

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан  
Бухарский государственный медицинский институт

**Кафедра:**

«Травматология, ортопедия, ВПХ, нейрохирургия и  
общая хирургия»

**Статья**

**Тема:**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ**

**Автор:**

**Алишер Шахобович Хамраев**

**Бухара 2014**

# **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КИСТИ И СТОПЫ**

**Хамраев А.Ш.**

**Бухарский государственный медицинский институт**

Опухоли и опухолеподобные заболевания костей кисти и стопы сложный и малоизученный раздел костной онкологии и ортопедии (2,6,7,8), а проблема их хирургического лечения является одним из важных разделов оперативной ортопедии (1,4). Значение и актуальность этой проблемы обусловлены сложностью анатомического строения и тонкостью физиологической функции этих органов, а также высокими функциональными требованиями, предъявляемыми к кисти и стопе в трудовой деятельности человека.(3)

По данным литературы, доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костей кисти и стопы составляют от 2 до 28% от общего числа опухолей различных локализаций (3). Чаще всего опухоли костей кисти и стопы поражают детей и лиц молодого возраста, т.е. социально весомый и значимый контингент населения.

В настоящее время общепризнанно - доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костей кисти и стопы подлежат только хирургическому лечению, но остаются дискуссионными вопросы, касающиеся его методов и способов остеопластики (2,8). В литературе нет четких указаний о выборе метода оперативного вмешательства при той или иной нозологии, локализации новообразования, не определены оптимальные способы пластики дефекта кости. Способы замещения костного дефекта являются одним из основных предметов дискуссии в хирургии кисти и стопы. До сих пор нет единого подхода к выбору пластического материала. На современном этапе используется достаточно широкий спектр имплантантов - это костные ауто- и аллотрансплантаты, металлы, полимеры, а также композитные материалы.

Свободная аутопластика бесспорно является идеальным способом замещения костных дефектов. Однако, забор и использование аутооттрансплантатов сопровождаются дополнительной травмой для пациента, особенно у ребенка, увеличением объема оперативного вмешательства, кровопотерей.

Указанные недостатки являются серьезным препятствием и широкому применению в костно-пластической хирургии множества предлагаемых сегодня материалов. В связи с этим, особую актуальность приобретает поиск использования средств, благоприятно воздействующих на течение остеорепаляции и в то же время лишенных вышеперечисленных отрицательных сторон.

Целью настоящего исследования является разработка эффективной методики комплексного оперативно-восстановительного лечения больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей кисти и стопы путем определения оптимальных методов пластики дефектов костной ткани, направленных на улучшение исходов хирургического лечения.

В работе использованы результаты клинических, рентгенологических, магнитно-резонанс томографических исследований, компьютерной томографии и патоморфологических исследований. В период с 1985 по 2008 г. в Республиканском специализированном центре хирургии суставов и кисти на базе II клиники Ташкентской Медицинской Академии лечились 107 больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей кисти и стопы. Из них 67 больных собственного наблюдения и лечения в период 2000-2008гг., а остальные 40 больных архивный материал за период 1985-2000гг.

В зависимости от метода оперативных вмешательств и вида пластики послеоперационных костных дефектов больные были разделены на 3 группы. В 1-группу вошли больные которым, после удаления опухоли постоперационные костные дефекты заполнены имплантатом «коллапан». В этой группе были 42 больных-39,3%, после удаления опухолевого очага, костный дефект заполнялась гранулами «коллапана» в чистом виде у 26 больных. 5 больным, пластику костных дефектов проведено костным алло- или ауто трансплантатом в композиции с имплантатом «коллапан», что составило 4,7% больных. Костные алло-ауто-трансплантаты нами использовались с целью замещения костного дефекта после радикальных операций сегментарной резекции на определенном протяжении кости, а концы трансплантата в местах контакта с материнским ложем заплombировалась гранулами «коллапан». Вторую группу составили 25 больных-23,4%, это контрольная группа, которая лечились по традиционной методике. Пострезекционные дефекты костей замещалась только костными алло-ауто-трансплантатами или пластика не проводилась после плоскостных или краевых резекций. Третья группа 40 больных -37,4%, из архивного материала.

По происхождению и вида опухолевого процесса больные нами разделены на 2 группы . В первую группу вошли больные с истинные опухоли, где отмечено 62случаев-57,9%.

