

пользовано для оценки выраженности трофических нарушений в конечности, и эффективности терапии в различные периоды лечения пациентов.

А.М. Волкова, Н.Л. Кузнецова, М.А. Страхов

О клинической классификации доброкачественных новообразований мягких тканей кисти

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

В настоящее время отсутствует единая общепринятая классификация опухолей и опухолеподобных заболеваний кисти, что затрудняет разделение новообразований и постановку клинического диагноза. Имеющиеся классификации (Бойчева Б., 1971; Толмачёвой В.В., 1981; Усольцевой Е.В., 1982) учитывают лишь гистологические характеристики, степень злокачественности, локализацию новообразований (Бойчев Б. с соавт., 1971; Шеклаков Н.Д., 1975; Шинкаренко Н.И. с соавт., 1982; Колосов А.Е. с соавт., 1991). Остаются неучтёнными клинические характеристики новообразований: распространённость, темп развития, состояние кровотока в повреждённом сегменте.

В большинстве журнально-статейного материала, монографиях, посвященных как отдельным нозологическим формам, так и в целом новообразованиям кисти используется Международная гистологическая классификация ВОЗ.

Нами проведено исследование, в результате которого выявлено, что клиническая картина опухолей и опухолеподобных заболеваний кисти складывается из сочетания локальных симптомов, характерных для отдельных нозологических форм и общесоматических симптомов. Традиционно используемые методы диагностики: общеклинические, рентгенография, гистологическое исследование не позволяют в достаточной мере оценить выраженность общесоматической симптоматики у больных с новообразованиями кисти. Выполнен комплекс дополнительных обследований при которых выявлены изменения в соединительной ткани новообразований и кисти. Эти расстройства характеризуются сочетанием дистрофических и воспалительных процессов, и зависят от локального

кровотока. Предполагается, что двухсторонний характер изменений и распространенность на сосуды различного калибра свидетельствуют об участии в их происхождении центральных механизмов регуляции сосудистого тонуса. В связи с этим у больных проведена оценка вегетативной нервной системы и обеспечения организма половыми гормонами. Исследование показало, что у больных с новообразованиями кисти имеются нарушения в этих системах различной направленности и степени выраженности.

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.

Выявлена зависимость темпа роста новообразований от вегето-гормонального профиля пациентов. Полученные данные отражены в таблице № 1.

Таблица 1.

Зависимость темпа роста новообразований от вегето-гормонального профиля.

Пол	Интенсивный рост	Медленный рост
Женщины	S Гипер А, Гипо Э Ps Гипер А, Гипо Э	S Гипер Э
Мужчины	S Гипо А, Гипер Э Ps Гипер Э	Ps Гипо А

Как следует из таблицы медленный темп развития новообразований отмечен у женщин с симпатическим тонусом и избытком эстрогенов, и мужчин с парасимпатическим тонусом и недостатком андрогенов. Все

остальные выявленные нарушения характеризовали интенсивный темп развития опухолевых заболеваний.

Полученные данные обследования сегментарного кровотока, вегетативной нервной системы, обеспечения организма половыми гормонами больных с новообразованиями мягких тканей кисти послужили основанием для дополнения существующей гистологической классификации ВОЗ.

Предлагаемая классификация построена с учётом выявленных патологических изменений при различных вариантах развития новообразований. Для любой клинической формы (с интенсивным, или медленным ростом) характерна определённая гистологическая картина и нарушения сегментарного кровотока. Темп развития и рецидивирование новообразований определялись вегето-гормональным профилем пациента. Для оценки состояния кровотока взяты критерии изменений капилляроскопической картины по Dejmal V., 1968.

Клинико-гистологическая классификация доброкачественных опухолей и опухолеподобных заболеваний мягких тканей кисти:

1. Локализация: запястье, пясть, фаланги пальцев.
2. Источник: эпителий, потовые и сальные железы, синовиальные оболочки, сухожилия, мышцы, нервы, сосуды.
3. Клиническое течение: интенсивное, медленное.
4. Локальный кровоток: компенсация, субкомпенсация, декомпенсация.
5. Гистология: по гистологической классификации ВОЗ.

Данные объективного обследования и постановки диагноза с учётом предложенной классификации послужили основанием для оптимизации существующего лечения новообразований кисти.

Классификация опухолей и опухолеподобных заболеваний мягких тканей кисти может быть использована для уточнения диагноза, выбора объёма и тактики лечения, прогнозирования течения заболеваний.