

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИКОСТНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ КИСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМПОЗИТА «ЛИТАР»

Газиз Гинойтович Неттов

*Научно-исследовательский центр Татарстана «Восстановительная травматология и ортопедия»
(директор – канд. мед. наук Р.Я. Хабибьянов), г. Казань*

Реферат

Апробирована эффективность композита «ЛитАр» для замещения дефектов трубчатых костей кисти и пальцев после удаления внутрикостных доброкачественных опухолей. Результаты лечения прослежены на сроках от 2 месяцев до одного года. На сроках от 6 до 8 месяцев происходит 100%-ное восполнение костной тканью полости, от 8 месяцев до одного года – помимо этого и ремоделирование пораженного сегмента кости. Композит «ЛитАр» может применяться для восполнения небольших костных дефектов костей кисти и пальцев.

Ключевые слова: хондромы, трубчатые кости кисти, лечение, композит «ЛитАр».

Большинство отечественных хирургов при костных опухолях [2, 5] являются сторонниками экскохлеации, т.е. органосохраняющей операции с последующим замещением полости аллотрансплантатом. Сущность экскохлеации заключается в том, что после вскрытия кортикальной стенки опухоли из неё полностью извлекают содержимое и снимают тонкий слой внутренней стенки кости острой ложечкой. Полость кости обрабатывают спиртом, риванолом [1] или проводят адьювантную терапию жидким азотом [2] и замещают аллотрансплантатом. Приготовление аллотрансплантатов требует значительных материальных затрат. Необходимо располагать специальной лабораторией для консервации, стерилизации и хранения трансплантатов. Не исключается опасность передачи реципиентам через трансплантаты возбудителей ВИЧ-инфекции, гепатитов и др. Аутопластика сопряжена с необходимостью дополнительных оперативных вмешательств на больном, длительной перестройкой костной ткани. Применение композита «ЛитАр» позволило добиться заполнения больших дефектов полноценной костной тканью и сократило средние сроки лечения по сравнению с таковым при стандартных способах с 5–6 месяцев при перестройке аутотрансплантатов до 3 месяцев при использовании «ЛитАр» [4].

Нами использован стерильный коллаген-апатитовый композит «ЛитАр», представляющий собой механическую смесь кристаллов гидроксоапатита, выращенных на волокнах коллагена. Пористость данного материала составляет 70% [3].

Мы располагаем опытом лечения внутрикостных опухолей, в частности энхондром трубчатых костей кисти, после удаления которых полость замещали композитом «ЛитАр». Под нашим наблюдением с 2004 по 2008 г. находились 33 пациента.

Внутрикостными опухолями поражаются кисти и пальцы в основном (до 72,8%) в юношеском и молодом возрасте. Опухоли чаще локализируются на фалангах пальцев кисти – 28 (84,8%) случаев, причем преимущественно на основных (45,5%) и средних (27,2%). На пястных костях частота поражений опухолью составляет лишь 15,2%.

Оперативное лечение внутрикостных опухолей костей кисти производили следующим образом. Использовали внутривенную или внутрикостную анестезию 2% раствором новокаина или лидокаина. В проекции опухоли делали тыльный полуовальный разрез кожи и продольно рассекали разгибательный аппарат пальца или разводили в сторону разгибатели на уровне пястных костей поднадкостнично, затем острым долотом на кости в проекции опухоли производили достаточного размера «окно», чтобы полностью удалить опухоль из кости ложечкой Фолькмана. Если опухоль представляет собой типичную хондрому, то она белого цвета в виде мелкозернистой рисовой каши. Макроскопическая картина опухоли полностью соответствует гистологическому заключению. Опухоль полностью извлекали, ноздреватые неровные внутрикостные стенки и мелкие костные перегородки соскабливали ложечкой до получения гладкой костной поверхности и образовавшуюся после удаления опухоли полость тщательно промывали 3% раствором перекиси водорода, 0,05% раствором хлоргексидина, осушали салфеткой. Композитный материал «ЛитАр» извлекали из стерильного внутреннего упаковочного пакета, разрезали на мелкие кусочки и смешивали с порошком антибиотика широкого спектра действия в соотношении 1: 0,5. Этой смесью заполняли костную полость до 70% ее объема. Рану послойно зашивали наглухо без дренирования. Накладывали спиртовую повязку и гипсовую лонгету для профилактики воспалений назначали антибиотик

