

## **Простая эксскохлеация, как метод лечения энхондром кисти**

*Кафедра травматологии и ортопедии*

Восьмерым пациентам с энхондромами кисти была выполнена операция простой эксскохлеации опухоли, без последующей костной пластики. Во всех случаях констатировано образование костной ткани на месте ранее существовавшего костного дефекта и рецидивов опухоли не выявлено. Мы считаем, что применение данной методики является эффективным подходом к лечению этой патологии.

Ключевые слова: кисть, доброкачественная опухоль кости, энхондрома, простая эксскохлеация.

A.P. Bepalchuk

Simple curettage, as a method of the treatment for enchondromata of the hand. Eight patients with enchondromas in the hand were treated by simple curettage of the tumor without bone grafting. New bone formation and remodeling of the lesion were observed in all patients. There were no postoperative recurrences. We conclude that simple curettage without bone grafting is an effective treatment of this pathology. Key words: hand, benign bone tumor, enchondroma, simple curettage.

Энхондромы являются доброкачественными хрящеобразующими опухолями, состоящими из гиалинового хряща и возникающими внутри костномозговых полостей костей. Наиболее часто подвержены вовлечению в патологический процесс кости кистей и стоп [4], при этом у большинства пациентов диагностируются патологические переломы, возникающие на фоне уже имеющихся новообразований. Рентгенологически энхондрома представлена очагом просветления, локализованным в метафизарном и/или диафизарном отделе кости, с наличием истончения, либо вздутия кортикальных слоёв кости на уровне поражения, а так же очагов оссификации внутри опухоли [3]. Стандартным методом лечения данной патологии является её хирургическое удаление с последующим заполнением образованного костного дефекта аутоспонгиозой [5]. Вместо последней, в качестве заменителей костной ткани, так же можно использовать аллоспонгиозу, гидроксиапатит и Я-трикальцийфосфат [1, 2]. Но, наряду с этим, в англоязычной литературе всё чаще стали появляться публикации, пропагандирующие лечение энхондром кисти путём простой эксскохлеации, без какой бы то ни было последующей костной пластики дефекта. В этой работе мы приводим свою точку зрения о целесообразности выполнения данного оперативного вмешательства, базируясь на анализе результатов лечения пациентов с энхондромами кисти данным способом.

Материалы и методы

За период времени с 1996 по 2003 год под нашим наблюдением находилось 8 пациентов с диагнозом энхондрома кисти, которым бала выполнена операция простой эксскохлеации, без последующего заполнения образованного в результате этого костного дефекта какими-либо трансплантами (клиническая

база: отделение хирургии кисти 6 ГКБ Минска). Возраст пациентов находился в диапазоне от 24 до 58 лет. Женщин было 5, мужчин – 3. Основная фаланга была поражена данной опухолью в 2х случаях, средняя – в 3х, ногтевая - в 3х. В трёх случаях поводом обращения пациентов к врачу, явилась травма поражённого опухолью пальца, в результате чего возник (диагностирован рентгенологически) патологический перелом. В одном случае, обнаружение энхондромы явилось рентгенологической находкой, когда в результате травмы соседнего пальца, при рентгенографии обнаружили опухолевидное образование ногтевой фаланги, которое клинически никак себя не проявляло. Остальные пациенты обращали внимание на появление небольшой деформации (вздутие) фаланги, либо возникновение при нагрузке незначительных ноющих болей в поражённом опухолью отделе пальца (связи с предшествующей травмой не установлено), что и явилось поводом обращения к врачу.

Предварительный диагноз энхондромы выставляли на основании клинических и рентгенологических данных. Заключительный базировался на данных гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время удаления опухоли (подтверждён во всех восьми случаях).

