

тически бесполезны.

К сожалению, до настоящего времени в момент поступления таких больных очень сложно прогнозировать исходы.

А.М.Волкова, М.А.Страхов

ОРГАНСОБЕРГАТЕЛЬНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ КИСТИ

Опухоли кисти – один из малоизученных разделов хирургии. Ему посвящено сравнительно небольшое число исследований, как отечественных, так и зарубежных авторов. Кисть и пальцы от общей площади тела человека составляют около 2%. Однако в пределах кисти сосредоточены такие анатомические структуры, как кости и суставы, сухожилия и синовиальные влагалища, все виды покровной и соединительной тканей, сосуды, нервы. Такое многообразие тканевых структур может подвергаться патологической перестройке и возникновению самих различных новообразований не менее часто, чем в других локализациях организма. Частота опухолей и опухолеподобных заболеваний в общей патологии кисти составляет 8,2% /Усольцева Е.В., 1986/.

Мы располагаем данными о 482 больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями кисти. Из них у 67,6% пациентов имели место опухоли мягких тканей, у 32,4% – костно-хрящевых. Со злокачественными опухолями мы наблюдали пять больных, что составило 1,04%. Кроме того, у трех пациентов в различные сроки после операций по поводу гигантоклеточных опухолей и миксомы отмечался рецидив опухоли с озлокачествлением.

Из доступных литературных источников, к сожалению, невозможно установить истинную картину частоты опухолевых заболеваний кисти. В целом, по нашим наблюдениям, складывается впечатление о возросшей частоте обращений больных с различными опухолями кисти и смещении возрастных границ в сторону омоложения.

Клиника опухолей кисти чрезвычайно разнообразна. Минимальные безболезненные образования, без нарушения функции кисти обычно не вызывают особого беспокойства пациента. В ряде случаев незначительную припухлость в области кисти и пальцев, нередко связанную с небольшой травмой, расценивают как травматический или воспали-

тельный отек и проводят не всегда адекватное лечение. Как рентгенологическую находку нередко обнаруживают костную опухоль фаланг с патологическим переломом. При постепенном увеличении опухоли возникают не только первичные нарушения формы какого-либо сегмента кисти, но и вторичные, связанные с растяжением и сдавлением тканей, нарастанием болевого синдрома, усилением сосудистого рисунка, ограничением функции. По внешнему виду очень трудно точно определить характер опухоли. В повседневной практике остается высоким процент диагностических ошибок, он достигает 53% /Менжинская Г.В., 1965/. Все опухоли вообще и кисти, в частности, по клиническому течению и морфологии делят на доброкачественные и злокачественные. Эти понятия достаточно относительны и условны.

При доброкачественном течении четко определяется граница опухоли, отсутствует спаянность ее с окружающими тканями. Она медленно увеличивается, не дает выраженного болевого синдрома, не метастазирует. После удаления опухоли не бывает рецидивов. Злокачественное течение характеризуется быстрым ростом, инфильтрацией и прорастанием в окружающие ткани, отсутствием границ, склонностью к метастазированию в отдаленные органы по кровеносным и лимфатическим путям. В клиническом течении выделяют пограничные опухоли, которые в течение длительного времени не увеличиваясь, вдруг приобретают интенсивный рост. Пусковым механизмом, стимулирующим рост опухоли, может быть травма, любое экстремальное воздействие на организм, а также нерадикальное удаление опухоли и другие факторы.

Опухоли кисти и пальцев в клиническом течении имеют свои особенности:

- 1 преимущественно длительное доброкачественное течение;
- 2 малый об'ем и выраженная функциональная активность кисти в норме позволяет рано проявиться и стать видимым и ощутимым даже маленькое опухолевидное образование;
- 3 высокоразвитая иннервация кисти способствует возникновению раннего болевого синдрома, что сразу же фиксирует внимание больного;
- 4 постоянная активная функция кисти в целом и ее отдельных структур настолько взаимосвязаны, что возникновение любого новообразования вызывает чувство дискомфорта и ограничения функции;
- 5 сосредоточение на кисти разных тканевых структур — основа для многообразия опухолей в отличие от других органов.

