

Сравнительный анализ применения различных методик оперативного лечения энхондром кисти, основанных на внутриочаговой резекции патологического очага

96 пациентов с диагнозом энхондрома кисти были пролечены путём внутриочаговой резекции опухоли за девятнадцатилетний период времени. Произведен сравнительный анализ отдалённых результатов лечения данной патологии, при использовании различных видов трансплантатов для замещения пострезекционных дефектов кости.

Ключевые слова: кисть, энхондрома, внутриочаговая резекция, костная пластика.

A.P. Bespalchuk

The comparative analysis of application the various techniques of operative treatment the hand enchondromas, based on intralesional resections of the pathological nidus. 96 hand enchondromas was treated by intralesional resections of tumor site in the current period of nineteen years. The comparative analysis of the remote results of treatment the given pathology was made, at use a various kinds of transplants for replacement posresectional defects of a bone.

Key words: hand, enchondroma, intralesional resection, bone grafting.

Издавна проблема лечения заболеваний кисти вызывает повышенный интерес у многих хирургов. Это обусловлено, в первую очередь, высокими функциональными требованиями, предъявляемыми к последней, как в профессиональной, так и в повседневной деятельности человека.

Учитывая то, что энхондрома - одна из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей костей кисти, с множеством вариаций клинических проявлений и форм [3, 5], не вызывает сомнения тот факт, что на сегодняшний день существует большое количество различных подходов к лечению данной патологии.

В англоязычной литературе широкое распространение получило мнение, что стандартным методом лечения энхондром кисти является хирургическое удаление опухоли, путём её экскохлеации, с последующим замещением образованного дефекта аутоспонгиозной костной тканью [5, 6]. По данным Марина И.М. с соавторами [2], повышенный интерес к использованию костной аутокани можно связать с тем, что за рубежом стоимость аллотрансплантатов довольно высокая, в связи с чем их применение является нецелесообразным. В то же время, в наших условиях, данный вид пластического материала является вполне доступным, и поэтому при лечении описываемой патологии имеется возможность использовать его широко.

Хотя энхондрома и является наиболее часто встречающейся опухолью костей кисти, несмотря на это, количество наблюдений у отдельных авторов, как правило, небольшое, и ограничивается, зачастую, анализом использования какого-либо определённого подхода в лечения данной патологии [1,4].

Целью нашей работы явилось определение показаний к применению того или иного способа пластического замещения пострезекционного дефекта кости,

после выполнения этапа экскохлеации, на основании анализа результатов лечения больных, с использованием различных видов костной пластики.

Материалы и методы

Нами проведен анализ хирургического лечения 96 пациентов с диагнозом солитарная энхондрома кисти, находившихся на стационарном лечении в отделении хирургии кисти 6 ГКБ Минска, за период с 1985 по 2003 гг., которым была выполнена операция внутриочаговой резекции опухоли. Возраст пациентов находился в диапазоне от 16 до 67 лет. Среди них преобладали лица женского пола – 58 человек. Мужчин было 38. Локализация патологического очага была представлена следующим образом: пястные кости – 18, основные фаланги – 35, средние фаланги – 24 и ногтевые фаланги – 19 случаев. При обращении пациентов к врачу, в 31 случае на фоне энхондром были диагностированы патологические переломы, вовлечённых в опухолевой процесс костей кисти, возникновение которых, пациенты, как правило, связывали с предшествующей незначительной травмой. Наличие лишь изолированного вздутия поражённых костей, наблюдали у 2-х пациентов, в то время, как у 30 человек данный симптом сочетался с умеренно выраженным болевым синдромом, возникающим при нагрузке. В анамнезе у этих пациентов, так же присутствовала травма поражённого пальца, но рентгенологически патологические переломы не были выявлены. В этих ситуациях боль служила причиной обращения пациентов на незначительную деформацию поражённого опухолью сегмента кисти. У 5 больных энхондромы проявляли себя лишь непостоянными ноющими болями, как правило, на смену погоды, носящими волнообразный характер (наплывами). И у 2-х человек выявление энхондромы явилось рентгенологической находкой, при их обращении по поводу травмы, непоражённого опухолью, соседнего пальца. Данные случаи мы отнесли в группу асимптоматических (латентных) хондром. Диагноз во всех случаях был подтверждён гистологически.

Этап внутриочаговой резекции энхондром выполняли по общепринятой методике, путём экскохлеации опухолевого содержимого при помощи ложечки Фолькмана, с последующей обработкой сформированной полости высокоскоростной фрезой и орошением её 70% спиртом.

