

A-14.00.13
A-379

ՀՀ Կրթութեան եւ գիտութեան նախարարութեան
Երեւանի Մ.Յերմանով Անվան ՊէՏԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ԱՐԱ ԱՇՈՏԻ ԱՅՎԱԶՅԱՆ

ԲԱՐՈՐԱԿ ՈՍԿՐԱՅԻՆ ՈՒՌՈՒՑՔՆԵՐԻ ԵՎ ՈՒՌՈՒՑՔԱՆՄԱՆ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ
ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱԳԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ՏԱԿՏԻԿԱՆ

ԺԴ.00.13 «Վնասվածքաբանություն և օրթոպեդիա»
մասնագիտությամբ բժշկական գիտությունների թեկնածուի
գիտական աստիճանի հայցման ատենախոսության

ՍԵՂՍԱԳԻՐ

ԵՐԵՎԱՆ – 2007

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РЕСПУБЛИКИ АРМЕНИЯ
ЕРЕВАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ М.ГЕРАЦИ**

АЙВАЗЯН АРА АШОТОВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
ОПУХОЛЕЙ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук по специальности
14.00.13 – травматология и ортопедия

ԵՐԵՎԱՆ – 2007

Ատենախոսության բեման հաստատվել է ՀՀ ԱՆ Ս.Խ.Ավդալբեկյանի անվ. Առողջապահության Ազգային Ինստիտուտի Գիտական խորհրդի նիստում 2005թ.:

Գիտական ղեկավար՝ Բ.Գ.Ղ. Ա.Վ. Այվազյան
Պաշտոնական ընդդիմախոսներ՝ Բ.Գ.Ղ., պրոֆ. Ա.Ք. Զարադյան
Բ.Գ.Ք. Ա.Ս. Սոֆյան

Առաջատար կազմակերպությունը՝ «Միքայելյան Վիրաբուժության Ինստիտուտ» ՓԲԸ

Պաշտպանությունը կայանալու է 2007թ. 30 նոյեմբերի ժ.15.30 Երևանի Ս.Հերացու անվան Պետական Բժշկական Համալսարանի 027 մասնագիտական խորհրդի նիստում:
Հասցեն՝ 375025, ք. Երևան, Կորյունի 2:

Ատենախոսությանը կարելի է ծանոթանալ ԵՊԲՀ-ի գրադարանում:
Սեղմագիրը առաքված է 30 հոկտեմբերի 2007թ.

Մասնագիտական խորհրդի գիտական քարտուղար՝  Բ.Գ.Ք., դոցենտ Ռ.Ս. Կուրդինյան

Тема диссертации утверждена на заседании Ученого совета Национального Института Здравоохранения им.С.Х. Авдалбекяна МЗ РА в 2005г.

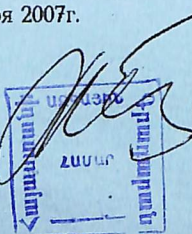
Научный руководитель: д.м.н. А.В. Айвазян
Официальные оппоненты: д.м.н., проф. А.К. Зарацян
к.м.н. А.С. Софян

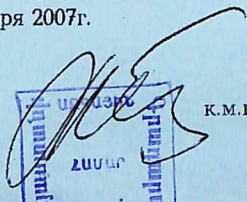
Ведущая организация: АОЗТ «Институт Хирургии Микаелян»

Защита состоится "30" ноября 2007г. в 15.30 на заседании специализированного совета 027 Ереванского государственного медицинского университета имени М. Гераца, по адресу: 375025 г. Ереван, ул. Корюна 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЕГМУ.
Автореферат разослан "30" октября 2007г.

Ученый секретарь
специализированного совета



 к.м.н., доцент Р.М. Кургиян

4257-2007

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. До настоящего времени опухоли костей относятся к наименее изученному разделу современной ортопедии как в смысле своевременного и правильного их диагностирования, так и проведения адекватного лечения, несмотря на то что, значительно расширились наши сведения об опухолях костей, улучшилась клиническая, рентгенологическая и патологоанатомическая их диагностика.

