

А. В. Приставко, Н. С. Шестак
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ЛОКАЛИЗАЦИЯ И ВИДЫ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭНХОНДРОМАМИ КИСТИ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Беспальчук П. И.

Кафедра травматологии и ортопедии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В данной работе отображены эпидемиология и локализация энхондром кисти, а также изучены результаты эксскохлеации и сегментарной резекции как методов оперативного вмешательства при данной патологии.

Ключевые слова: энхондрома, эксскохлеация, сегментарная резекция.

Resume. This work displays the epidemiology and localization of the enchondroma of the hand and the result of exochleation and segmental resection as methods of surgical treatment for this pathology.

Keywords: enchondroma, exochleation, segmental resection.

Актуальность. Энхондрома – доброкачественная опухоль гетеротопической локализации, состоящая из гиалинового хряща. Данная опухоль чаще всего является рентгенологической находкой, в некоторых случаях диагностируется при патологических переломах костей. В связи с чем данная патология нуждается в более тщательном изучении ее эпидемиологии и методов оперативного лечения.

Цель: изучить эпидемиологию и результаты оперативных вмешательств у пациентов с энхондромами кисти.

Задачи:

1. Изучить распределение по полу.
2. Изучить локализацию по костям.
3. Определить наиболее часто выполняемую операцию из предложенных.

Материалы и методы. В Минском городском клиническом центре травматологии и ортопедии в период с 2015 по 2017 гг. на стационарном лечении находилось 133 пациента с диагнозом солитарная энхондрома кисти. Во всех случаях диагноз был подтвержден гистологически в отделении онкоморфологии городского патологоанатомического бюро г. Минска.

Результаты и их обсуждение. Женщин было 86 (64,7%), мужчин - 47 (35,3%). Наиболее часто данные опухоли выявляли у пациентов III-IV декад жизни – 75 случаев (56,4%). Встречаемость энхондром в различных возрастных группах представлена ниже (таблица 1).

Таблица 1. Распределение пациентов по возрасту

Возраст пациентов	Женщины	Мужчины	Всего
11-20	1	10	11
21-30	16	15	31
31-40	31	13	44
41-50	17	9	26
51-60	9	2	11
61-70	10	0	10

Правостороннюю локализацию патологического очага наблюдали у 74 (56,6%), левостороннюю – у 59 (44,4%) пациентов. Наиболее часто был поражен энхондромой 5-ый палец кисти – в 44 (33,1%), затем 4-ый – в 32 (24,1%), 3-ий – в (14,3%), 2-ой – в (15,0%), 1-ый в 18 (13,5%) случаях. Чаще всего были вовлечены в опухолевый процесс средние фаланги, - 40 (35,0%) наблюдений, реже основные – 45 (31,4%), ногтевые фаланги – 33 (23,1%) и пястные кости - 15 (10,5%) случаев. Предварительный диагноз энхондромы выставляли на основе корреляции клинических и рентгенологических данных.

Кныш И. Т. с соавт. [1] описывают три основных принципа, которых следует придерживаться при операциях по поводу доброкачественных опухолей костей хрящевого генеза: радикальный характер операции, при возможно меньшем её риске; абластичность оперативного вмешательства; сохранение функции конечностей. Учитывая особенность локализации опухолей – кисть, а также преимущественно их доброкачественный характер, в этой области показаны сберегательные операции [2]. Данные принципы были соблюдены при проведении оперативных вмешательств.

В 48 (36,1%) случаях, применены оперативные вмешательства, основанные на внутриочаговой резекции энхондром. Внутриочаговую резекцию энхондромы осуществляли путем выскабливания опухолевой массы при помощи ложечки Фолькмана, под визуальным контролем, до тех пор, пока не становились отчетливо видны стенки костной полости и макроскопически, при соскобе с них, в ложечке не оставалась лишь костная полость. После этого сформированную полость промывали асептической жидкостью, струей под давлением, при помощи шприца объемом 20,0 мл. В качестве жидкости применяли физиологический раствор, либо раствор фурацилина. Полость осушали марлевыми шариками. В ряде случаев, при сохранении достаточной прочности кортикального слоя кости, стенки полости тщательно обрабатывали фрезой. Эту манипуляцию производили с целью более радикального удаления “остаточных” клеток опухоли. Полость повторно промывали струей растворов антисептиков под давлением, стенки её осушали и обрабатывали спиртом. В случаях изначально выраженного истончения кортекса оперируемой кости, вместо использования фрезы, повторно производили аккуратное выскабливание внутренней поверхности полости ложечкой Фолькмана с тем, чтобы не разрушить кортикальный слой.

