

## **Комплексное лечение больных с доброкачественными опухолями мягких тканей кисти**

*Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии УрГМА,  
г. Екатеринбург*

Кисть человека, создала условия для его дальнейшей эволюции. Болезни кисти в большинстве неспецифичны, и нередко приводят к потере её функции. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания мягких тканей составляют в структуре заболеваемости кисти 5.3% (Розовская Т.П. с соавт., 1982; Волкова А.М., 1993; Cherubino P. с соавт., 1984). Большинство авторов рассматривают опухоли мягких тканей как локальный процесс. Остаются неучтёнными такие клинические характеристики новообразований, как распространенность, темп развития. Не выяснены особенности микроциркуляции, вегетативной нервной системы, обеспечения организма половыми гормонами и соединительной ткани у пациентов с этой патологией кисти. Не разработано лечение больных с новообразованиями кисти, включающее систему диспансерного наблюдения, оперативное пособие и профилактику рецидивов. К сожалению анализ отдалённых исходов не всегда учитывает функциональные результаты лечения.

По нашему мнению, наряду с органосберегательным оперативным лечением необходима коррекция нарушений сегментарного кровотока, вегетативной нервной системы, обеспечения организма половыми гормонами.

Все изложенное явилось основанием для постановки задачи настоящего исследования: разработать систему комплексного профилактического органосберегательного лечения доброкачественных новообразований мягких тканей кисти с учётом местных изменений, нарушений со стороны кровотока и некоторых звеньев нейрогуморальной системы.

Исследования сегментарного кровотока, соединительной ткани, вегетативной нервной системы, обеспечения организма половыми гормонами показали, что клиническая картина опухолей и опухолеподобных заболеваний кисти складывается из сочетания локальных симптомов, характерных для отдельных нозологических форм и общесоматических симптомов. Изменения в соединительной ткани новообразований и кис-

ти характеризуются сочетанием дистрофических в 100% и воспалительных в 30-37.5% процессов, и зависят от локального кровотока.

Проведена оценка темпа роста новообразований кисти. Интенсивный рост новообразования характеризовался быстрым развитием новообразования в течение 1-1.5 лет, ранним болевым синдромом, ранним нарушением функции конечности, рецидивом на месте операции, развитием новообразования с противоположной стороны, или в рядом расположенном сегменте. Медленный рост включал развитие новообразования в течение более 1.5 лет, невыраженный болевой синдром, медленно развивающееся нарушение функции конечности.

Выявлено что на темп развития опухолевых образований влияет вегето-гормональный профиль больных. Интенсивное развитие наиболее выражено у женщин избыточным содержанием андрогенов, у мужчин с их недостатком при преобладании тонуса симпатической нервной системы.

Данные объективного обследования и постановки диагноза послужили основанием для оптимизации существующего лечения новообразований кисти.

Учитывая, что опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей в процессе своего роста вызывают нарушение функции кисти, а также могут озлокачествляться, оперативному лечению подлежали все больные с бластоматозами мягких тканей кисти. Выполнено 225 операций больным с новообразованиями мягких тканей кисти и их рецидивами.

В основу комплексного лечения положен диспансерный метод, который включал: выявление больных во время медицинских осмотров, первичных обращений в поликлиники, на консультативный прием; направление пациентов к онкологам для уточнения характера выявленных новообразований; подготовку больных к оперативному лечению; наблюдение больных в послеоперационном периоде, своевременное выявление рецидивов заболевания, проведение противорецидивного лечения.

Оперативное лечение доброкачественных новообразований мягких тканей кисти носило органосберегательный характер. (Волкова А.М., Страхов М.А., 1995). Радикальность операций заключалась в удалении новообразования со всеми измененными тканями по границе со здоровой тканью. Чаще (183 случая) использована методика проводниковой анестезии. В случаях большого объема оперативного вмешательства, а у детей применялось общее обезболивание (42 случая). Удаление опухоли

или опухолеподобного образования проведено у 178 пациентов. Учитывая, что синовиомы и ПВУС (47 пациентов), поражающие синовиальные влагалища кисти, не имеют четких границ, производилась тотальная синовэктомия.

У 3 больных, при локализации синовиом на пальцах с поражением синовиального влагалища с тыльной и ладонной стороны, для доступа использовался спиралевидный разрез от ладонно-пальцевой складки и далее по боковой поверхности пальца на тыл (Волкова А.М., 1993).

