

ПЛАСТИЧНИЙ ЕТАП ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ДЕФІЦИТІ М'ЯКИХ ТКАНИН З ПРИВОДУ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ПУХЛИНАХ КІСТОК

*Бур'янов О.А., *Біштаві Обада, **Проценко В.В.

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, 18

** ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" Київ, Україна

Вступ На сьогоднішній час світовий стандарт лікування хворих на злоякісні пухлини кісток - комбінований або комплексний підхід, одним з етапів якого є хірургічне лікування. За даними літератури 90% пацієнтам зі злоякісними пухлинами довгих кісток виконується органозберігаюче хірургічне лікування в обсязі сегментарної резекції кістки з пухлиною та ендопротезування суглоба. Неадекватний вибір місця біопсії або порушення техніки її виконання, виражений м'якотканинний компонент пухлини або анатомічна особливість області ендопротезування не дозволяють адекватно сформуванню м'язовий футляр для укріплення ендопротеза, що підвищує ризик інфекційних ускладнень і тим самим погіршує функціональні результати кінцівки.

Мета Показати ефективність застосування пластичного етапу операції при дефіциті м'яких тканин з приводу ендопротезування колінного суглоба у пацієнтів при пухлинах кісток.

Матеріали та методи Прооперовані 72 пацієнта з пухлинами довгих трубчастих кісток, які утворюють колінний суглоб, в обсязі сегментарної резекції кістки з подальшим ендопротезуванням колінного суглоба. Чоловіків було 40, жінок - 32, вік хворих становив від 15 до 76 років. Морфологічні форми пухлин, які зустрічалися: остеогенна саркома (26), гігантоклітинна пухлина кістки (26), хондросаркома (7), злоякісна гігантоклітинна пухлина кістки (5), фібросаркома кістки (4), злоякісна фіброзна гістіоцитома кістки (2), саркома Юінга (1), метастатичні пухлини (1). Виконано ендопротезування колінного суглоба (при ураженнях дистального відділу стегнової - 45 і проксимального відділу великогомілкової кістки - 27. У 17 (23,61%) хворих до операції відзначався патологічний перелом кістки на тлі пухлинного ураження, що в чималому ступеню ускладнювало передопераційне обстеження та створювало додаткові технічні складності під час операції. 10 (13,89%) пацієнтам до операції ендопротезування колінного суглоба за місцем проживання були виконані різноманітні хірургічні втручання (кістково-пластичні операції з використанням ауто- та алотрансплантатів, керамічного матеріалу на основі гідроксиапатиту та трикальційфосфату, матеріалу на основі біоактивного скла – біокомпозиту, різні види металоостеосинтезу), що теж мало значення в розвитку післяопераційних ускладнень. 37 (51,39%) хворим в передопераційному та післяопераційному періоді були проведені курси внутрішньоартеріальної або внутрішньовенної поліхіміотерапії, 7 (9,72%) пацієнтам у передопераційному періоді проведено курс променевої терапії до сумарної осередкової дози (СОД) - 40 Грей, що також відіграло роль у розвитку післяопераційних ускладнень. Слід зазначити, що у 28 пацієнтів необхідно було проведення додаткового пластичного етапу операції, щоб сформувати адекватний м'язовий футляр для укріплення ендопротеза. Застосовувалися м'язові клапті сформовані з медіальної частини литкового м'яза (27) та медіальної частини широкого м'яза стегна (1). Результати функціональної активності прооперованої кінцівки визначалися нами за шкалою MSTTS. Для визначення якості життя хворих після резекції суглобового сегмента кістки з пухлиною і ендопротезування колінного суглоба ми використовували опитувальник EORTC QLQ-C30, де якість життя визначалася в балах.

Результати У групі з 28 пацієнтів, де виконано пластичний етап операції, інфекційні ускладнення відзначені у 1 (3,5%) пацієнта. Функціональний результат кінцівки в групі пацієнтів, яким виконувався пластичний етап операції після резекції дистального відділу стегнової кістки і ендопротезування колінного суглоба склав 82,2%, після резекції проксимального відділу великогомілкової кістки - 78,6%. Якість життя пацієнтів після

ендопротезування колінного суглоба (опитувальник EORTC QLQ-C30) підвищилася з 40 до 80 балів.

Висновки Пластичний етап операції при дефіциті м'яких тканин дозволив розширити показання до проведення ендопротезування колінного суглоба, що сприяло зниженню частоти післяопераційних ускладнень та поліпшенню функціональних результатів кінцівки і якості життя пацієнтів.