

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕВИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СКЕЛЕТА

Д. Л. Акбердина, Д. Г. Тахавиева

Казанский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
(директор — заслуж. деят. науки ТАССР проф. У. Я. Богданович)

Реферат. Обобщен опыт лечения 203 больных с доброкачественными опухолями и опухолевидными заболеваниями скелета. Наибольшую группу составили больные с остеобластокластомами (47,8%). Дан анализ результатов 221 операции. Некоторые так называемые доброкачественные опухоли скелета (остеобластокластомы, хондромы) даже после применения довольно радикальных методов лечения способны к рецидивированию и малигнизации, в связи с чем наблюдение за подобными больными должно быть таким же длительным и регулярным, как и за больными со злокачественными опухолями. Наибольшее число рецидивов остеобластокластомы наблюдалось при экскохлеации.

Ключевые слова: скелет, доброкачественные опухоли, лечение.

2 таблицы. Библиография: 2 названия.

Под нашим наблюдением находилось 203 больных (111 мужчин и 92 женщины) с доброкачественными опухолями и опухолевидными заболеваниями скелета. Характер и локализация патологического процесса приведены в табл. 1.

Все больные были подвергнуты хирургическому лечению. Им была сделана 221 операция (19 человек оперированы дважды). Характер оперативных вмешательств указан в табл. 2. Как видно из приведенных данных, наибольшую группу составили больные с остеобластокластомой (47,8%).

Таблица 1

Локализация опухолей

Характер опухолевого процесса	Локализация											Всего
	ребро	плечевая кость	лучевая кость	локтевая кость	бедренная кость	большеберцовая кость	пяточная таранная кость	сидящая кость	подвздошная кость	лобковая кость	малоберцовая кость	
Остеома	3	2	2	—	9	4	—	1	—	—	—	21
Остеонд-остеома	—	—	—	—	4	4	—	—	—	—	—	8
Остеобластокластома	2	10	10	1	24	18	13	4	7	—	5	97
Остеохондрома	—	4	—	—	10	3	—	1	5	—	1	25
Хондрома	1	5	—	—	—	1	3	2	—	1	—	15
Фиброзная дисплазия	—	3	2	—	11	6	2	—	—	—	—	24
Костно-хрящевой эндостоз	1	5	1	—	3	3	—	—	—	—	—	13
Итого	7	29	15	1	61	39	18	8	12	1	6	203

Среди доброкачественных опухолей скелета остеобластокластомы занимают особое место, что связано с склонностью их к рецидивированию, озлокачествлению и даже метастазированию.

Почти у половины больных (42%) остеобластокластома располагалась в бедренной и большеберцовой костях — в проксимальном или дистальном эпиметафизе. Обращает на себя внимание также частота локализации опухоли в проксимальном эпиметафизе плечевой кости, в дистальном отделе лучевой кости. У $\frac{2}{3}$ больных была кистозно-активная и литическая формы остеобластокластом. Дифференциальная диагностика проводилась с фиброзной дисплазией, костной кистой, болезнью Реклинггаузена, остеогенной саркомой. У 8 больных заболевание было распознано лишь тогда, когда возник патологический перелом. У 20 больных остеобластокластома первично была диагностирована, когда наступил прорыв кортикального слоя кости опухолевыми массами. До этого больные длительное время лечились амбулаторно тепловыми процедурами от ушибов, повреждения менисков, растяжения связок. Ряду больных, несмотря на жалобы, рентгенографическое исследование долго не проводили.

Больным с остеобластокластомами при первичном вмешательстве были сделаны следующие операции: экскохлеация — 43, частичная резекция — 23, сегментарная резекция — 31. Причем 19 больных подверглись резекции суставного конца (прокси-

мального отдела плечевой кости — 7, бедренной кости — 5, дистального отдела бедренной кости — 2, большеберцовой кости — 3, лучевой кости — 2). Дефект костной ткани после резекции у большинства этих больных составлял от 10 до 14 см по протяженности. При экскохлеации и частичной резекции остатки костных стенок опухоли в целях создания условий большей абластичности обрабатывали электрофрезой. Резекцию у большинства больных производили аperiостально.

