
ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА



© А. Н. Махсон, В. Н. Бурдыгин, 1994

А. Н. Махсон, В. Н. Бурдыгин

ОПЕРАЦИЯ ПО ВРЕДЕНУ — ИКОНОМОВУ КАК ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОРГАНОСОХРА- НЯЮЩЕЙ ХИРУРГИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ

Московская онкологическая больница № 62, Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, Москва

Среди различных способов лечения больных с опухолями костей особое место занимает способ Вредена — Икономова. Он заключается в резекции пораженного отдела кости, его вываривании (кипячении) и реплантации.

Впервые такой способ применил в 1930 г. основоположник отечественной ортопедии Р. Р. Вреден у больного с остеогенной саркомой, затем он произвел эту операцию еще 3 больным. В октябре 1958 г. на заседании Общества травматологов-ортопедов Москвы болгарский ортопед И. Икономов представил доклад, сопровождавшийся демонстрацией кинофильма, о предложенном им методе лечения больных с опухолями костей, который оказался аналогичным методу Р. Р. Вредена. Проф. И. Икономов полагал, что метод оригинален, но в последующем, после напоминания проф. Е. К. Никифоровой об операциях Р. Р. Вредена, признал его приоритет.

Метод не получил распространения в клинической практике по нескольким причинам. Во-первых, нет сколько-нибудь убедительных теоретических предпосылок к его применению. По-видимому, авторы метода предполагали, что — по аналогии с иммунизацией людей против инфекционных заболеваний — возможно развитие противоопухолевого иммунитета. На заседании Общества травматологов-ортопедов в 1958 г., где выступил проф. И. Икономов, проф. В. Я. Шлапоберский сформулировал эту мысль так: принимая во внимание вирусно-генетическую теорию возникновения рака, можно допустить, что вываривание пораженной кости и ее реплантация равносильны

вакцинации. Это было чисто гипотетическим представлением. Во-вторых, никто из использовавших метод Вредена — Икономова не приводил клинического материала с отдаленными результатами, да и вообще публикации на эту тему в течение последних десятилетий единичны. В-третьих, — техническое несовершенство метода. В вываренных трансплантатах опухолевая ткань разваливается, а костная часть трансплантата подвергается медленной и несовершенной перестройке, иногда трансплантаты ломаются даже на проведенных через них интрамедуллярных фиксаторах.

Несмотря на все это мы рискнули поделиться нашим, пусть и небольшим, опытом применения в клинике метода Вредена — Икономова. Может быть, на уровне современных иммунологических представлений было бы целесообразно еще раз обдумать его и использовать в классическом виде или в какой-либо модификации, скажем, не кипятить резецированный отдел кости, а подвергать его воздействию высоких доз радиации, заведомо убивающих клетки опухоли. Возможно и сочетание этого метода с современной химиотерапией.

Под нашим наблюдением находилось 8 больных, которые лечились по методу Вредена — Икономова. У 7 из них была диагностирована остеогенная саркома и у 1 — хондросаркома. Во всех случаях диагноз верифицирован гистологически (Т. П. Виноградова).

Больная Д., 17 лет, оперирована 12.05.69 по поводу остеогенной саркомы дистального метаэпифиза правой бедренной кости. Произведены резекция дистального суставного конца бедренной кости, кипячение его в течение часа и реплантация с использованием массивного интрамедуллярного фиксатора типа НИИХАИ (рис. 1). Через 3 года возник перелом фиксатора и трансплантата (рис. 2, а), в связи с чем больная вновь оперирована: произведены удаление сломавшегося фиксатора и повторный интрамедуллярный остеосинтез (рис. 2, б). Постепенно произошла перестройка трансплантата, консолидация его на уровне перелома с большеберцовой костью. Больная вскоре вышла замуж и (вопреки нашим советам) родила двоих детей. Резкие гормональные перепады, связанные с беременностями и родами, не обострили течение заболевания. Через 24 года после операции здорова. Старшему сыну 20 лет.