Как правило, операции выполняли по следующей методике: после доступа к поражённой энхондромой кости (фаланге пальца), производили окончательную трепанацию кортекса на уровне патологического очага. После вскрытия кортикальной пластинки с помощью ложечки Фолькмана тщательно удаляли хрящевую опухолевую ткань, путем её экскохлеации. Контроль качества удаления был визуальным. После этого этапа в 5 случаях обрабатывали стенки образованной полости фрезой. Тщательно промывали полость фурациллином, и орошали её 70% спиртом. Сформированное кортикальное окно, в тех ситуациях, когда было возможно это выполнить, возвращали на своё прежнее место. Производили послойный шов раны. У двух пациентов с патологическими переломами операция была дополнена в одном случае остеосинтезом перелома спицами, при наличии его нестабильности, во втором – внеочаговой фиксацией перелома стержневым аппаратом. К гипсовой иммобилизации после оперативного вмешательства прибегали в 7 случаях. Её срок составил у 6 больных 3-4 недели, и у одного пациента, которому выполнен остеосинтез спицами по поводу патологического перелома средней фаланги 5 пальца правой кисти, на протяжении 9 недель. В случае применения аппарата внешней фиксации при патологическом переломе средней фаланги 3 пальца левой кисти дополнительная иммобилизация не применялась.

В послеоперационном периоде оценку результатов лечения проводили, учитывая как клинические (косметический и функциональный исход), так и рентгенологические данные (образование костной ткани в зоне дефекта, отсутствие/наличие рецидива).

Результаты и их обсуждение

Во всех восьми случаях использования простой экскохлеации, как самостоятельной методики, констатировано образование костной ткани на месте ранее существовавшего костного дефекта и рецидивов опухоли не выявлено. Результаты лечения расценены у 6 больных, как отличные и у двух, как хорошие. В одном случае метафизарного расположения энхондромы

вблизи проксимального межфалангового сустава (интимное соприкосновение опухоли с субхондральной пластикой) у пациентки в возрасте 64 лет, диагностировано появление незначительного болевого синдрома в этой области при физической нагрузке в сроке 6 лет после проведенного оперативного лечения. Рентгенологически диагностирован деформирующий артроз этого же сустава II степени. Во втором случае патологического перелома средней фаланги, при диафизарном расположении опухоли (применении аппаратной фиксации), в послеоперационном периоде констатировано появление сгибательной деформации средней фаланги с углом в  $15^\circ$ . Данное состояние было, по нашему мнению, обусловлено погрешностями в ведении больной: раннее снятие аппаратной фиксации – 8 нед. (по настоянию пациентки), что является недостаточным для консолидации перелома средней фаланги, и наряду с этим, с неадекватным режимом нагрузок на пораженный сегмент пальца. В то же время, при осмотре пациентки через 1 год после оперативного лечения, функция кисти, а также амплитуда движений в суставах пальца расценена, как достаточная. Больная от проведения корригирующих оперативных вмешательств (косметический дефект) отказалась, ссылаясь на то, что её это вполне устраивает, и никаких помех в повседневной жизни не вызывает.

#### Выводы

Анализ отдалённых результатов применения простой экскохлеации, как самостоятельной методики, позволяет сделать вывод об эффективности данного оперативного вмешательства и правомерности его выполнения при исследуемой патологии в случаях наличия изначально достаточной прочности кортикальных отделов кости, поражённой опухолью, а так же выявить ряд преимуществ перед другими способами лечения энхондром:

1. простота выполнения оперативного вмешательства;
2. уменьшение времени, требующегося на проведение операции, что ведёт к снижению риска инфицирования раны;
3. отсутствие необходимости нанесения пациенту дополнительной травмы, вызванной заготовкой аутотрансплантата;
4. избежание проблем, связанных с применением аллотрансплантатов.

#### Литература

1. Baer W., Schaller P., Carl H.D. Spongy hydroxyapatite in hand surgery – a five year follow-up. // Journal of Hand Surgery. – 2002. – V.27, N 1. – P. 101-103.
2. Goto T. Simple curettage without bone grafting for enchondromata of the hand: with special reference to replacement of the cortical window. // Journal of Hand Surgery. – 2002. – V.27B, N 5. – P. 446-451.
3. Peimer C.A., Moy O.J., Dick H.M. Operative hand surgery. (3rd ed.) – New York, Churchill Livingstone Inc., 1993. – V.2. – P. 2235.
4. Resnick D., Greenway G.D. Bone and joint imaging. (2nd ed.) – Philadelphia, W.B. Saunders company, 1996. – P. 1007-1010.
5. Wulle C. On the treatment of enchondroma. // Journal of Hand Surgery. – 1990. – V.15B, N 3. – P.320-330.