

УДК 616_006_053.2

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ДЕТЕЙ

© **Мурадян Владимир Юрьевич**

детский ортопед, врач высшей категории
Городская больница № 20, отделение ортопедии и травматологии для детей
Россия, 344091, Ростов-на-Дону, Коммунистический пр., 39
8 (863) 2-71-96-01
E-mail: gb20@aanet.ru

© **Ковалев Максим Владимирович**

кандидат медицинских наук
Городская больница № 20, отделение ортопедии и травматологии для детей
Россия, 344091, Ростов-на-Дону, Коммунистический пр., 39
8 (863) 2-71-96-01
E-mail: gb20@aanet.ru

Проанализированы результаты лечения 17 детей с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости за период с 2013 по 2018 г. Описано, какие новообразования встречались в данной локализации, особенности лечения и послеоперационного ведения пациентов. Описаны результаты лечения.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли, проксимальный отдел бедренной кости, лечение детей, пластика костных дефектов.

Введение

Шейка и вертельная область бедра у детей и подростков являются местом частой локализации доброкачественных опухолевых и опухолеподобных поражений. По статистике ВОЗ, первичные поражения этой области составляют 8,6–14% [7]. Клиническая и дифференциальная диагностики поражений проксимального отдела бедра затруднены тем, что он укрыт значительным слоем мышц и недоступен непосредственной пальпации, а жалобы и внешние признаки при различных новообразованиях весьма схожи (боль, хромота, нарушение функции тазобедренного сустава). Многообразие проявлений патологических процессов затрудняет также их рентгенологическую диагностику. В такой ситуации для верификации характера поражения необходимо выполнение биопсии, однако технология получения гистологических препаратов может затягивать этот процесс. В то же время ранняя диагностика и своевременное проведение адекватного вмешательства предупреждают возникновение ряда возможных осложнений.

Таким образом, клиническая диагностика доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений проксимального отдела бедренной кости затруднена, в первую очередь, тем, что на ранних стадиях развития новообразований жалобы и прочие клинические проявления поражения малоспецифичны (ноющего характера нелокализованные боли, щадящая хромота, нарушение функции тазобедренного сустава и т. п.). Кроме того, непосредственная пальпация верхней трети бедра практически невозможна, и легко выявляющиеся в других отделах скелета характерные изменения рельефа кости, симптом «пергаментного хруста» и др. здесь не определяются [3]. Это является одной из причин относительно позднего проведения полноценного рентгенологического обследования, доста-

точно большого количества «рентгенологических находок» (24,2%) и патологических переломов (17,7%) [7]. Поэтому при наличии даже минимальных клинических проявлений возможного очагового поражения проксимального отдела бедренной кости — признаков нарушения функции тазобедренного сустава, недостаточно мотивированных жалоб на боли или дискомфорт в этой области — показано стандартное рентгенологическое исследование и скрупулезное изучение всех выявленных изменений. При подозрении на наличие новообразования оправдано выполнение компьютерной томографии.

Детальный анализ изменений костной структуры, особенностей выявленных патологических очагов в большинстве случаев позволяет установить диагноз поражения. В сомнительных случаях для верификации диагноза требуется выполнение трепанбиопсии; если явных клиничко-рентгенологических признаков агрессивности новообразования нет, а его размеры и локализация не предполагают существенных технических сложностей при удалении в пределах неизменных тканей, то целесообразно выполнение лечебно-диагностического вмешательства — открытой биопсии с удалением патологического очага. При этом желательно иметь возможность интраоперационного экспресс-морфологического исследования удаляемых тканей [2]. Комплекс вышеперечисленных мероприятий призван исключить или свести к минимуму количество случаев поздней (на стадии развития осложнений) диагностики доброкачественных опухолевых и опухолеподобных поражений проксимального отдела бедренной кости у детей и подростков.

Цель работы

Проанализировать лечение детей с доброкачественными новообразованиями в в/о бедренной кости, проведенное в ДТОО МБУЗ «ГБ № 20».

Материалы и методы

За период с 2013 по 2018 г. в ДТОО МБУЗ «ГБ № 20» пролечено 17 детей с доброкачественными новообразованиями проксимального отдела бедренной кости. Из них мальчиков 12 (70,6%), девочек 5 (29,4%). Возраст пациентов составил от 1 года 7 месяцев до 16 лет. Девять пациентов поступили в экстренном порядке с патологическими переломами, которые локализовались в межвертельной и подвертельной областях и являлись результатами роста эндостальных новообразований. В таких случаях пациентам накладывали скелетное вытяжение, назначали антибиотики, противоотечное лечение, компьютерную томографию, клиничко-лабораторное дообследование перед операцией. Через 3–4 дня по завершении дообследования и уменьшении посттравматического отека выполняли плановое оперативное вмешательство, которое заключалось в расширенной биопсии новообразования, ауто- или аллопластике образовавшегося дефекта кости, репозиции патологического перелома и наложения накостного металлоостеосинтеза Г-образной пластиной при эндостальных новообразованиях. Еще два патологических перелома без смещения поступили и были прооперированы в плановом порядке. В плановом порядке выполняли краевую резекцию кости при остеохондромах, расширенную биопсию эндостальных новообразований без патологических переломов. При этом в 4 случаях использовали биокompозитные материалы (BIO-1, ORTHOSS), в двух из них использовали комбинированную пластику с аутокостью; в 7 случаях использовали костную пластику (6 случаев — аутокость, один случай — губчатый аллотрансплантат). Выполняли гипсовую иммобилизацию кокситной повязкой.