Больная П., 17 лет, оперирована 13.01.77 по поводу остеогенной саркомы дистального метаэпифиза правой плечевой кости. Произведены резекция дистального суставного

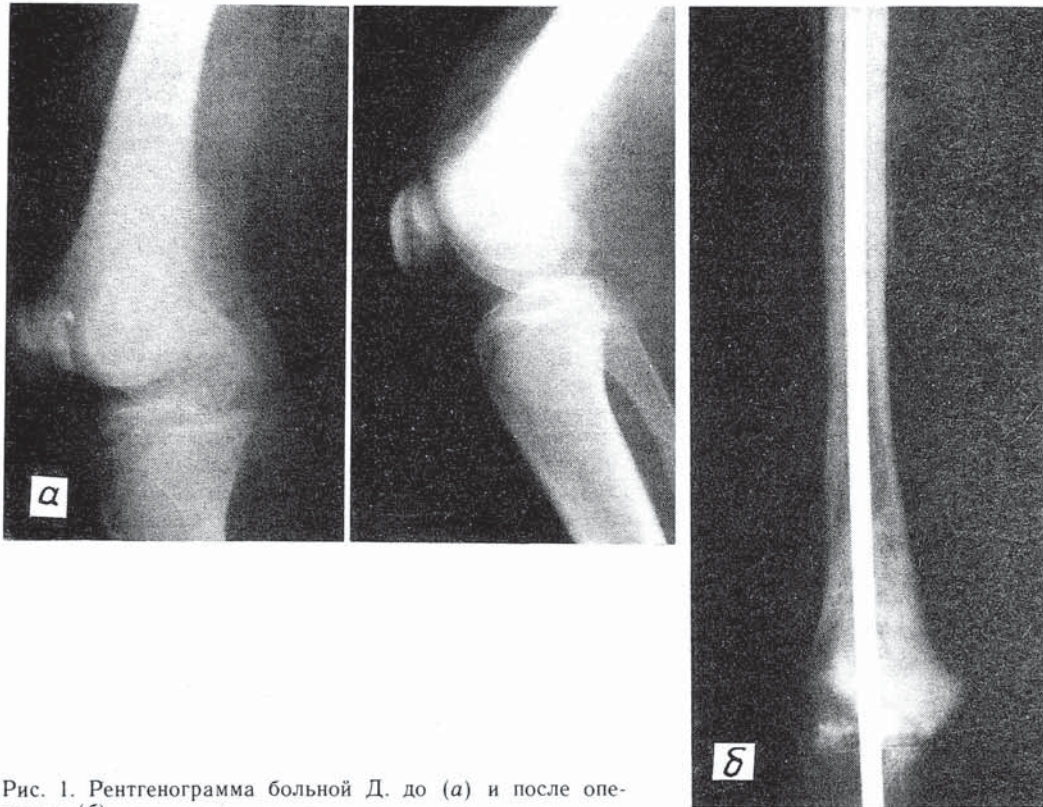


Рис. 1. Рентгенограмма больной Д. до (а) и после операции (б).

конца плечевой кости с половиной диафиза, вываривание резецированного фрагмента и реплантация его с использованием интрамедуллярного остеосинтеза. Через 3 года после операции вышла замуж. Через 8 лет беременность и роды. Вскоре у больной выявлен рак молочной железы с множественными метастазами в легкие и кости. Прожила после операции по Вредену — Икономову 13 лет.

Больная Л-ва, 18 лет. Диагностирована остеогенная саркома дистального метаэпифиза правой бедренной кости. 16.07.69 произведена операция: резекция дистального суставного конца кости, кипячение его и реплантация с использованием массивного интрамедуллярного металлического фиксатора. Замужем, беременностей не было. Через 24 года жива, признаков рецидива и метастазов нет.

Больная Л-на, 42 лет, оперирована методом Вредена — Икономова 15.10.75 по поводу хондросаркомы средней степени зрелости дистального метаэпифиза правой бедренной кости. Вываренный трансплантат укреплен интрамедуллярным металлическим фиксатором. Через 18 лет признаков рецидива и метастазов нет.