Анализ отечественной и зарубежной литературы свидетельствует, что доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения костей имеют достаточно большой удельный вес среди больных с ортопедическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а лечение их является одной из наиболее сложных и актуальных проблем современной ортопедии и травматологии. Это объясняется тем обстоятельством, что костная ткань по своему строению и функциональным особенностям во многом отличается от других тканевых структур. Убедительно доказано, что кость представляет из себя динамичный, обильно снабженный сосудами орган с энергичным обменом веществ. Обладая многотканевой структурой (собственно костная, хрящевая, кроветворная, ретикулярная, сосудистая, нервная, жировая ткани), кость потенциально может дать различные по своему гистологическому происхождению опухоли. Несмотря на кажущееся грубое строение кости и необоснованное определение ее как «опорной» ткани, кость представляет собой огромный биохимический потенциал для обмена веществ, имеет свои законы эволюции, формообразования, регенерации. Физиологическая жизнь кости является отражением развития всего макроорганизма. В молодом возрасте возникновение опухолей, очевидно, связано с энергией роста костей, сопровождающийся интенсивной их перестройкой.

Этиология доброкачественных опухолей костей до настоящего времени изучена не до конца. Вирхов (Virchow), Конгейм (Kongeim), Фишер-Вазельс (Ficher-Wasels), Н.Н. Петров, П.А. Герцман, Л.А. Зильбер, А. Д. Тимофеевский, Л.М. Шабад, Б.И. Збарский, Л. Ф. Ларионов, И. Н. Майский – это далеко не полный перечень авторов различных гипотез на происхождение опухолей. К сожалению, остаются в силе слова Вирхова (1863г.): «Если кого-нибудь прижать к стене (auf das Blut pressen), чтобы он сказал, что такое опухоль, то я не думаю, чтобы можно было найти кого-либо из живущих людей, кто бы в состоянии сказать это».

Как говорил Coley В. (1960г.) - «исследование опухолей костей делает скромными самых лучших патологоанатомов, которые должны иметь глубокое знакомство с костной патологией в целом». А Dahlin D. (1986г.) к этому добавил - «патологоанатом, ответственный за диагноз костного заболевания, ставит себя в невыгодное положение, если он не знает его рентгенологической картины».

Не имея возможности остановиться в данной работе на наших соображениях по классификации костных опухолей, приходится отметить, что во всех классификациях мало учитываются клинические данные и особенности течения. В силу этого, имеющиеся классификации носят преимущественно морфологический характер, не отражая динамики процесса. В значительной степени это связано с недостаточной разработанностью клинической картины опухолей костей.

Определенные ДКО и ОППК требуют хирургического лечения, тогда как у других, течение болезни самоограниченное. В течение двух последних десятилетий разработано множество концептуально новых подходов оперативного лечения доброкачественных и злокачественных опухолей костей, ведется поиск новых направлений. Если можно и нужно противопоставлять одно направление в лечении опухолей костей другому, то совершенно неправильно противопоставлять методы хирургических вмешательств, показания, к применению которых всегда индивидуальны. Для каждой нозологической опухоли кости существуют объективные показания для производства того или иного оперативного вмешательства, и сложность заключается в том, что хирургу нужно правильно оценить клинические особенности данной опухоли, индивидуально и правильно установить показания для определенного оперативного вмешательства или принять решения о нецелесообразности оперативного лечения.

Успехи в аллопластическом замещении обширных дефектов длинных костей, эндопротезирования, позволившие не только сохранить конечности, но и их функцию, способствовали расширению показаний к сохраняемым операциям. Новым этапом в хирургии костных опухолей стало внедрение в ортопедическую практику реконструктивных операций. Для замещения пострезекционного костного дефекта использовались различные трансплантационные материалы. При анализе истории развития применяемых костнопластических материалов, как нигде прослеживается зависимость появления новых, более усовершенствованных материалов от прогресса научной мысли, как в области медицины и биологии в целом, а так же в органической химии, физике, металлургии.

Прогресс в области медицинских технологий привел к созданию ряда новых методов лечения, таких как термическая и радиочастотная абляция, КТ направляемая резекция, эндоскопия и т.д.. Несмотря на большой арсенал методик, большинство исследователей указывают на множество недостатков и неудовлетворительных результатов лечения, что зависит от адекватного выбора метода, его своевременности, объема и качества исполнения.

Однако еще очень многие вопросы в этой области не изучены в должной степени, многое нуждается в уточнении, критическом анализе, а уже установленные факты еще не стали достоянием широких врачебных масс, вследствие недостаточного освещения их в литературе. Вопросы объема, надобности и своевременности оперативного вмешатель-

ства при доброкачественных опухолях и опухолеподобных поражениях костей являются одним из приоритетных в современной ортопедии и костной онкологии.

Таким образом, изучение особенностей течения и тактики лечения доброкачественных костных опухолей и опухолеподобных заболеваний является актуальной проблемой современной ортопедии и костной патологии.