Дополнительный период от момента обнаружения новообразования до поступления в клинику колебалась от 2 месяцев до 10 лет. С длительным сроком заболевания в основном поступали больные из сельских районов, а также дети, у которых опухоль была недостаточно больших размеров и не причиняла беспокойства. В некоторых случаях можно

было выяснено, что больные долгое время получали физиотерапевтические процедуры, когда у больных появлялось локальные боли в кисти или на стопе. Многие больные отмечали при этом, усиление болей, а также увеличение и рост опухоли.

Таблица №1

Распределение больных по виду пластики и метода лечения

Вид пластики и метода лечения	Кол-во больн	%
Без пластики	11	10,3
Пластика коллапаном	26	24,3
Коллапан-костный трансплантат	5	4,7
Традиционным методом	65	60,7
Всего :	107	100

Таблица №2.

*Распределение больных по полу и возрасту*

Пол	Число больных в возрасте, лет								Всего
	5-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46 и старше	
Мужской	7	4	4	8	3	5	5	5	41
Женский	18	15	8	3	7	6	5	4	66
Итого	25 (23,4%)	19 (17,8%)	12 (11,2%)	11 (10,3%)	10 (9,3%)	11 (10,3%)	10 (9,3%)	9 (8,4%)	107 (100%)

Опухолевой очаг наиболее чаще локализовался – в 89 (83,2%) случаев в костях кисти, а в 18 (16,8%) больных – костях стопы. 54 (60,7%) больных была поражена правая кисть, у 35 (39,3%) – опухолевой очаг локализовался в левой кисти. Следовательно, правая кисть поражалась чаще, чем левая, так, как многие являются правшами и чаще всего в своей трудовой деятельности выполняют множественные функции именно правой рукой. По нашему мнению этот фактор является основой частых микротравм, что соответственно приводит дегенеративным изменениям и нарушения кровоснабжения, что в дальнейшем приводит развитию опухолевого процесса.

Среди существующих способов распознавания опухолей и опухолеподобных заболеваний костей кисти и стопы рентгенологическое исследование является, основным

методом диагностики и по праву занимает главное место как наиболее доступный, безопасный и вместе с тем объективный.

Таблица №3

*Частота локализации опухолей и опухолеподобных заболеваний в костях кисти*

№	Локализация опухоли	Правая кисть		Левая кисть		Всего	%
		Число	%	Число	%		
1.	Кости запястья	3	5,5	4	11,4	7	7,9
2.	Основная фаланга	15	27,8	8	22,9	23	25,9
3.	Средняя фаланга	15	27,8	10	28,6	25	28,0
4.	Ногтевая фаланга	10	18,5	6	17,2	16	18,0
5.	Пястные кости	11	20,4	7	20,0	18	20,2
Всего		54	60,7	35	39,3	89	100

Основным и единственным методом лечения доброкачественных опухолей костей кисти и стопы является хирургический. Однако до сих пор нет единого мнения о наиболее целесообразных способах оперативного вмешательства при различных опухолевых поражениях. Трудность лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей кисти и стопы состоит в том, что наряду с решением онкологических задач не меньшее значение имеет и вопрос сохранения функции кисти и стопы в максимально возможном объеме.

В настоящее время при лечении доброкачественных опухолей костей кисти и стопы производятся следующие оперативные вмешательства: экскохлеация («кюретаж»), резекция (краевая, сегментарная), экзартикуляция и ампутация. Одним из наиболее радикальных способов лечения доброкачественных опухолей костей кисти и стопы является резекция костей в пределах здоровых тканей с последующей пластикой образовавшихся дефектов .

Экзартикуляция и ампутация кисти производится крайне редко, так как известно, что опухоли кисти и стопы имеют преимущественно доброкачественный характер. Это позволяет выполнять сберегательные операции, что очень важно в восстановлении функциональных возможностей кисти и стопы.

Мы считаем, что наличие патологического перелома не может быть причиной отсрочки операции. Следовательно, наше мнение совпадает с мнением таких авторов, как С.А.Петров (1987), Н.Д.Хурцилава (1990) и др..

Длительная иммобилизация мелких суставах кисти и стопы способствует раннему

развитию тугоподвижности, которая с большим трудом поддается лечению и приводит к стойким нарушениям функции этих органов. Также следует помнить, что доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костей кисти и стопы поражают в основном лиц молодого возраста, то есть наиболее работоспособных, и быстрое возвращение их к трудовой деятельности является и социальной проблемой.