Диагностику опухолей кисти проводят общеклиническими и специальными методами исследования. Одним из доступных и информативных является рентгенография. При необходимости производят рентгеновские снимки в дополнительных проекциях, а также томографию. Эффективны ультразвуковая диагностика, компьютерная томография. В последние годы применяют радионуклидную диагностику опухолей опорно-двигательного аппарата /Синята Б.Ф., 1986/. Простотой и безвредностью отличается метод тепловизионной диагностики опухолей конечностей /Гудушаури М.О., Сепиашвили А.Д., 1990/. Артериография, внутрикостная венография, лимфография – высоко информативные методы диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата. Широко применяют метод пункционной биопсии.

Тем не менее вопрос о степени злокачественности опухоли решают при помощи гистологического исследования препарата удаленной опухоли. Микроскопическая диагностика особенно трудна при опухолях синовиальных влагалищ сухожилий, фасций, при определении их доброкачественности и злокачественности. К настоящему времени этиопатогенез многих дистрофических, фибробластических заболеваний не выяснен окончательно, поэтому разделение некоторых их форм на опухолевые и опухолеподобные образования условно.

Лечение опухолей в последние десятилетия обогатилось за счет развития многих смежных дисциплин, а также новой хирургической техники. В хирургическом лечении опухолей конечностей и прежде всего кисти, как органа труда, к настоящему времени сформировалось два основных направления.

Радикальное – заключается в ампутации или экзартикуляции сегментов или всей конечности. Хотя понятие радикальности при таких вмешательствах условное, так как ряд злокачественных опухолей костей и мягких тканей еще в доклиническом периоде сопровождается отдаленными метастазами, и ни ампутация, ни экзартикуляция конечности не спасает жизни больного /Зацепин С.Т., 1984/.

Органосохраняющая, сберегательная оперативная тактика при многих опухолях – это тот подход, который используют при лечении многих опухолей конечностей и, в частности, кисти. За последние годы органосберегательное хирургическое лечение опухолей обогатилось новой оперативной техникой, позволяющей производить абластичные операции с одновременным или последующим замещением дефекта удаленного сегмента /костей, сухожилий, нервов и др./. Разработка техники органосохраняющих операций развивалась параллельно с внед-

рением комбинированного лечения /лучевой и химиотерапии/.

Как показывает изучение отдаленных результатов лечения, органосберегательные операции не уступают эффекту радикальных, а в ряде случаев превосходит его благодаря сохранению конечности /Зацепин С.Т., 1984/. Эти направления в хирургической тактике не могут быть противопоставлены друг другу, так как существуют объективные показания для использования того или другого метода операции в каждом отдельном случае. Трудность заключается в правильности выбора рационального метода хирургического лечения, в зависимости от вида опухоли. Это положение касается тактики и лечения опухолей и опухолеподобных заболеваний кисти и пальцев, когда врач особенно часто сталкивается с категорическим отказом от калечащей ампутации, несмотря на угрозу смерти. Больные согласны на любое органосберегательное лечение кисти.

Несмотря на общее развитие онкологии в целом, опухоли кисти, как уже упоминалось, мало и разноречиво освещаются, что не способствует углублению осведомленности практических врачей. Об этом свидетельствует тот факт, что больные с опухолями кисти нередко ходят от врача к врачу, не получая своевременной помощи. Особое внимание следует обратить на обязательный контакт онколога, ортопеда и патогистолога в диагностике и лечении опухолей и опухолеподобных заболеваний.

Нередко пациенты, впервые обратившиеся с опухолью кисти, не всегда подвергаются всестороннему онкологическому обследованию. Считая малой операцией на кисти, опухолевидные образования часто удаляют в амбулаторных условиях и, как правило, без гистологического исследования препарата.

Все чаще обращаются больные с тяжелыми последствиями технически неполноценных операций: неполным удалением опухолевой ткани, продолжающимся ростом, рецидивом опухоли, а также с сопутствующими повреждениями важных анатомических структур кисти-сухожилий, нервов. Возникает необходимость в повторном оперативном вмешательстве уже в более осложненных условиях.

Органосберегательная хирургия кисти при опухолях и опухолеподобных заболеваниях требует сугубо специализированного подхода к лечению, определенных условий, навыков и умения, ибо речь идет не только о сохранении органа труда, но и жизни и здоровья человека.