Осложнения во время операции и после неё:

- повреждение кровеносных сосудов у 6 больных,
- повреждение пальцевых нервов у 4 больных,
- вскрытие кисты с выходом содержимого в рану у 12 больных,
- послеоперационный отёк кисти, различной степени выраженности наблюдался у всех больных,
- частичное расхождение швов наблюдалось в 3 случаях в связи с выраженным отеком конечности,
- краевой некроз кожного лоскута наблюдался у 33% больных (вследствие истончения кожного покрова во время роста новообразований, и развития в нём трофических нарушений),
- некроз сегмента конечности наблюдался в 2 случаях (как следствие декомпенсации кровообращения в послеоперационном периоде),
- вторичное заживление послеоперационной раны наблюдалось у 22 (10%) больных с частичным расхождением швов, и с краевыми некрозами.

Восстановительное лечение начиналось с первых суток после операции. Больному назначались противоотёчные, противовоспалительные препараты, анальгетики. С третьих суток в курс лечения включались средства, нормализующие кровоток и лечебная физкультура. После снятия швов на 12 сутки рекомендовался курс противорецидивного лечения, направленный на улучшение трофических процессов в поражённой конечности, коррекцию нарушений метаболизма. Курс противорецидивного лечения подбирался индивидуально на основании данных объективного обследования и учитывал характер нарушений сегментарного кровотока. Вегетативные нарушения лечились альфа-адреноблокаторами. Коррекция гормональных нарушений проводилась негормональными или

гормональными средствами, в зависимости от выраженности изменений, после консультации гинеколога или андролога по месту жительства. Кроме приёма лекарственных препаратов противорецидивный курс включал ряд физиотерапевтических мероприятий местного воздействия и терапию обострений сопутствующей патологии. Курс противорецидивного лечения в отдаленном послеоперационном периоде прошли 46 человек диспансерной группы.

Оценка результатов проведена у всех 220 оперированных по поводу опухолей и опухолеподобных заболеваний больных.

При применении комплексного органосберегательного лечения отмечено увеличение количества больных с хорошими результатами до 97.9% по сравнению с использованием традиционного лечения (90.3%). Данные анализа результатов лечения представлены в таблице № 1.

Таблица 1.

**Анализ результатов лечения больных опухолями и опухолеподобными заболеваниями мягких тканей кисти.**

Результаты	Традиционное лечение		Комплексное лечение	
	чел.	%	чел.	%
Хорошие	147	84.50%	45	97.80%
Удовлетворительные	10	5.80%	-	-
Неудовлетворительные	17	9.70%	1	2.20%
из них:				
- некроз	2	1.20%	-	-
- рецидивы	15	8.60%	1	2.20%
Всего:	174	100%	46	100%

Сроки наблюдения больных после операции составили от 1 до 9 лет. Хороший результат при традиционном лечении получен у 84.5% пациентов, удовлетворительный у 5.8% (сохранение болевого синдрома, образование грубых рубцов, нарушение функции кисти, продолжение роста новообразования), неудовлетворительный у 9.7% больных (некроз сегмента вследствие декомпенсации кровообращения, рецидивы).

Все рецидивы, кроме одного возникли в первые 0.5-1.5 года с момента вмешательства. В связи с этим, на наш взгляд, изучение окончательных результатов лечения целесообразно проводить в срок 1.5 года. В группе больных получивших только оперативное лечение (174 чел.) рецидивы выявлены у 15 чел.: гемангиомы 4 чел., нейрофибромы 2 чел., мезенхимомы 1 чел., ПВУС 3 чел., ганглий 5 чел. В группе больных, получивших наряду с оперативным пособием противорецидивную терапию (46 чел.) наблюдался 1 рецидив синовиомы.

К причинам возникновения рецидивов относились: – недостаточный объём операции, – склонность новообразования к рецидивированию, быстрый темп роста опухолей, связанный с определённым вегето-гормональным профилем (группа риска).

Определяется снижение частоты рецидивов при использовании противорецидивного курса лечения на 6.4%.

Таким образом система комплексного органосберегательного диспансерного лечения позволила увеличить количество хороших и удовлетворительных функциональных результатов у больных с новообразованиями мягких тканей кисти с 90.2% до 97.9% и сократить количество рецидивов с 8.6% до 2.1%.

30 лет кафедре травматологии, ортопедии



и военно-полевой хирургии УрГМА