После удаления опухолевого очага полость туго пломбируется гранулами «коллапана», которые обладает стимулирующим остеогенным свойством, кроме того, наличие внешней иммобилизации создает благоприятные условия для сращения перелома. Следовательно, оперативное лечение на фоне патологического перелома позволяет значительно уменьшить сроки лечения, начать раннюю реабилитацию больного и быстрее вернуть его к трудовой деятельности.

Мы считаем, что хотя операции при доброкачественных опухолях кисти и стопы не относятся к категории срочных, но откладывать непозволительно, так как это приводит к дальнейшему разрушению кости, способствует возникновению патологического перелома и развитию малигнизации процесса, что в конечном итоге приведет к значительному увеличению продолжительности лечения больного.

Результаты, полученные в сроки до 6 месяцев после операции, мы считали ранними, от 6 месяцев до 3-х лет – отдаленными. Знакомство с работами многих исследователей, а также проведение собственной научной работы показали, что до настоящего времени отсутствует единый методологический подход и общепризнанная схема оценки результатов лечения больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей кисти и стопы. Это привело к тому, что различные авторы одни и те же результаты трактуют по-разному. Сегодня существует более 10 методов оценки результатов лечения данной патологии. По нашему мнению, наиболее практичны схемы, предложенные Е.Н.Баулиной (1972) и Н.Д.Хурцилавой (1990).

При оценке результатов лечения у наших больных мы основывались на схеме обследования, предложенной нашей клиникой, которая включает в себе некоторые пункты методик Е.Н.Баулиной и Н.Д.Хурцилавы. У больных с поражением костей стопы при оценке результатов лечения дополнительно учитывали и данные о состоянии близлежащих суставов в покое и при физической нагрузке (в положении стоя, при ходьбе, беге). Результат считался хорошим при полном отсутствии болевого синдрома и деформации сегмента, при образовании единого блока «кость - коллапан» или полном перерождении костной ткани при остеотрансплантации, восстановлении функции кисти или стопы, а также трудоспособности больного.

При удовлетворительном результате лечения боли в покое отсутствовали и появлялись при физической нагрузке. Рентгенологически отмечалась консолидация послеоперационного дефекта с развитием деформирующего артроза в некоторых близлежащих суставах, умеренное ограничение функции данного сегмента с временной нетрудоспособностью больного, иногда приводящей к смене профессии на более легкую.

Неудовлетворительным считали результат, когда имели место деформация сегмента и рецидив опухоли, ограничение функции кисти и стопы с потерей трудоспособности больного.

Больные были разбиты на 3 группы. Первая группа больные по архивным материалам. Вторая группа больных включала 20 больных, которые лечились по общепринятой до этого в клинике методике. Третья группа-это 42 больных, которые лечились по разработанной нами методике-пластика костных дефектов «коллапаном».

Результаты лечения изучены у 90 больных из 102 больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей кисти и стопы. Это составило 90% от общего числа леченных нами больных. 40 больных лечились в нашей клинике с 1985г по 2000г (архивный материал) и 62 больных собственного исследования лечившихся с 2000г по 2007г. Сроки наблюдения варьировали от 1 месяца до 7 лет.

Шестдесят двум нашим больным были выполнены 64 операции, из которых внутриочаговая резекция - 19, краевая резекция - 6, корытообразная резекция – 10, сегментарная резекция – 6, эксскохлеация – 3, экзартикуляция - 1. В зависимости от состава имплантируемого материала больные были разделены на две группы. В первую вошли 22(52,4%) пациентов, у которых послеоперационные дефекты заполнялся имплантатом «коллапан». Во вторую группу включены 6(14,3%) больных, у которых послеоперационные полости заполнялись алло- и ауто трансплантатом (костью) и 14 больных(33,3%) которым, после удаления опухоли(плоскостная или корытообразная резекция) необходимости пластики не было.

При изучении ближайших и отдаленных результатов данные архивного материала были пересмотрены отдельно от собственных данных, потому что это позволяло более объективно оценить эффективность проводимых всех оперативных вмешательств, сопоставляя все традиционные методы с предложенной нашей клиникой. Как было уже сказано, у 40 архивных больных выполнены следующие оперативные вмешательства: 18 – эксскохлеация, 2-плоскостная резекция, у 6 – краевая резекция, у 8 – сегментарная резекция, у 6 – ампутация.

В результате анамнеза клинических и функциональных данных архивных больных

результаты их лечения были оценены следующим образом: у 18 (64,4%) – как хорошие, у – 5 (17,8%) – удовлетворительные и у 5 (17,8%) – неудовлетворительные.

