

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

За последние 10 лет мы провели эндопротезирование проксимального отдела бедренной кости у 43 больных с различными опухолевыми поражениями. Для замещения образовавшегося дефекта бедренной кости использовали различные виды эндопротезов. У 14 больных после удаления проксимального отдела бедренной кости дефект заместили металлополимерным однополюсным эндопротезом, изготовленным по методике А. Н. Воронцова. У 12 пациентов замещение осуществлено по методике субхондрального эндопротезирования так же металлополимерным эндопротезом. В 2 наблюдениях использовали однополюсный эндопротез «Medgal», а у 13 – тотальное эндопротезирование ревизионным протезом фирмы Зиммер. У 2х больных с поражением 2/3 бедренной кости (проксимальный отдел + диафиз) дефект замещен тотальным эндопротезом с индивидуально изготовленной ножкой. В 6 случаях значительного удаления мышц, когда концы их невозможно было соединить с эндопротезом, последний обворачивали сеткой-эндопротезом (эндопрол), к которому подшивали оставшиеся культы мышц. Эндопротезирование проксимального отдела бедренной кости показало, что при злокачественном опухолевом процессе результат зависит от стадии распространения опухоли: при 1-2 стадиях результат хороший, при 3-й только улучшает на некоторое время качество жизни больного, которые погибают от метастазов в другие органы. В случаях доброкачественного опухолевого процесса любое эндопротезирование восстанавливает трудоспособность, нормализует качество жизни пациентов.

Ключевые слова: опухоль, эндопротезирование, проксимальный отдел бедра.

ВВЕДЕНИЕ

Проксимальный отдел бедренной кости одна из наиболее частых локализаций костных опухолей. Так, по нашим данным злокачественные опухоли этой локализации составляют 32,2% всех злокачественных опухолей бедренной кости и 14,46% опухолей опорно-двигательного аппарата.

Диагностика такого поражения чрезвычайно трудна в виду анатомического строения и искаженной клинической картины (жалобы на боль в области коленного сустава), в связи с чем правильная диагностика бывает только через 2-6 месяцев с момента первых жалоб, чаще проявляется патологическим переломом шейки, вертельной области бедренной кости. Последние достижения в диагностике, а именно – использование компьютерной и магнитнорезонансной томографии позволяют выявить на ранних стадиях опухолевый процесс. Кроме этого они позволяют

объективно оценить степень распространения опухоли и ставить показания к органосохраняющей операции или экзартикуляции [1].

Целью данной работы является анализ целесообразности эндопротезирования при опухолевом поражении проксимального отдела бедренной кости.

Существует мнение [2], что патологический перелом является абсолютным показанием к удалению конечности. Однако исследования других авторов [3, 4] свидетельствует о том, что выживаемость больных после экзартикуляции и сохранной операции примерно в равном проценте случаев. Результат зависит от наличия или отсутствия отдаленных метастазов, которые, к сожалению, часто не определяются.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

За последние 10 лет мы провели эндопротезирование проксимального отдела бедренной кости у 43 больных с различными опухолевыми поражениями. Возраст больных колебался от 14 до 77 лет. Первичный опухолевый процесс был у 21 больного: хондросаркома – 5, остеогенная саркома – 2, злокачественная фиброзная гистиоцитома (ЗФГЦ) – 2, солитарная плазмоцитома – 1, лимфоидная саркома – 1, синовиальная саркома – 1, энхондрома – 1, хондробластома – 1, хондромиксоидная фиброма – 1, фиброзная дисплазия – 1, костная киста – 2, хондробластома – 1.

Метастазы в проксимальный отдел бедренной кости опухолей внутренних органов имели место у 22 больных: аденокарцинома (опухоль молочной железы, желудок, легкие, яичка) – 10, гипернефрома – 8, скир – 4. 30 больных поступили в клинику с патологическим переломом шейки или шейки и вертельной области или только вертельной области.

Первичные клинические проявления поражения проксимального отдела бедренной кости зависели от нозологической формы опухоли. Однако всегда больные вначале жаловались на боль в коленном суставе (отраженная боль). При остеогенной саркоме, ЗФГЦ боль в области коленного, а затем и тазобедренного суставов конечности проявлялись уже в первые 1 – 2 месяца. При до-

брокачественном процессе боль в коленном суставе (отраженная) и в области проксимального отдела бедра начинала беспокоить через 3 – 6 и более месяцев. Она наблюдалась в покое, усиливалась после нагрузки. Через 2 – 3 месяца после нечеткой и периодически наступающей боли пациенты обращались к врачу поликлиники, обычно, когда боль становилась постоянной, ограничивающей движения и трудоспособность. Как правило, в таком случае проводили рентгенографию коленного сустава и начинали лечить артралгию или остеоартроз и только после безуспешного лечения или, чаще после патологического перелома проксимального отдела бедра проводили исследование тазобедренного сустава.

