

РЕЗУЛЬТАТИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ ПУХЛИНАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

*Чорний В.С.¹, Проценко В.В.², Бур'янов О.А.¹, Солоніцин Є.О.²,
Льницький О.В.², Коноваленко В.Ф.³*

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
МОЗ України

²ДУ«Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

³Інститут експериментальної патології, онкології і радіобіології
ім. Р.Є. Кавецького НАН України, Київ, Україна

Вступ. Проксимальний відділ стегнової кістки - одна з найбільш частих локалізацій кісткових пухлин. За даними літератури, злоякісні пухлини цієї локалізації складають 32,2% усіх злоякісних пухлин стегнової кістки і 14,46% пухлин опорно-рухового апарату. За іншими літературними даними пухлини проксимального відділу стегнової кістки складають 15-25% в структурі пухлинних уражень кісток, які утворюють суглоби. На даний час для більшості хворих злоякісними пухлинами проксимального відділу стегнової кістки хірургічний метод залишається головним. Методом вибору органозберігаючого лікування хворих зі злоякісними пухлинами кісток є ендопротезування. Останні досягнення в діагностиці, а саме використання комп'ютерної та магнітнорезонансної томографії, дозволяють виявити пухлинний процес на ранніх стадіях. Крім цього, вони дозволяють об'єктивно оцінити ступінь поширення пухлини, а з нею - і показання до органозберігаючих операцій або екзартикуляції. Ендопротезування кісток і суглобів є основним методом реконструкції після сегментарних резекцій і екстирпації довгих трубчастих кісток при пухлинних ураженнях, що дозволяє, при мінімальній частоті ускладнень, досягти хороших функціональних результатів. При ендопротезуванні кульшового суглоба функціональна оцінка нижньої кінцівки становить від 63% до 73% після резекції проксимального відділу стегнової кістки. Успіхи онкохірургії, протипухлинної хіміотерапії, вдосконалення ортопедичної техніки поліпшили віддалені

результати лікування даної категорії хворих, якщо в 60-тих роках 20 сторіччя п'ятирічна виживаність оперованих складала 20%, то до 2020 року п'ятирічна тривалість життя зросла до 75% у дорослих і 85% у дітей. При цьому істотно розширилися показання до органозберігаючих операцій. Ендопротезування, не знижуючи радикалізму операції, дозволяє поліпшити функціональні і психологічні результати протипухлинного лікування, змінити якість та зберегти життя хворого.

Мета дослідження. Показати ефективність ендопротезування кульшового суглоба при пухлинах проксимального відділу стегнової кістки, як етап хірургічного лікування в комбінованому і комплексному лікуванні даної патології.

Матеріали і методи. Ендопротезування кульшового суглоба виконано у 22 пацієнтів з первинними та метастатичними пухлинами проксимального відділу стегнової кістки. Первинні пухлини кісток спостерігалися у 15 пацієнтів (хондросаркома - 8, остеогенна саркома - 3, гігантоклітинна пухлина - 2, солітарна міелома - 1, лімфосаркома - 1), метастатичні пухлини - 7 (метастаз раку молочної залози - 6, метастаз раку нирки - 1). Застосовані ендопротези фірми "Inmed" у 18 пацієнтів, фірми "Strayker" - 2, фірми "V.Link" - 1, фірми Безноска - 1. При остеогенній саркомі, солітарній міеломі, лімфосаркомі та метастатичних пухлинах пацієнти в передопераційному і післяопераційному періоді отримували курси поліхіміотерапії. При метастатичних пухлинах крім курсів поліхіміотерапії пацієнтам в передопераційному періоді проводилася променева терапія до 40 Грей на вогнище ураження в кістці. Функціональна оцінка прооперованої кінцівки проводилася за шкалою MSTs. Оцінці больового синдрому до і після ендопротезування проводилася за шкалою R. G. Watkins. Якість життя хворих визначалося у балах відповідно з опитувальником EORTIC QLQ-C30. Виживаність пацієнтів оцінена методом Каплана - Мейєра.

Результати. Післяопераційні ускладнення виявлено у 5 (22,7%) пацієнтів (асептичне розхитування ніжки ендопротеза - 2, перипротезна інфекція - 1, переломи кістки в місці ендопротезування - 1, вивих головки ендопротеза з металопластмасової

чашки - 1). Рецидиви пухлини виявлені у 2 (9,1%) пацієнтів. При порівняльній оцінці больового синдрому до і після ендопротезування переважна більшість хворих 18 (85,7%) до операції мали больовий синдром середньої важкості (2-3 бали за шкалою R. G. Watkins). У 2 (9,5%) хворих спостерігався сильний больовий синдром (4 бали за шкалою R. G. Watkins). У 1 (4,8%) пацієнта больовий синдром був мінімальним (0-1 бал за шкалою R. G. Watkins). В післяопераційному періоді у 2 (9,5%) хворих больовий синдром був мінімальний (1 бал за шкалою R. G. Watkins). У 19 (90,5%) пацієнтів больовий синдром був відсутній. Відновлення функції і опороздатності кінцівки відбулося у 21 пацієнта. Функціональний результат кінцівки після ендопротезування склав 70,4%. Якість життя пацієнтів (згідно опитувальника EORTQ-QLQ-C30) підвищилася з 40 балів в передопераційному періоді до 80 балів після ендопротезування. Трирічна загальна виживаність пацієнтів склала $52,6 \pm 2,7$, п'ятирічна – $41,2 \pm 3,8$.

Висновки 1. Застосування методики ендопротезування кульшового суглоба при комбінованому лікуванні пацієнтів з пухлинами проксимального відділу стегнової кістки дозволяє відновити функцію і опороздатність кінцівки, зменшити больовий синдром і у зв'язку з цим покращити якість життя даної категорії пацієнтів.

2. Радикальна резекція проксимального відділу стегнової кістки з подальшим ендопротезуванням кульшового суглоба знижує ризики локального рецидиву пухлинного процесу до мінімуму.

3. Результати ендопротезування проксимального відділу стегнової кістки показали, що при злоякісному пухлинному процесі виживаність пацієнтів залежить від ступеня злоякісності і стадії поширення пухлини.