

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

С.М.МИРЗОЕВА, А.А.РАЗЗОКОВ, ДЖ.Б.АНСОРИ

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

РЕЗЮМЕ

Анализируются данные о лечении патологических переломов костей при доброкачественных опухолях у 68 детей. Нозологические формы: остеобластокластома - 32(47,1%), солитарная киста - 20 (29,4%), неостеогенная фиброма - 12 (17,6%), фиброзная дисплазия - 4 (5,8%) . Локализация поражения: плечевая кость - 23 (33,8%), бедренная кость - 21 (30,9%), кости голени - 13 (19,1%), лучевая кость - 5 (7,4%), локтевая кость - 3 (4,4%), фаланги кистей и стоп - 3 (4,4%).

Показанием к срочной операции (удаление опухоли в первые дни после перелома) являются патологические переломы при остеобластокластоме, т.к. ожидание сращения приводит к дальнейшему росту опухоли. При других нозологических формах показано выжидательная тактика до сращения перелома с последующим оперативным лечением. Ближайшие результаты (n=68) были благоприятными у всех больных. Отдаленные результаты изучены у 61 (89,7%) больных. Хорошие результаты отмечены у 45 (73,8%) детей, удовлетворительные - у 11 (18,0%), неудовлетворительные - у 5 (8,2%).

SUMMARY

The data on the treatment of pathological bone fractures in benign tumors in 68 children were analyzed. Nosological forms: osteoblastoclastoma - 32(47,1%), solitary cyst - 20 (29.4%), and postavlennaya fibroma - 12 (17.6%) and fibrous dysplasia - 4 (5,8%) . Localization of the lesion: humerus-23 (33.8%), femur - 21 (30.9%), Shin bones - 13 (19.1%), radius - 5 (7.4%), ulna - 3 (4.4%), phalanges of

the hands and feet - 3 (4.4%). Indications for urgent surgery are pathological fractures in osteoblastoclastoma, because waiting for fusion leads to further growth of the tumor. At other nosologic forms shown expectant management until fracture healing with subsequent surgical treatment. Immediate results (n=68) were favorable in all patients. Long-term results were studied in 61 (89.7%) patients. Good results were observed in 45 (73.8%) children, satisfactory – in 11 (18.0%), unsatisfactory – in 5 (8.2%).

Целью работы является улучшение результатов лечения патологических переломов при доброкачественных опухолях у детей.

Материал и методы

Под наблюдением за период 2015 по 2019 гг. находились 68 больных в возрасте от 2 до 14 лет, у которых было 102 переломов трубчатых костей на почве доброкачественных опухолей. Среди них было 40 (58,8%) мальчиков и 28 девочек. Чаще наблюдались переломы у - больных в возрасте 7-12 лет. Определенную роль в возникновении патологических переломов в этом возрасте играет интенсивный рост скелета и большая двигательная активность детей, на что указывает и преобладание переломов у мальчиков по сравнению с девочками. У 10 (14,7%) больных имели место повторные переломы. Нозологические формы: остеобластокластома - 32(47,1%), солитарная киста – 20 (29,4%), неостеогенная фиброма - 12 (17,6%), фиброзная дисплазия - 4 (5,8%) . Локализация поражения: плечевая кость - 23 (33,8%), бедренная кость - 21 (30,9%), кости голени - 13 (19,1%), лучевая кость - 5 (7,4%), локтевая кость - 3 (4,4%), фаланги кистей и стоп - 3 (4,4%).

Результаты лечения и обсуждение

У 42 (61,8%) детей патологический перелом был первым симптомом заболевания, у 26 (38,2%) перелому предшествовали небольшие боли, ограничение движений в близлежащих суставах пораженной конечности, хромота. Больные обращались в клинику в различные сроки с момента первого перелома: от одного дня до нескольких месяцев или даже лет.

Патологические переломы обычно возникали от небольшой травмы и характеризуются часто стертой клинической картиной - небольшой припухлостью и болезненностью. Смещение отломков и деформация при этом незначительны, доминирует нарушение функции, хотя встречаются и многооскольчатые переломы со значительным смещением костных фрагментов. Открытых переломов не было.