В клинике кроме обычных стандартных рентгенограмм осуществляли СКТ тазобедренных суставов, а при выраженном мягкотканом компоненте опухоли МРТ, что позволяло детально установить распространение опухоли и ее связь с сосудами и нервными стволами.

Всем больным проведена предоперационная биопсия опухоли, позволившая установить нозологическую форму ее, степень агрессивности. Биопсию проводили с помощью троакара или открытую при выступающем под кожу мягкотканом компоненте.

По данным рентгенологического исследования (СКТ, МРТ), устанавливали стадию распространения опухоли, используя схему А. А. Махсон (1994). Это позволяло определить объем оперативного вмешательства, границы удаления мягких тканей и кости, длину ножки протеза и ее диаметр, возможности использования мягких тканей для укрытия протеза, сохранения функции конечности.

При операции использовали наружный доступ от передней верхней ости подвздошной кости, через верхушку большого вертела и книзу на необходимую (рассчитанную заранее) длину. Все мышцы, которые не были вовлечены в опухолевый процесс мобилизовали и сохраняли. При злокачественной опухоли учитывали границы ложной капсулы. Последнюю старались не травмировать с этой целью прилежащие к ней мышечные пласты также удалялись. В случаях хондросаркомы или остеогенной саркомы возможны «прыгающие» метастазы в окружающие ткани, поэтому объем удаленных окружающих опухоль тканей увеличивали на 5–10 см от ложной капсулы.

По передней поверхности рассекали капсулу тазобедренного сустава и губу вертлужной впадины, пересекали круглую связку, вывихивали головку бедренной кости. Диафизарную часть кости пересекали, учитывая границы поражения по

рентгенограмме, отступая дистальнее поражения на 6 см. В случае нечетких границ опухоли ориентировались по состоянию костного мозга и внутренней стенки костно-мозгового канала дистального фрагмента бедренной кости.

Для замещения образовавшегося дефекта бедренной кости использовали различные виды эндопротезов. У 14 больных после удаления проксимального отдела бедренной кости дефект заменили металлополимерным однополюсным эндопротезом, изготовленным по методике А. Н. Воронцова. У 12 пациентов замещение осуществлено по методике субхондрального эндопротезирования так же металлополимерным эндопротезом. В 2 наблюдениях использовали однополюсный эндопротез «Medgal», а у 13 – тотальное эндопротезирование ревизионным протезом фирмы Зиммер. У 2-х больных с поражением 2/3 бедренной кости (проксимальный отдел + диафиз) дефект замещен тотальным эндопротезом с индивидуально изготовленной ножкой.

В 6 случаях значительного удаления мышц, когда концы их невозможно было соединить с эндопротезом, последний обворачивали сеткой-эндопротезом (эндопрол), к которому подшивали оставшиеся культы мышц.

Операционную рану активно дренировали, дренажи удаляли на 5-е сутки, когда отделяемое становилось сукровичным и незначительным.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Начальные признаки опухолевого поражения проксимального отдела бедренной кости как при злокачественном, так и доброкачественном процессе довольно стерты. Затрудняет диагностику отраженная боль в коленный сустав что на 2-3 и более месяцев откладывает установление истинного диагноза. Этот срок часто увеличивается в виду слабого знания рентгенологической картины опухолей кости. В связи с этим более половины (30) наших пациентов поступили в клинику с патологическим переломом шейки или вертельной области. Наступление патологического перелома свидетельствует о далеко зашедшем опухолевом процессе, по А. А. Махсон (1994) – это 3 стадия распространения опухоли. В таких случаях любое эндопротезирование проксимального отдела бедра опасно продолжением ростом злокачественной опухоли, что мы наблюдали у 9 больных: при хондросаркоме (5 больных) и остеогенной саркоме (оба больных), при ЗФГЦ и метастазе (по 1 больному).

Опыт показывает что при 3 стадии распространения опухолевого процесса (хондро- и остеосаркомы) несмотря на широкое удаление

окружающих тканей мы не можем диагностировать наличие «прыгающих» метастазов в оставшихся тканях. Поэтому, как указывает В. Coley (1960) при такой локализации целесообразна экзартикуляция бедра или гемипельвизектомия. Однако от таких операций больные, которым она предлагалась, категорически отказывались. Интенсивная химиолучевая терапия и экзартикуляция бедра с эндопротезом, позволили продлить жизнь более 5 лет у двоих больных (остеогенная саркома – 1, ЗФГЦ – 1).

19 больных со злокачественным опухолевым процессом проксимального отдела умерли в первый год после операции, это четверо больных с хондросаркомой, один с остеогенной саркомой и 14 – с метастазами рака.

6 пациентов жили 2 года после эндопротезирования, 7 – три года. Все умерли от отдаленных метастазов, в основном в легкие.

