75,0%) пациентов. В 9 (14,1%) случаях выявлены признаки микроскопически неполной резекции (R1).

При сопоставлении клинических и морфологических характеристик установлено, что выраженный лечебный патоморфоз чаще наблюдался у пациентов с меньшим объёмом первичной опухоли и отсутствием исходного метастатического поражения. При крупных опухолевых образованиях с выраженным мягкотканным компонентом чаще сохранялся значительный объём жизнеспособной опухолевой ткани после неоадъювантной химиотерапии.

Заключение. Местно-распространённая остеосаркома в исследуемой группе характеризовалась преимущественным поражением длинных трубчатых костей нижних конечностей, значительными размерами первичного опухолевого очага и частым формированием мягкотканного компонента. У каждого пятого пациента при первичном обследовании выявлялись отдалённые метастазы, преимущественно в лёгких. Степень лечебного патоморфоза после неоадъювантной химиотерапии варьировала, что отражало неодинаковую чувствительность опухоли к проводимому лекарственному лечению.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости комплексной оценки клинических, лучевых и морфологических характеристик опухоли при планировании лечения больных местно-распространённой остеосаркомой. Определение степени лечебного патоморфоза, оценка местной распространённости опухоли и возможности достижения радикальной резекции могут быть использованы для последующей прогностической стратификации пациентов и совершенствования индивидуального подхода к лечению.