После резекции тотчас возникала вторая довольно серьезная задача — восстановление костного дефекта. В большинстве случаев для пластики костных дефектов использовали костные аллотрансплантаты или аутоотрансплантаты в сочетании с аллотрансплантатами. В таком случае операцию проводили в два этапа (табл. 2).

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств

Характер опухоли	Операция					Всего
	экскохлеация	удаление опухоли с пристеночной и частичной резекцией кости	сегментарная резекция	ампутация	экзартикуляция	
Остеома	—	21	—	—	—	21
Остеоид-остеома	—	8	—	—	—	8
Остеобластокластома	43	24	37	5	2	111
Остеохондрома	—	25	1	—	—	26
Хондрома	—	11	6	—	1	18
Фиброзная дисплазия	11	10	3	—	—	24
Костно-хрящевой эндостоз	—	13	—	—	—	13
Итого	54	112	47	5	3	221

После резекции проксимального отдела бедренной кости 3 больным было сделано эндопротезирование тазобедренного сустава протезом Сиваша, 1 — артродез тазобедренного сустава введением в вертлужную впадину большого вертела, 1 — пересадка аллополусустава с одновременным артродезированием.

При локализации опухоли в дистальном отделе бедренной кости и в проксимальном отделе большеберцовой кости операцию костной аллопластики суставного конца производили с одновременным артродезированием коленного сустава. При этом у 2 больных была применена методика Н. Н. Блохина.

При резекции проксимального конца плечевой кости замещение дефекта производили аллотрансплантатом из малоберцовой кости с пристеночной пластикой ауто-трансплантатом. В качестве аутоотрансплантата в большинстве случаев использовали гребень большеберцовой кости, в качестве аллотрансплантатов — костные полуцилиндры, консервированные замораживанием при температуре 25—30°. Немаловажное значение для приживления и перестройки трансплантатов имел также способ фиксации их к концам материнской кости.

В ряде случаев мы применяли фиксацию трансплантатов с помощью накладных пластин, шурупов. Практиковали также интра- и экстрамедуллярную костную пластику по Чаклину. Тем не менее после пластики дефектов, особенно бедренной, большеберцовой костей, даже в случаях сочетанного применения для замещения дефекта алло- и аутоотрансплантатов больные могли пользоваться конечностью лишь спустя 2—2,5 года после операции. Им рекомендовалось длительное ношение тьютора в связи с продолжительным процессом перестройки и приживления костных трансплантатов.

Рецидив опухоли после операций наблюдался у 14 больных. У 9 из них первично была произведена экскохлеация, у 5 — краевая резекция. Среди этих больных рецидив опухоли с малигнизацией отмечался у 6 человек с локализацией патологического процесса преимущественно в суставных концах бедренной и большеберцовой костей. У 4 из них пришлось ампутировать конечность, у 2 осуществлена экзартикуляция. 3 больных погибли вследствие метастазов в легкие, 2 наблюдались около года. Из остальных 8 больных с рецидивом опухоли 7 больным при повторной операции сделана сегментарная резекция, 1 — ампутация. Последняя произведена в связи с обширным нагноительным процессом, развившимся на месте первоначально сделанной операции экскохлеации с замещением костной полости в метафизе бедренной кости аллотрансплантатами.

Необходимо подчеркнуть, что клинически спокойное течение заболевания в первые 1,5—2 года после операции по поводу остеобластокластомы не является еще основанием для полной уверенности в благополучном прогнозе. В наших наблюдениях рецидивы опухоли чаще возникали спустя 1,5—2 года после операции. У 1 больного рецидивирование опухоли дистального эпиметафиза бедренной кости с малигни-

зацией выявлено через 3 года и у 1 пациентки — через 10 лет после операции (у нее рецидив опухоли совпал с периодом беременности и лактации).

Наибольшее число рецидивов наблюдалось после операции экскохлеации (9 из 14).