наших больных с остеогенной саркомой были связаны с рецидивами и последующим развитием отдаленных метастазов. Это заставляет думать о недостаточном объеме производившихся оперативных вмешательств, т. е. о техническом дефекте их выполнения. В отличие от этого, развитие отдаленных метастазов при отсутствии рецидива мало зависит от действий оперирующего хирурга. Здесь свои, еще мало изученные закономерности. И в

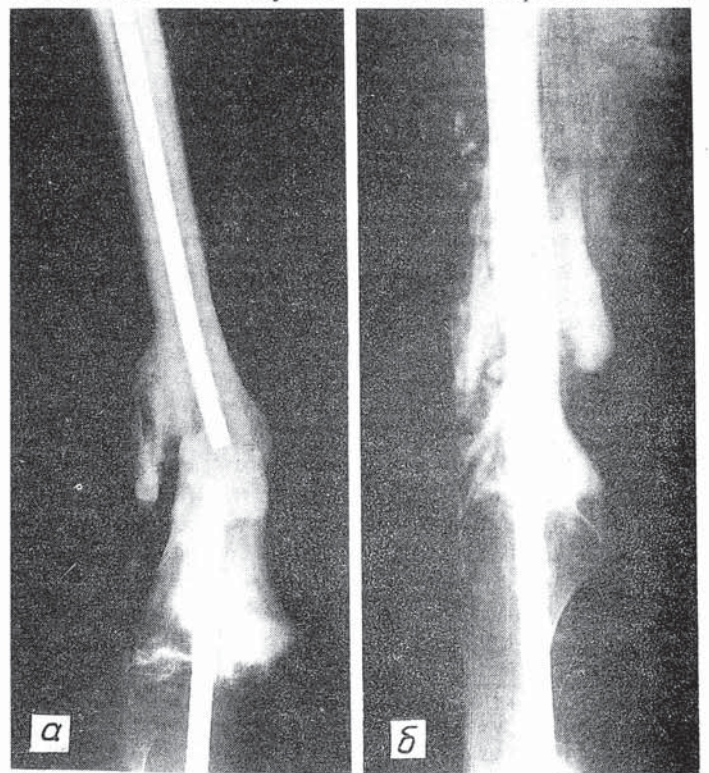


Рис. 2. Рентгенограммы той же больной через 3 года после операции.

а — перелом трансплантата и интрамедуллярного металлического фиксатора; б — сломанный фиксатор удален, произведен повторный интрамедуллярный остеосинтез.

Таким образом, из 7 больных с остеогенной саркомой одна прожила без рецидива и метастазов остеогенной саркомы 13 лет и умерла от другого онкологического заболевания (рак молочной железы) и 2 больные живы без рецидива и метастазов более 20 лет. У других 4 больных с остеогенной саркомой рецидивы и метастазы развились в течение года после операции. Эти исходы существенно лучше, чем исходы после других сохраняемых операций у больных с остеогенной саркомой, лечившихся в период, когда у них не использовалась современная полихимиотерапия. Так, по данным ВОНЦ (1968 г.), из 20 больных, которым была произведена резекция, рецидивы развились у 13 и только 6 из них удалось затем произвести ампутацию, у остальных больных одновременно с рецидивом обнаруживались метастазы в легких. Ни один из 20 больных не прожил 5 лет. Подчеркнем, что наши больные подвергались только хирургическому лечению, ни лучевая, ни химиотерапия им не проводилась.

Неблагоприятные исходы более чем у половины

эксперименте, и в клинике есть наблюдения, подтверждающие, что при некоторых опухолях, в том числе и при остеогенной саркоме, фиксируется некое равновесие между наличием первичной опухоли и развитием метастазов. При этом наличие первичного опухолевого узла может до определенного момента сдерживать развитие метастазов в легкие. Может быть, с этим связаны случаи бурного и раннего метастазирования остеогенной саркомы после ампутации. С другой стороны, если не удалить первичную опухоль, метастазы в легкие развиваются неизбежно. Если эти соображения соответствуют реальному положению вещей, то следует считать рациональным не удаление первичной опухоли, а сохранение ее в организме, но в таком виде, чтобы она потеряла способность к росту. Это и предполагает способ Вредена — Икономова.

© В. В. Михайленко, В. М. Лирцман, 1994

В. В. Михайленко, В. М. Лирцман

ПЕРЕЛОМЫ ЗАДНЕГО ОТДЕЛА МЫШЦЕКОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Московского медицинского стоматологического института им. Н. А. Семашко

Переломы заднего отдела мышцелков бедренной кости встречаются сравнительно редко. За последние 20 лет под нашим наблюдением находились 15 больных с такими повреждениями — 9 мужчин и 6 женщин в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст 54 года). У 7 человек травма была связана с наездом автотранспорта, 2 упали с небольшой высоты на выпрямленные ноги, 1 больная упала на лестнице, остальные 5 больных получили травму при падении на улице на скользкой дороге или дома на мокром полу.

