

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 617.576—006.3—089

Т. П. Розовская, И. Е. Микусев, Г. М. Ахметшин (Казань). Лечение доброкачественных опухолей кисти

Под наблюдением находилось 89 больных с доброкачественными опухолями кисти (мужчин — 47, женщин — 42). Возраст большинства из них — от 20 до 40 лет. Доброкачественные опухоли, непосредственно связанные с костями кисти, были у 30 больных: остеоиды — у 4, хондромы — у 20 (энхондромы — у 18, экхондромы — у 2), остеобластокластомы — у 4, косто-хрящевые экзостозы — у 2. У остальных 59 больных были доброкачественные опухоли, не имевшие интимной связи с костями кисти (фибромы, липомы, гемангиомы, гломусные опухоли, миксомы и др.).

Абсолютными и срочными показаниями к оперативному вмешательству при доброкачественных опухолях кисти являются прогрессирующий рост опухоли, постоянные боли, нарушение функции кисти, а при случайно выявленных, «немых» костных опухолях кисти — значительное поражение костной ткани, установленное рентгенологически.

Как правило, операции при опухолях кисти мы проводили под местной внутривенной анестезией с пролонгированием действия новокаина высокомолекулярным белковым раствором. Реже применяли проводниковую анестезию, и лишь иногда — общее обезболивание. При этом всегда обеспечивалось обескровливание операционного поля манжетой аппарата Рива-Роччи.

При опухолях, не связанных с костями кисти, производилось удаление опухолевидного образования по возможности в пределах здоровых тканей. Удаленную ткань направляли на гистологическое исследование. Гипсовая иммобилизация продолжалась до снятия кожных швов, затем проводили лечебную гимнастику без применения тепловых процедур.

Исходы лечения в этой группе больных известны у 32 чел. (срок наблюдения — от 1 года до 6 лет). Хорошие отдаленные результаты получены у 31 пациента.

При костных опухолях производили следующие оперативные вмешательства: экскохлеацию опухоли с заполнением полости кортикально-губчатой аллокостью (у 7 больных); краевую резекцию с замещением дефекта аллокостью (у 11); полное удаление пораженной кости с замещением образовавшегося дефекта аутоаллокостными трансплантатами (у 6).

Наиболее показанным и радикальным оперативным вмешательством при эн- и экхондромах и остеобластокластомах является резекция $\frac{3}{4}$ кости с замещением дефекта кортикально-губчатым аллотрансплантатом. Техника этой операции заключалась в следующем: тыльным полуовальным разрезом кожи на пальце или на кисти после продольного рассечения сухожилия разгибателя обнажали пораженную фалангу или кистую кость (с целью лучшего закрытия костного трансплантата после завершения пластики). На участках поражения кости производили резекцию тыльной кортикальной пластинки до здоровых участков и боковых поверхностей кортикальной пластинки с тщательным кюретажем ложа опухоли и промыванием растворами антисептиков. При этом сохранялась целостность ладонной кортикальной пластинки фаланги или пястной кости и суставные поверхности. Костную аллопластику проводили плотно укладывая трансплантаты, причем на боковые и тыльную поверхности трансплантаты укладывали кортикальной пластинкой кнаружи. Кожные швы накладывали после восстановления целостности продольно рассеченного разгибателя над трансплантатами.

Иммобилизация осуществлялась ладонной гипсовой лонгетой в течение двух недель. После снятия кожных швов накладывали тыльную гипсовую лонгету в функциональном положении пальца и назначали активную лечебную гимнастику для межфаланговых суставов пальца, которую проводили сами больные. В среднем срок иммобилизации равнялся 2—3 мес с рентгенологическим контролем в динамике. Срок пребывания в стационаре при хондромах и остеобластокластомах равнялся 2—2,5 нед. Восстановление трудоспособности после удаления этих опухолей в среднем наступало через 3—3,5 мес.

Отдаленные (через 1—9 лет) результаты лечения больных с хондромами и остеобластокластомами известны у 19 человек. Хороший результат получен у 14 из них, у 3 больных исход операции расценен как удовлетворительный в связи с тем, что имелось ограничение движений в межфаланговых суставах, а при движениях в суставах возникали умеренные боли, в покое стихающие. У 2 больных результат расценен как плохой: у одного больного из-за обширного поражения основной фаланги после оперативного вмешательства развился деформирующий артроз первого межфалангового сустава с ограничением движений и выраженным болевым синдромом, у другого больного через три года после операции наступил рецидив энхондромы с явлениями озлокачествления.