При доброкачественном опухолевом процессе все больные живы, ходят без дополнительной опоры. При однополюсном эндопротезировании после физической нагрузки больные жалуются на усиление боли в области тазобедренного сустава. На контрольных рентгенограммах отмечаются костные разрастания по краям вертлужной впадины, редко оссификаты в окружающих мягких тканях.

ВЫВОДЫ

Таким образом, эндопротезирование проксимального отдела бедренной кости показало, что при злокачественном опухолевом процессе результат зависит от стадии распространения опухоли. По – видимому, при 1 – 2 стадии эндопротезирование дало бы хороший результат, при 3 стадии оно только улучшает на некоторое время качество жизни больного. В случаях доброкачественного опухолевого процесса любое эндопротезирование восстанавливает трудоспособность, нормализует качество жизни пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабоша В. А. Однополюсное эндопротезирование при злокачественных опухолях костей тазобедренного и коленного суставов // 13 научно-практич. конференция SISOT: Тез. докладов. – СПб: Морсар АВ, 2002. – С. 187 -188.
2. Dahlin D. C., Cupps R. E., Johnson E.W. Jr. Giant Cell Tumor: a Study of 195 Cases // Cancer.- 1970.- Vol. 25.- P. 1061 – 1070.
3. Соловьев Ю. Н. Новые нозологические формы в классификации опухолей костей // Архив патологии. – 1998. – № 4. – Т.60. – С.57 – 61.
4. Dahlin D. C., Coventry M. B. Osteosarcoma, a Study of 100 cases// Bone Joint Surg. – 1967.- Vol. 49A. – P.101 -110.

5. Махсон Н. Е., Махсон А. Н. Роль клинициста в диагностике опухоли опорно-двигательного аппарата // Вестник травматологии и ортопедии. – 2000. – N 4. – С. 3 -5

В. Г. Климовицкий, Ю. Г. Ютовец, М. А. Власенко, Хайсам Мохаммад Юсеф Абу-Фардех

Эндопротезування при пухлинах проксимального відділу стегна

За останні 10 років ми провели эндопротезування проксимального відділу стегнової кістки у 43 хворих з різними пухлинними ураженнями. Для заміщення дефекту стегнової кістки, що утворився, використовували різні види ендопротезів. У 14 хворих після видалення проксимального відділу стегнової кістки дефект замістили металополімерним однополюсним ендопротезом, виготовленим за методикою О.М. Воронцова. У 12 пацієнтів заміщення здійснено за методикою субхондрального ендопротезування так само металополімерним ендопротезом. У 2 спостереженнях використовували однополюсний ендопротез «Medgal», а у 13 – тотальне ендопротезування ревізійним протезом фірми Зіммер. У 2-х хворих з ураженням 2/3 стегнової кістки (проксимальний відділ + діафіз) дефект заміщений тотальним ендопротезом з індивідуально виготовленою нішкою. У 6 випадках значного видалення м'язів, коли кінці їх неможливо було поєднати з ендопротезом, останній обгортали сіткою-ендопротезом (ендопрол), до якого підшивали залишилися кукси м'язів. Эндопротезування проксимального відділу стегнової кістки показало, що при злоякісному пухлинному процесі результат залежить від стадії поширення пухлини: при 1-2 стадії результат хороший, при 3-й тільки покращує на деякий час якість життя хворого, які гинуть від метастазів в інші органи. У випадках доброякісного пухлинного процесу будь ендопротезування відновлює працездатність, нормалізує якість життя пацієнтів.

Ключові слова: пухлина, ендопротезування, проксимальний відділ стегна.

V. G. Klymovytsky, Yu. G. Yutovets, M. A. Vlasenko, Haitham Mohammad Yousef Abu Fardeh

Endoprosthesis for tumors of the proximal femur

Over the past 10 years we have held joint replacement proximal femur in 43 patients with different tumor lesions. In order to fill the resulting defect of the femur, we used different types of implants. 14 patients after removal of the proximal femur replaced the metal-defect single-pole endoprosthesis, constructed by the method of AN Vorontsov. In 12 patients carried out by the method of substitution subchondral arthroplasty as Metal-endoprosthesis. In 2 cases we used a single-pole endoprosthesis «Medgal», while the 13 – total hip prosthesis audit firm Zimmer. In 2 patients with lesions of 2 / 3 femur (Proximal diaphysis +) total defect substituted endoprosthesis with individually manufactured leg. In 6 cases, a significant removal of muscles, when the ends of their could not connect with the endoprosthesis, the last obvorachivali grid-endoprosthesis (endoprol), which sutured the remaining stump muscles. Endoprosthesis of the proximal femur showed that malignant tumor depends on the stage of tumor dissemination. In 1-2 stages we acquired good results. At the third stage, most patients improve for a certain period of time but later on they suffer from metastases to other organs which leads to death. In cases of benign tumors, of any arthroplasty operation, we normalize the quality of the patients life.

Key words: tumor, endoprosthesis, proximal femur.