По нашим данным, даже при кистозно-пассивной форме остеобластокластомы более надежным для предупреждения рецидива является удаление не только содержимого костной полости, но и истонченных стенок ее с частичным сохранением лишь относительно здоровых участков (частичная или краевая резекция). При литической форме остеобластокластомы радикальность оперативного вмешательства обеспечивает сегментарная резекция. Эта операция в сочетании с аллопластической дефекта или эндопротезированием позволяет сохранить конечность и ее функциональную пригодность. Независимо от формы опухоли резекция показана также при той локализации ее, при которой радикальность вмешательства не ведет за собой серьезных функциональных нарушений (малоберцовая кость, плюсневая кость, локтевая кость).

Остеохондрома была у 25 (12,3%) больных. Излюбленной локализацией остеондромы был проксимальный метафиз бедренной кости и кости таза.

Остеохондрома, особенно указанных локализаций, сложна для хирургического удаления. Бугристая поверхность ее, нередко грибовидно нависающая над основанием, затрудняет радикальное удаление опухоли без широкого расслоения и отведения мышечных пучков и других окружающих мягких тканей.

Обычно удаление опухоли мы производим вместе с покрывающей ее фиброзно-синовиальной оболочкой. Если удаление опухоли единым блоком не удастся и во время операции производится фрагментация ее, то островки хряща, всегда имеющиеся по поверхности этой опухоли, могут остаться в мягких тканях и стать причиной рецидива. Мы наблюдали рецидив остеондромы у 1 из 25 больных, у которого опухоль локализовалась в области проксимального метадиафиза бедренной кости. Этот больной подвергся повторной операции: была произведена более широкая резекция кости и тщательное удаление мягкотканых оболочек опухоли. Дальнейшее наблюдение в течение 4 лет показало благополучный исход.

При косто-хрящевых экзостозах, или экзостозной хондродисплазии, как более правильно классифицируется данное заболевание, мы применяли хирургическое лечение лишь в тех случаях, когда разрастания вызывали функциональные или косметические нарушения, а также при явной тенденции к быстрому росту экзостоза, что заставляет предполагать возможность озлокачествления.

Фиброзная дисплазия наблюдалась у 24 (11,8%) больных. У 6 из них была полиоссальная форма, у 18 — монооссальная. При монооссальной форме производили сегментарную или частичную резекцию кости на участке поражения с костной аллопластикой дефекта. При полиоссальной форме вмешательство производили на том очаге, где отмечались боли, прогрессировали деформация, укорочение, была угроза патологического перелома.

Серьезное опухолевое заболевание представляют хондромы, которые были диагностированы у 15 (7,4%) больных. По мнению ряда специалистов [1, 2], следует различать экхондромы и энхондромы. Энхондрома развивается внутрикостно из случайно сохранившихся очагов эмбрионального хряща, расширяя кость изнутри. Экхондрома развивается там, где есть хрящ, и растет в сторону мягких тканей.

При энхондромах, особенно, если они поражают длинные трубчатые кости, наиболее радикальным методом операции мы считаем сегментарную резекцию. При экхондроме можно ограничиться пристеночной резекцией того участка кости, откуда исходит опухоль, не забывая, конечно, о радикальном удалении экстракорткальной части новообразования. Удаление энхондром даже при необходимости сегментарной резекции проще, чем экхондромы. Иногда хондрома растет по типу экхондромы, что мы наблюдали у 2 больных. Нерадикальное удаление опухоли у одного из них при первой операции привело к необходимости в последующем экзартикуляции конечности в связи с рецидивом опухоли и обширным ее разрастанием.

Если хондрома исходит из тазовых костей, ее даже при отсутствии морфологических признаков злокачественного роста следует рассматривать как злокачественную опухоль. Сложность оперативного вмешательства, особенно при внутритазовой локализации опухоли, где она поздно диагностируется, прорастание опухолевых элементов между жизненно важными органами малого таза значительно затрудняют радикальное удаление опухоли. Мы наблюдали хондрому костей таза у 3 больных. 2 из них оперировали двукратно, однако опухоль рецидивировала, и больные погибли.

У одной больной, у которой опухоль исходила из лобковой кости, оперативное вмешательство было сделано еще на ранней стадии. Резекция лобковой кости вместе с опухолью обеспечила благоприятный исход заболевания.

Значительно проще лечение хондром, развивающихся на мелких костях. Операция в этих случаях, как правило, дает полное излечение.