Большинству больным в первые дни накладывали гипсовую повязку, а при смещении отломков осуществляли закрытую репозицию. Лечение патологических переломов при солитарных кист небольших размеров без смещения проводили в амбулаторных условиях. Фиксация травмированной конечности проводили гипсовой повязкой. У 12 (17,6%) больных с переломами бедра со смещением накладывали скелетное вытяжение. Сроки иммобилизации и сроки срастания патологических переломов превышали сроки обычных переломов на 2-3 недели. После срастания отломков больные находились под наблюдением до 5 лет. После динамического наблюдения 63 (92,6%) больным проведено оперативное лечение. Характер оперативного вмешательства определялся видом опухоли, ее локализацией и степенью повреждения кости. В основном производилась сегментарная или краевая резекция с костной пластикой. У больных с резким истончением кортикального слоя при попытке проведения краевой резекции нередко ломалась сохраняемая часть стенки. Образовавшийся после операции дефект кости заполняли кортикальными трансплантатами по типу "вязанки хвороста". Удаленная патологическая ткань во всех случаях подвергалась гистологическому исследованию.

Патологические переломы при остеобластокластомах (ОБК) наблюдались при локализации остеобластокластом в верхнем метафизе плечевой кости. Операции выполнены у 28 больных. Выбор метода лечения ОБК по данным литературы связан с значительными трудностями и, в частности, с необходимостью обеспечения последующего роста кости, особенно когда опухоль располагается около эпифизарного хряща. В своих

наблюдениях мы не отмечали выраженного расстройства роста кости после оперативного вмешательства.

При солитарной кисте кости была произведена субпериостальная резекция пораженного сегмента кости в пределах здоровых тканей с последующей аутопластикой костным фрагментом из большеберцовой кости (10) или крыла подвздошной кости (4). Ксенотрансплантаты при костной пластике применены в 6 случаях.

При неостеогенной фиброме (12 набл.) у 4 переломы сопровождались значительным смещением. При динамическом наблюдении ни в одном случае спонтанного выздоровления не наступало. У 6 детей отмечалась некоторая репарация очага, у 6 динамика не обнаружено, у 2 при локализации очага в нижнем метафизе большеберцовой кости отмечено значительное прогрессирование процесса. Из 12 больных оперированы 10 пациентов. Краевая резекция произведена у 7 больных, сегментарная резекция – у 3.

При фиброзной дисплазии патологические переломы наблюдались у больных в возрасте 6-12 лет. При наблюдении за больными в течение 3 лет прогрессирование процесса установлено у 3 больных при локализации очага фиброзной дисплазии в длинных трубчатых (лучевой и плечевой) костях. Им произведена также краевая резекция очага с последующей костной пластикой ксенорансплантатами.

Ближайшие результаты (n=68) были благоприятными у всех больных. Отдаленные результаты изучены у 61 (89,7%) больных. Хорошие результаты отмечены у 45 (73,8%) детей, удовлетворительные – у 11 (18,0%), неудовлетворительные – у 5 (8,2%).

Заключение

На основании изложенного выше мы пришли к выводу, что у детей "самоизлечение" доброкачественных опухолей, осложненных патологическими переломами, наступало лишь в единичных случаях, а улучшение - у небольшого процента больных. По нашему мнению,

показанием к срочной операции (удаление опухоли в первые дни после перелома) являются патологические переломы при ОБК, т.к. ожидание срастания ведет к дальнейшему росту опухоли. Объем оперативного вмешательства после срастания отломков не уменьшается, а выжидание консолидации удлиняет общий срок иммобилизации и лечения. В остальных случаях рекомендуется отсроченная операция, т.е. после консолидации отломков, что в ряде случаев позволяет произвести краевую резекцию в более благоприятных условиях.

Литература

1. Мирзоева С.М., Раззаков А.А. Лечение опухолевидных заболеваний у детей. Матер.науч.практ. конф. Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. Бухара. 2016.- С. 321-322.
2. Мирзоева С.М. Лечение детей с опухолевидными заболеваниями скелета методом костной пластики. // А.А. Раззаков, Р.Т.Курбанова. Актуальные вопросы травматологии, ортопедии и хирургии повреждений. Матер. Научн. практ. конф. г.Худжанд,2015.- С. 290-292.
3. Раззаков А.А. Реконструктивные операции при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях скелета /А.А. Раззаков, Н.Ф.Салимов, А.Х. Бегов, Б.К.Ансори, Б.Ш.Самиев // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием, Душанбе. Здр. Таджикистана. -2009.-№ 1.– С. 31- 35.
4. Совершенствование хирургической помощи при доброкачественных опухолях и опухолеподобных заболеваниях костей. /А.А.Раззаков, Н.Ф. Салимов, Дж.Б. Ансори //Вестник Авиценны, - 2015. - №3 (64). – С.20-27.
5. Совершенствование организации медицинской помощи и методов костной пластики /А.А.Раззаков, Н.Ф.Салимзода, Ф.А.Раззаков, Дж.Б.Ансори, Х.К.Хисомов – Душанбе: «Маориф». -2016. -178 стр.