(к примеру цефтриаксон или цефазолин по 1,0 внутримышечно) на 5–7 дней. В послеоперационном периоде в течение 4–5 дней обычно наблюдались покраснение и умеренный отек в области операционной раны. По истечении указанного срока отек спадал, гиперемия исчезала. Кожные швы снимали на 14-й день. В зависимости от степени механической прочности пораженной кости гипсовую иммобилизацию осуществляли от 2 до 4 недель. Если происходил патологический перелом и во время удаления опухоли применялась спицевая фиксация отломков кости, то сроки гипсовой иммобилизации удлинляли до 8 недель и более в зависимости от стабильности отломков кости. Если прочность костей в области опухоли была достаточной, то гипсовую повязку снимали одновременно с удалением кожных швов.

Под нашим контролем, как отмечалось выше, находились 33 пациента в возрасте от 13 до 59 лет. Сроки курации после операции в динамике варьировали от 2 месяцев до одного года. Результаты лечения были изучены нами на сроках от 2 месяцев до одного года у 19 пациентов. Остальные 14 пациентов находятся в процессе лечения.

После удаления внутрикостных хондром трубчатых костей кисти (у 32) и костной кисты (у 1) костные полости были восполнены костной тканью на сроках до 4 месяцев после операции до 80% объема костной полости, на сроках от 6 до 8 месяцев – до 100%. От 8 месяцев до одного года процесс восполнения дефекта сопровождается ремоделированием пораженного костного сегмента фаланги или пястной кости. Композитный материал «ЛитАр» пластичен, во влажной среде набухает, легко заполняя все пространство костной полости любой конфигурации и размера, не вызывает аллергических реакций, кроме кратковременного асептического воспаления в области операционной раны в течение 5–7 дней после операции. Материал прост в использовании, доступен для лечебных учреждений любого уровня, следовательно, может с успехом применяться для восполнения небольших костных полостей костей кисти и пальцев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова А.М. Хирургия кисти. – Екатеринбург, 1993. – Т.2. – С.221–222.
2. Демичев Н.П., Тарасов А.Н., Домовитов С.В., Арустамян Э.Э. Особенности криохирургии при опухолях костей кисти и лучезапястного сустава //Травматол. и ортопед. России. – 2008. – № 2 (приложение). – С. 31.
3. Краснов А.Ф., Литвинов С.Д., Цейлин М.Д., Капишиников А.В. Применение материала «ЛИТАР» для замещения дефектов костей пальцев кисти и предплечья //Вестн. травматол. и ортопед. – 2004. – № 2. – С. 54–58.
4. Косулин А.Н., Краснов А.Ф., Литвинов С.Д. Краниопластика коллаген-апатитовым имплантатом с применением моделирующей пластины. / Мат. III Международн. конф. «Современные подходы к разработке эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов». – М., 1998. – С.127–134.
4. Шулушко Л.И., Кузьмач М.К. Отдаленные результаты операции щадящим методом при остеобластокластомах. /Мат. II Всероссийского съезда травматол. и ортоп. – М., 1971. – С.59.

Поступила 28.05.08.

THE TREATMENT OF INTRAOSTEAL TUMORS OF HAND BONES USING A COMPOSITE "LITAR"

G.G. Nettov

Summary

Tested has been the effectiveness of the composite "LitAr" for replacement of defects of tubular bones of hands and fingers after the removal of the intraosteal benign tumors. Results of treatment have been observed in the period from 2 months to 1 year. In the period ranging from 6 to 8 months - in 100% of cases the bone tissue fills the cavity, from 8 months to one year besides this - a remodeling of the affected bone segment takes place. Composite LitAr can be used to fill small bone defects of hand and finger bones.

Key words: chondromas, tubular bones of the hand, composite "LitAr".