Больные с отрицательными результатами работали не по своей специальности или получили инвалидность. Большинство положительных результатов получены после операций резекции с костной пластикой. После экскохлеации большинству случаев наблюдались отрицательные результаты, что связано с рецидивом опухоли или анатомо-функциональной неполноценностью данного сегмента в послеоперационном периоде. Следовательно, этот вид оперативного вмешательства, наименее радикален.

Ближайшие результаты изучены у всех 62 наблюдаемых нами больных. При их оценке мы ориентировались как на субъективные данные, так и на данные объективных клинико-инструментальных исследований. Каждый симптом изучался отдельно и оценивался в до- и в послеоперационном периоде. В отдаленном периоде изучены у 59 больных, так как мы не смогли обследовать трех больных в сроки установленные программой исследований. Больные разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 42 больных, которым после удаления опухоли костные дефекты замещались имплантатом «коллапан», 2 группу составили 20 больных пластика костных дефектов проводилась костными ауто-алло-трансплантатами.

Положительные результаты с оценкой «хорошо» получены у всех больных с одним или двумя сегментами поражения кисти и стопы. При наличии множественных очагов поражения отмечены удовлетворительные результаты: функциональная полноценность за счет вторичных изменений в близлежащих суставах. Неудовлетворительных результатов не было.

До обращения к нам у 2 больных была инвалидность с детства по поводу болезни Олье. Остальные больные продолжали работать по своей профессии.

## ВЫВОДЫ

1. Методом выбора лечения опухолей и опухолеподобных заболеваний костей кисти и стопы является хирургическое вмешательство. Показаниями оперативному вмешательству являются: стойкий болевой синдром, полное разрушение сегмента кости, быстрый рост опухоли, разрушение зоны роста кости, перерождение опухоли, патологический перелом кости, травматизация тканей над опухолью, нарушение функции кисти и стопы. А также деформация приводящая к обеззараживанию сегмента.
2. Применение «коллапана» для замещения постоперационных дефектов костей кисти и стопы обеспечивает быстрое заживление раны, предупреждает дополнительного оперативного вмешательства, значительно сокращает сроки замещения костных

дефектов. Это дает возможность сократить сроки иммобилизации пораженного сегмента кисти и стопы и раннюю реабилитацию.

3. Применяя имплантат «коллапан» как пластического материала при лечении опухолей и опухолеподобных заболеваний костей кисти и стопы дало возможность получить хороший результат у 36 (90,0%) и удовлетворительный у 4 (10,0%) больных. Не было неудовлетворительного результата.
4. В костях кисти и стопы встречаются доброкачественные, преимущественно хрящеобразующие опухоли. Наиболее часто встречаемой опухолью является хондрома. Самые распространенные локализации патологических очагов-проксимальные и дистальные фаланги пальцев и пястные кости.

#### Литература.

1. Азизов М.Ж., Ступина Н.В., Ирисметов М.Э. Эндопротезирование при онколосуставных костных опухолях // Матер.респуб.науч.-практич.конфер. Остеоиндуктивные подходы в травматологии и ортопедии. -Ташкент, 2005. -Стр.116-117.
2. Александров Н.Н. «Справочник по хирургической онкологии» // Минск 1979. ст.70-72.
3. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава // Опухоли и опухолеподобные процессы. М., 1990г. ст.262-263.
4. Байбородов А.Б., Шильников В.А., Климов А.В. Хирургическое лечение остеобластокластомы методом субхондрального эндопротезирования // 13.науч-практич.конференция SICOT. Санкт-Петербург, 2002. ст.15.
5. Берченко Г.Н. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костной системы // Травматология и ортопедия: современность и будущее. Материалы международного конгресса. Москва, 2003. ст.30-31, 46-47.
6. Липкин С.И. Поражение одной кости гигантоклеточной опухолью и хондроматозом // В журн. Вестник травматологии и ортопедии им.Н.Н.Приорова. 2000 №3. ст.62-64.
7. Mascitti T., Plana G., Motta C. Osteoblastoma-osteoma osteoidi // Considerazioni su di un caso clinico "Minerwa ortop". -1981. -32№10. -P.827-830.
8. Flemming D.J., Wojescul J.A., Temple H.T. Bone scintigraphy in the evaluation of enchondroma versus chondrosarcoma // Radiology. -1997. -P.155-156.