После выполнения этапа внутриочаговой резекции опухоли у 42 (87,6%) пациентов была произведена пластика пострезекционного дефекта костными трансплантатами. В 6 (12,4%) наблюдениях сформированную полость ничем не заполняли, оставляя её свободной.

В послеоперационном периоде применяли иммобилизацию кисти ладонными гипсовыми лонгетами. Первую перевязку производили на следующий день после оперативного вмешательства. Швы снимали на 12-14 сутки. Иммобилизация длилась на протяжении 3-6 недель, с помощью фиксирующих кисть лонгет. Время снятия иммобилизирующих повязок определяли индивидуально, ориентируясь на исчезновение болевого синдрома в области послеоперационной раны, в том числе и при нагрузке, а также на данные рентгенографии – образование периостальной мозоли в области трепанированного на этапе доступа участка кортекса.

В 85 (63,9%) случаев была выполнена сегментарная резекция энхондром. Сегментарную резекцию участка кости, пораженной энхондромой производили в пределах видимо здоровых тканей, ориентируясь по рентгенограммам, выполненным накануне операции.

После выполнения этапа сегментарной резекции участка кости, поражённого энхондромой, замещение образованного в результате этого костного дефекта проводили замороженными аллотрансплантатами у 52 (61,2%) и цельными аутоотрансплантатами у 33 (38,8%) больных.

Во всех случаях и послеоперационном периоде осуществляли иммобилизацию кисти ладонной гипсовой лангетой, либо ортезами аналогичной конструкции на время, необходимое для сращения (формирование полноценной костной мозоли) в местах соприкосновения трансплантата с концами резецированной кости. Первую перевязку производили на вторые сутки, швы снимали через две недели после операции.

В процессе лечения осуществлялся периодический рентгенконтроль в двух проекциях, в сроках 1 мес., 3 мес., 4 мес. Рентгенограммы через месяц после операции производили с той целью, чтобы не пропустить вероятное возникновение ранних послеоперационных осложнений. Последующие рентгенологические исследования выполняли для оценки качества перестройки трансплантата.

После снятия иммобилизации пациентам назначили курс лечебной гимнастики, направленной на устранение постиммобилизационных контрактур, восстановление амплитуды движений в суставах пальцев, а также прежней силы кисти.

Результаты оперативных вмешательств исследованы в сроки от 3 месяца до 3 лет. Рецидивов патологии не выявлено. Все пациенты удовлетворены итогами выполненных операций. Перестройка костной ткани происходила быстрее при сегментарной резекции, которая была выполнена при сохранении, или незначительном истончении кортикальных слоев костной ткани.

Выводы:

1. У женщин энхондромы встречаются чаще чем у мужчин.
2. Самая частая локализация по костям – средняя фаланга, реже всего встречается на пястных костях.
3. Сегментарная резекция наиболее распространенная операция при лечении данной патологии.

A. V. Prystauka, N. S. Shestak

EPIDEMIOLOGY, LOCALIZATION AND TYPES OF THE SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ENCHONDROMAS OF THE HAND

*Tutors: assistant professor P. I. Bepalchuk
Department of Traumatology and Orthopedics,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Кныш И.Т., Королёв В.И., Толстомятов Б.А. Опухоли из хрящевой ткани. – Киев: Здоровье, 1986. – 200с.

2. Демичев Н.П., Дарвин Е.О. Клиника и лечение опухолей кисти // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2004. - №1. – С. 58-62.

Репозиторий БГМУ