После этого, образованный в результате первого этапа операции дефект кости, пломбировали “замороженной” аллоспонгиозой - в 48, аутоспонгиозой – в 33-х, деминерализованным костным матриксом (ДКМ) – в 7 случаях. У 8-ми пациентов костную полость оставляли свободной, в надежде на реорганизацию кровяного сгустка, выполняющего после операции сформированный костный дефект. Местами взятия ауто трансплантатов служили: дистальный метаэпифиз луча – у 13-ти, крыло подвздошной кости – у 12-ти, локтевой отросток – у 5-ти, проксимальный отдел большеберцовой кости – у 3-х пациентов.

При наличии патологических переломов, в 7-ми случаях оперативное вмешательство было выполнено на фоне полной консолидации кортикальных слоёв кости, а в 24-х случаях - на фоне имеющихся переломов, в сроках от 6-ти дней до 5 недель после получения травмы. У 3-х пациентов произведена дополнительная фиксация места перелома: у 2-х - спицами, и у одного – путём использования аппарата внешней фиксации.

К гипсовой иммобилизации в послеоперационном периоде прибегли в 91 случае. Сроки внешней фиксации находились в диапазоне от 3-х недель до 3-х месяцев.

Результаты и их обсуждение

Оценка результатов лечения производилась при помощи клинических, рентгенологических и антропометрических методов исследования, а также субъективной оценки самочувствия больного.

Отдалённые результаты лечения изучены у 73 пациентов в сроках до 18 лет после оперативного лечения. Рецидивов энхондром не выявлено. Во всех случаях констатирована полноценная перестройка биотрансплантатов; а также образование костной ткани на месте раннее существовавших пострезекционных дефектов, при отсутствии использования каких либо остеоиндуктивных материалов (так называемые случаи “простой экскохлеации”). Значительных различий в сроках, а также качестве перестройки, как алло-, так и аутоотрансплантатов, мы не выявили. Как правило, появление структурности костей (трабекулярные линии), как в одном, так и в другом случаях, мы констатировали в сроках от 3-х до 6-ти месяцев после операции.

В ситуациях использования аутоотрансплантатов у двух пациентов мы выявили, в отдалённых послеоперационных периодах, определённые неприятные ощущения со стороны донорских участков: крыло подвздошной кости – наличие чувства парестезии на участке кожи окружающей послеоперационный рубец (диаметр ? 7см.); большеберцовая кость – появление ноющих болей в месте взятия трансплантата, после длительной физической нагрузки (ходьба, бег).

Отсутствие рецидивов энхондром в нашем наблюдении служит доказательством эффективности использования при данной патологии кисти внутриочаговой резекции, в качестве лечебного мероприятия, при тщательном соблюдении правил её выполнения.

Выводы

Анализ отдаленных результатов лечения энхондром кисти, путём использования различных биотрансплантатов, в качестве пломбировочных материалов, после выполнения этапа внутриочаговой резекции опухолевого очага, позволил выявить определённые преимущества “замороженных” аллотрансплантатов, а также ДМК, перед аутоотрансплантатами, и рекомендовать их к более широкому применению на практике.

Применение данных пластических материалов, наш взгляд, обосновано при значительном истончении кортикальных слоёв поражённых энхондромами костей, а также при наличии патологических переломов, с целью стимуляции остеоиндуктивных процессов, в то время как “простая экскохлеация” показана в случаях наличия изначально достаточной прочности кортикальных отделов кости.

Литература

1. Айвазян В.П., Айвазян А.В., Амбарцумян В.Г., Макарян В.А. Замещение пострезекционных дефектов при лечении доброкачественных костных опухолей кисти. // Травма. – 2002. - № 2. – С. 185-188.
2. Марин И.М., Иваненко И.Н., Вуколова В.В., Дмитриенко В.И. Результаты аллопластики у больных, оперированных по поводу доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений костей. // Здоровоохранение. – 1991. - № 1. – С. 14-18.
3. Hasselgren G., Forssblad P., Törnvall A. Bone grafting unnecessary in the treatment of enchondromas in the hand. // Journal of Hand Surgery. – 1991. – V.16A, № 1. – P. 139-142.
4. MonteroL., Ikuta Y., Ishida O. et al. Enchondroma in the hand retrospective study – recurrence cases. // Hand Surgery. – 2002. – V.7, № 1. – P. 7-10.
5. Takigawa K. Chondroma of the bones of the hand. // Journal of Bone and Joint Surgery. – 1971. – V. 53A, № 8. – P. 1591-1600.
6. Wulle C. On the treatment of enchondroma. // Journal of Hand Surgery. – 1990. – V. 15B, № 3. – P. 320-330.