ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ

© Хрыпов Сергей Валерьевич, Силков Вячеслав Борисович

ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, г Санкт-Петербург, ул. Литовская,2, E-mail: khrypov-s@yandex.ru

Ключевые слова: эндопротезирование; кость; опухоли; дети.

Введение. Операция эндопротезирования при онкопатологии является одним из методов хирургического лечения, Помимо эндопротезирования применяются методы резекции с фиксацией различными интрамедуллярными и чрезкостными конструкциями, ротационной пластики. Основной задачей является сохранение органа, физическая и социальная реабилитация больного.

Цель исследования. оценка эффективности применения органосохраняющих операций в комплексе хирургического лечения при **при опухолях опорно-двигательного аппарата** у детей.

Материал и методы. С 2012 по 2017 г.г. выполнено 20 реконструктивно-пластических операций в возрасте 6 — 17 лет (медиана — 11,6), м — 11, д — 9, с диагнозами злокачественные опухоли костей и мягких тканей — 18 (OSa–7, EWs–8, RMS– 3); доброкачественные опухоли костей — 2 (osteoblastoma–1, GCT-1).

18 пациентов получили предоперационную ПХТ в соответствии с видом опухоли.

Метастазы в дебюте заболевания (4) — не влияли на объем и вид оперативного вмешательства в основном очаге.

Варианты оперативных вмешательств: эндопротезирование — 14 (OSa-4, Ews-7, RMs-1, osteoblastoma–1, GCT-1); резекции таза с транспедикулярной фиксацией — 2 (Ews-1, RMs-1); ротационная пластика — 2 (OSa-1, RMs-1); использование интрамедуллярных штифтов — 2 (Low grade OSa-1, EWs-1).

Локализация: правая половина таза с тазобедренным суставом — 1; проксимальная 1/3 бедренной кости с т/б суставом — 5; дистальные 2/3 бедренной кости с коленным суставом — 3; проксимальные 2/3 большеберцовой кости с коленным суставом — 1; дистальные 2/3 большеберцовой кости с голеностопным суставом — 1; проксимальные 2/3 плечевой кости с плечевым суставом — 1.

Объем замещения: min — 90 mm, max — 270 mm.

Фиксация ножки__эндопротеза: цементная — 12; безцементная — 1; цементная + безцементная — 1.

Системы удлинения: неинвазивные — 4; малоинвазивные — 8; модульные — 2.

Результаты и их обсуждение. Эффективность оценивалась по восстановлению двигательной активности пациентов, появлению осложнений в виде рецидива основного заболевания, асептической и септической нестабильности компонентов эндопротеза.

Результаты. длительность наблюдения от 6 до 72 месяцев. Живы без опухолевого процесса — 12; смерть от прогрессии заболевания — 2.

Осложнения: перипротезная инфекция — 2; вывих головки эндопротеза –1; асептическая нестабильность компонента -1; местный рецидив — 2.

Функциональные результаты (Musculoskeletal Tumor System, W.F. Enneking et al, 1993) через 6 месяцев после операции: наихудший результат — 65%; наилучший результат — 93% (средний показатель — 79%).

Заключение. Эндопротезирование, наряду со значительными положительными факторами, имеет ряд существенных недостатков. Это: высокая частота местных рецидивов, как следствие недостаточной радикальности (необходимость сохранения достаточного количества мягких тканей для сохранения функции); возможность развития септической нестабильности из — за высокого риска инфицирования.; недостаточная механическая прочность кости (возраст пациентов дошкольники и младшие школьники), приводящая к развитию асептической нестабильности компонентов; необходимость повторной операции при инвазивном протезе и эндопротезировании в младшем школьном возрасте.

Поэтому, каждый раз перед хирургом встает выбор между риском рецидива опухолевого процесса и хорошим функциональным результатом.