В остальных случаях новообразования проксимального отдела бедренной кости являлись случайными находками на рентгенограммах, выполненных по другому поводу, либо пациенты поступали в плановом порядке с жалобами на боли, наблюдалось наличие пальпируемых образований в соответствующем сегменте.

В послеоперационном периоде пациенты получали антибиотикотерапию, гемостатики, анальгетики, противоотечную терапию, по показаниям выполняли переливание крови и ее компонентов. Послеоперационный период у всех пациентов протекал гладко, выписывались из стационара на 7–10-е сутки после операции. Гипсовую повязку снимали по результатам рентгенконтроля в гипсе через 1,5–2 месяца после операции. Послеоперационная реабилитация включала ЛФК, разработку постиммобилизационных контрактур, восстановление объема движений, постепенное увеличение нагрузок на прооперированную конечность. Г-образную пластину удаляли по результатам рентгенконтроля не ранее, чем через 12 месяцев после первичной операции.

Длительность наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде составила от 6 месяцев до 2,5 лет.

Результаты

Во всех случаях в раннем послеоперационном периоде пациенты отмечали боли в прооперированном сегменте конечности, у 11 пациентов с эндостальными новообразованиями отмечали подъем температуры до 38,5°C. Пациенты старше 5 лет вставали на костыли на 3–6-е сутки после оперативного лечения в зависимости от выраженности послеоперационного отека, болевого синдрома.

В одном случае спустя 1 год 4 месяца после оперативного лечения возник рецидив костной кисты в верхней трети правой бедренной кости со смещением дистального фрагмента бедренной кости и миграцией Г-образной пластины. Проведена повторная операция — удаление содержимого кисты, комбинированная пластика биокомпозитом и аутотрансплантатом из правой малоберцовой кости.

Во всех остальных случаях использования ауто- и аллопластики данных за рецидив новообразований не выявлено, заполнение костных полостей и перестройка биоматериала удовлетворительные.

По нашим наблюдениям, в проксимальном отделе бедренной кости у детей встречались: костные кисты у 8 пациентов (47% случаев), при этом во всех случаях имелись патологические переломы; в трех случаях (17,6%) встречались остеохондромы, в трех случаях (17,6%) — остеоид-остеомы, в двух случаях (11,9%) имела место очаговая монооссальная фиброзная дисплазия (в одном случае имелся патологический перелом), в одном случае (5,9%) встретились остеобластокластома. Все диагнозы подтверждены гистологически.

Всего за период с 2013 по 2018 г. костные кисты встречались в 29 случаях, экзостозы — в 39 случаях, остеоид-остеома — в 14 случаях, фиброзная дисплазия — в 72 случаях, остеобластокластома — в 4 случаях.

У двоих из 11 пациентов, прооперированных по поводу патологических переломов, в послеоперационном периоде диагностировали укорочение нижней конечности на 2,5 и 1,0 см, которое компенсировано ортопедическими стельками. Во всех случаях полностью восстановлен объем движений в нижней конечности.

Выводы

Существуют затруднения в диагностике эндостальных новообразований проксимального отдела бедренной кости до клинических проявлений патологического перелома. Современные биокомпозитные материалы могут быть использованы для изолированной и комбинированной пластики костных дефектов наряду с костными аутотрансплантами с удовлетворительными результатами лечения. Укорочение нижней конечности в позднем послеоперационном периоде, по нашим данным, составило 18,2 %, это осложнение требует своевременной диагностики с целью профилактики связанных с ним заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей. Необходимо отметить, что проанализированная нами выборка пациентов пока еще недостаточна для проведения полноценного статистического анализа с использованием параметрических критериев оценки, сравнение наших данных с данными литературы и оценка достоверности полученных данных будут проведены по достижении необходимого объема выборки.

Литература

1. Алиев Д. А., Алиев А. Ю. Ошибки диагностики остеогенной саркомы // Хирургия. 1987. № 10. С. 117–119.
2. Веснин А. Г., Семенов И. И. Атлас лучевой диагностики опухолей опорно-двигательного аппарата. Ч. 1. Опухоли скелета. СПб.: Невский диалект, 2002. С. 6.
3. Волков М. В. Болезни костей у детей. М.: Медицина, 1985. С. 283.
4. Дурнов Л. А. Руководство по детской онкологии. М.: Миклош, 2003. С. 405.
5. Воронович И. Р. Опухоли костей и сочленений таза / И. Р. Воронович, Л. А. Пашкевич, А. И. Воронович. Минск: Изд-во ГУ РНМБ, 2003. 257 с.
6. Roposch, A. Treatment of femoral neck and trochanteric Simple bone cysts / A. Roposch, V. Saraph, W. E. Linhart W. // Arch.orthop.traum.surg. 2004. Vol. 124. P. 437–442.
7. Особенности клинико-рентгенологической диагностики доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений проксимального отдела бедренной кости у детей и подростков / И. Э. Шпилевский [и др.] // Журнал ГрГМУ. 2010. № 2. С. 132–137.

BENIGN TUMORS OF PROXIMAL FEMUR IN CHILDREN

Vladimir Yu. Muradyan

Municipal budgetary healthcare institution “Municipal Hospital No. 20”,
Department of Orthopedics and Traumatology for Children
Rostov-on-Don

Maksim V. Kovalyov

Municipal budgetary healthcare institution “Municipal Hospital No. 20”,
Department of Orthopedics and Traumatology for Children
Rostov-on-Don

The results of treatment of 17 children with benign tumors of the proximal femur for the period from 2013 to 2018 are analyzed. It is described what neoplasms occurred in this location, features of treatment and postoperative management of patients. The results of treatment are described.

Keywords: benign tumors, proximal femur, children, treatment, postoperative management