

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Злобина Ю.С., Зоря В.И., Корчебный Н.Н.

Московский Государственный медико-стоматологический университет, кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, г. Москва.

Возникновение патологических переломов у онкологических больных имеет ряд особенностей, таких как пожилой и старческий возраст, явления опухолевой интоксикации, широкий спектр сопутствующей соматической патологии, токсическое действие опухоли на весь организм в целом и локальное остеорезорбтивное действие, значительно усложняющих как состояние больных, так и выбор методики лечения. При этом патологические переломы, наступившие на месте метастазов опухолей в кости, не имеют тенденции к консолидации, следовательно, без хирургического лечения, проблемой которого является необходимость замещения костного дефекта, образовавшегося после резекции опухолевой ткани, реабилитация таких больных не представляется возможной. За период с 2002 по 2006гг костно-цементный остеосинтез костей конечностей (впервые предложенный проф. Зорей В.И. и примененный в клинике кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московского Государственного Медико-стоматологического университета (Патент РФ 2183945, приоритет от 2.03.01.)) по поводу патологических переломов был произведен 19 больным, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава – 4, коленного сустава - 1. Из них 14 женщин и 10 мужчин. Возраст больных составил от 45 до 74 лет, в среднем – 64,2 года. Первичная локализация опухолей: рак молочной железы – 10, рак почки – 6, рак предстательной железы – 3, рак желудка – 1, рак шейки матки – 2, меланома глаза – 1, рак легкого – 1. Локализация метастазов: бедренная кость – 19, большеберцовая – 2, плечевая – 3. Материалом для костно-цементного остеосинтеза является рентгеноконтрастный цемент Паламед-R (Palamed R) Арт. 2080/2081 7890208000 Мерк. Био. Костно-цементный остеосинтез применялся при переломах диафизов и метадиафизов длинных костей. При этом после удаления опухолевой ткани и промывания раны медицинским раствором муравьиной кислоты и антисептическими растворами осуществлялось ручное укладывание цемента через дефекты трубчатой кости до полного его заполнения. Костные фрагменты фиксировались в репонированном положении до полного отвердевания цемента (9-13 мин). После этого осуществлялся накостный остеосинтез по системе АО. Тотальная артропластика с использованием онкологических эндопротезов применялась при метаэпифизарных переломах. При этом производилась резекция проксимального отдела бедренной кости, обработка опилов медицинским раствором муравьиной кислоты, установка чашки и бедренного компонента эндопротеза, вправление, лавсанопластика фасции наружной поверхности бедра. В одном случае было произведено тотальное цементное эндопротезирование коленного сустава с предварительной радикальной резекцией и обработкой ложа медицинским раствором муравьиной кислоты. Результаты: активизация с частичной нагрузкой на оперированную конечность разрешалась в среднем через 8 дней (от 5 до 13 дней) после операции, с полной нагрузкой – через 26 дней (от 18 до 35 дней). При рентгенологическом исследовании миграции фиксатора отмечено не было, достигнуто полное восстановление длины и оси сегмента пораженной конечности. Срок максимального наблюдения за больными составляет около 2-х лет, поэтому делать окончательные выводы в настоящее время не представляется возможным. Однако, ни у одного из 4-х наблюдаемых нами больных в течение 1,5-2 лет не развилось осложнений в виде нестабильности остеосинтеза, деформации или укорочения конечности. У пожилых больных нами достигнута полная социальная адаптация: они самостоятельно передвигаются по квартире, выходят во двор, ходят в магазин, полностью обслуживают себя. У больных работоспособного возраста достигнута не только социальная, но и профессиональная адаптация. Вывод: костно-цементный остеосинтез и эндопротезирование при патологических переломах костей конечностей у онкологических больных позволяют добиться стабильной фиксации перелома, ранней активизации больных, снижения вероятности развития гиподинамических синдромов, замещения неограниченно больших дефектов кости, восстановления непрерывности и длины сегмента после резекции опухолевого очага, а, следовательно, сохранения анатомической структуры конечности, восстановления функции оперированной конечности и полного самообслуживания в послеоперационном периоде.