После операции по поводу остеонд-остеомы мы не наблюдали рецидивов. У всех больных производили резекцию кости на участке склероза и деструкций ее. Остеому удаляли экстраперистостально у основания с прилегающим участком здоровой кости. Рецидивов также не было.

Таким образом, многие из так называемых доброкачественных опухолей и опухолевидных заболеваний скелета даже после применения довольно радикальных хирур-

гических методов лечения способны к рецидивированию и даже малигнизации. В связи с этим больные данной группы требуют постоянного наблюдения онколога и ортопеда. Больные с остеобластокластомами и хондромами подлежат такому же продолжительному и регулярному наблюдению, как и больные с безусловно злокачественными опухолями.

В связи с особой важностью более ранней диагностики остеобластокластом жалобы на упорные боли, особенно в наиболее типичных для локализации опухоли местах, на ночные боли, которые характерны для опухолевого процесса, должны вызывать онкологическую настороженность и служить показанием к тщательному и углубленному исследованию больного.

Экскохлеация при остеобластокластомах в меньшей степени, чем другие операции, применяющиеся при этих опухолях, обеспечивает абластичность вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Трапезников Н. Н. Лечение первичных опухолей костей. М., Медицина, 1968.
2. Чаклин В. Д. Опухоли костей и суставов. М., Медицина, 1974.

Поступила 22 декабря 1980 г.

УДК 616.831.957—003.215

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

Г. В. Токмаков, Л. Б. Лихтерман, А. П. Фраерман, Л. Х. Хитрин,
Н. И. Аржанов

Горьковский НИИ травматологии и ортопедии
(директор — заслуж. деят. науки РСФСР проф. М. Г. Григорьев)

Реферат. Изучение динамики проявлений хронических (верифицированных) спустя 2 нед и больше после травмы) травматических субдуральных гематом у 148 больных выявило фазность в клиническом течении заболевания. Выделены 5 клинических фаз: компенсации, субкомпенсации, умеренной декомпенсации, грубой декомпенсации и терминальная фаза. Подход к особенностям клиники хронических субдуральных гематом с позиций фазного течения облегчает решение дифференциально-диагностических, оперативно-тактических и прогностических задач.

Ключевые слова: внутричерепная гематома, фазность клиники.
1 таблица. 4 иллюстрации.

Хронические внутричерепные гематомы, «продолжая» острое и подострое течение хирургически значимых травматических кровоизлияний, составляют по данным литературы от 1% до 7,9% всех интракраниальных объемных процессов. Мы отнесли к хроническим внутричерепным гематомам, верифицированным спустя 2 и более недель после травмы и характеризующимся появлением нового качества — отграничительной капсулы. По нашим данным на долю хронических приходится 12% внутричерепных гематом.

Настоящее исследование основано на анализе клинического течения хронических субдуральных гематом у 148 больных, находившихся на лечении в Горьковском межобластном нейрохирургическом центре и клинике нервных болезней и нейрохирургии Горьковского медицинского института. Подавляющее большинство больных было в возрасте до 50 лет (см. табл.). Из 114 (77%) больных, у которых была установлена черепно-мозговая травма, у 64 она первоначально оценена как «сотрясение мозга», у 39 — как «ушиб головы», у 11 — «ушибы мозга», в том числе у 7 с переломом свода черепа; у 34 (23%) больных уточнить травматический анамнез не представилось возможным.

У всех пострадавших гематомы были односторонними, оказывая непосредственное воздействие преимущественно на три (71,7%), реже на две (23,1%), а иногда на одну долю мозга (5,2%).

Оперировано 143 человека. У 36 из них объем гематомы составил 50—100 мл, у 93 — 101—150 мл и у 14 — 151—250 мл. Умерло 9 пациентов. 5 больных от хирургического лечения отказались и были выписаны.

Хроническим субдуральным гематомам присуще значительное своеобразие клинического течения, предопределяемое фазовыми состояниями уровня нарушения компенсаторных функций головного мозга. Фазовые переходы, обусловливаемые, с одной стороны, прогрессивностью сдавливания головного мозга, а с другой — ремиссиями (как спонтанными, так и под влиянием различных лечебных факторов), делают клиническую картину хронических субдуральных гематом весьма динамичной. При этом