Особенностью рассматриваемых переломов является то, что линия излома проходит во фронтальной плоскости через задний отдел латерального или медиального мышцелка бедренной кости. Специального анатомического названия этот отдел мышцелков бедра не имеет, и в отечественной литературе данную группу переломов называют «фронтальными переломами мышцелков бедра».

Из 15 больных у 13 был перелом заднего отдела латерального, у 2 — медиального мышцелка бедренной кости. В 13 случаях перелом отмечался в области правого, в 2 — в области левого коленного сустава.

У 14 больных перелом мышцелка был фрагментированным и только у 1 носил оскольчатый характер. В 9 случаях отмечалось смещение фрагмента кверху, в 3 — книзу. В остальных 3 случаях костный фрагмент утратил контакт с материнским ложем и сместился в полость коленного сустава (у 2 больных — в задний отдел сустава, в подколенную ямку; у 1 больного фрагмент сместился в передний отдел сустава и заклинился между суставными поверхностями мышцелков бедренной и большеберцовой костей).

Клиническая картина переломов заднего отдела мышцелков бедра ничем не отличается от картины

других изолированных переломов мышцелков бедренной кости.

Консервативное лечение было проведено 12 больным. Показанием к нему являются переломы заднего отдела латерального и медиального мышцелков бедра без смещения отломков, а также со смещением в пределах 1—2 мм у лиц молодого возраста и до 3—4 мм у пожилых и старых людей. Ретроспективный анализ выявил, что в действительности консервативное лечение было показано только 3 больным, остальные нуждались в оперативном лечении. К сожалению, на раннем этапе нашей работы основным методом лечения рассматриваемого вида переломов являлся консервативный иммобилизационный метод с фиксацией конечности гипсовой повязкой на длительный срок.

Все переломы заднего отдела мышцелков бедра относятся к внутрисуставным переломам коленного сустава и сопровождаются гемартрозом. Всем больным производились пункция коленного сустава и удаление крови (от 30 до 150 мл). После пункции в полость сустава вводилось 10—20 мл 1% раствора новокаина. Следует отметить, что ни у одного больного при переломах со смещением отломка не производилась закрытая ручная репозиция, так как методика ее не разработана до настоящего времени.

11 больным была наложена гипсовая повязка, и они выписаны на амбулаторное лечение. Средняя продолжительность пребывания их в стационаре составила 14,5 дня.

Одному больному с переломом заднего отдела латерального мышцелка бедра при поступлении в клинику было наложено скелетное вытяжение за проксимальный метафиз большеберцовой кости грузом 5 кг, нога уложена на шину Белера. Устранить смещение не удалось. Скелетное вытяжение снято через 8 нед после травмы. Больной выписан на амбулаторное лечение без гипсовой повязки с рекомендацией продолжить восстановительное лечение.

Анализируя непосредственные результаты консервативного лечения переломов заднего отдела мышцелков бедренной кости, следует признать, что они были неудовлетворительными, а выбор метода лечения ошибочным.

Отдаленные результаты изучены у 8 больных этой группы в сроки от 2 до 11 лет. Почти у всех больных с неустранимым смещением фрагмента на рентгенограммах в отдаленном периоде выявлены признаки деформирующего артроза II—III стадии.

Оперативное лечение применено у 3 больных. Основным показанием к открытой репозиции является смещение костного фрагмента заднего отдела мышцелка кверху или книзу более 4 мм. Абсолютным показанием к оперативному лечению служит смещение костного фрагмента в полость коленного сустава и внедрение его между суставными поверхностями мышцелков бедренной и большеберцовой костей.

У 1 больного для удаления небольшого костно-хрящевого фрагмента, отколовшегося от заднего отдела латерального мышцелка бедра, был использован задний штыкообразный доступ к коленному суставу. У 2 больных мы применили передне-медиальный парапателлярный доступ с открытой репозицией и фиксацией костного фрагмента в од-