Цель и задачи исследования. Целью предлагаемой работы является: выявить особенности течения и разработать тактику и показания к применению того или иного метода лечения, в зависимости от нозологической единицы, локализации и размеров доброкачественных костных опухолей и опухолеподобных поражений костей, для улучшения результатов лечения.

Для осуществления поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Выявить частоту возникновения различного рода осложнений и неудовлетворительных результатов, а также провести анализ ошибок и осложнений при применении различных методов и тактик лечения (на основании архивного и собственного материала) у больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей.
2. Пересмотреть показания и противопоказания для оперативного и консервативного лечения, а также разработать критерии объема и срока планируемого вмешательства у больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей.
3. Разработать показания и технику применения малоинвазивных методов оперативного лечения больных с доброкачественными костными опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей.
4. Изучить отдаленные результаты оперативного и консервативного лечения доброкачественных костных опухолей и опухолеподобных заболеваний костей и выработать методические рекомендации для выбора адекватного метода лечения.

Научная новизна. Выявлены преимущества и недостатки наиболее распространенных оперативных вмешательств, выполняемых при лечении доброкачественных костных опухолей и опухолеподобных поражений костей. Определены показания и сроки выполнения различных видов оперативного лечения у этого контингента больных. Предложены наиболее оптимальные виды и объем операций в зависимости от нозологической единицы и локализации патологического образования. Показано, что применение инновационных малоинвазивных технологий лечения, с использованием навигации и эндоскопической техники, позволяют достичь лучших лечебных результатов и в более краткие сроки по сравнению с радикальными операциями при лечении некоторых доброкачественных костных опухолей и опухолеподобных поражений костей. Предложен комплексный подход и определены показания для консервативного лечения у больных с доброкачественными

опухолями и опухолеподобными поражениями костей. Показано, что не все ДКО и ОППК нуждаются в хирургическом лечении.

Практическая значимость. Разработаны показания к оперативному и консервативному лечению доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений костей в зависимости от нозологической единицы, объема поражения, очага локализации и активности патологического процесса. Разработаны показания и усовершенствованы технические аспекты проводимых малоинвазивных и сохранных оперативных вмешательств. Предложенный в работе дифференцированный подход к выбору методов лечения больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей позволит выбрать наиболее эффективную тактику при лечении больных с данной патологией и значительно повысить эффективность проводимого лечения. Руководствуясь разработанными показаниями, можно достигнуть снижения процента осложнений и неудовлетворительных результатов.

Внедрение результатов работы в практику. Разработанные показания и дифференцированный подход к выбору метода консервативного и оперативного лечения, в том числе и малоинвазивных и сохранных оперативных вмешательств нашли широкое применение в клинической практике отделений Центра Травматологии, Ортопедии, Ожогов и Радиологии МЗ РА, кафедрах травматологии и ортопедии ЕГМУ и НИЗ МЗ РА, что позволило улучшить исходы лечения больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей.

Апробация работы. Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены в докладах на следующих съездах и конференциях: Всеукраинской научно - практической конференции с международным участием «Новые технологии в травматологии и ортопедии», Донецк, 2006; IV съезде травматологов-ортопедов Армении, Ереван 2006. Основные положения диссертационной работы апробированы на совместном заседании ученого совета ЦТООР, кафедр травматологии и ортопедии ЕГМУ и НИЗ МЗ РА и Ассоциации травматологов и ортопедов РА.

Публикации. По материалам работы опубликовано 9 печатных работ в отечественных и зарубежных научных печатных изданиях.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 150 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов и приложения (клинические примеры, проиллюстрированными выписками из историй болезни и рисунками – всего 52 страницы). Список использованной литературы составляет 244 источника. Работа иллюстрирована 79 рисунками, 8 таблицами и 28 диаграммами.

База проведения исследования. Работа выполнена в Центре Травматологии, Ортопедии, Ожогов и Радиологии МЗ РА, кафедре травматологии и ортопедии НИЗ МЗ РА

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Работа основана на изучении клинических наблюдений 563 больных с первичными ДКО и ОППК, обследованных и лечившихся в Центре Травматологии, Ортопедии, Ожогов и Радиологии (ЦТООР) МЗ РА за период с 1991 по 2006г. Возрастной состав наблюдаемого контингента больных от 3 до 65 лет. Как известно, опухолевые поражения костей в основном преобладают у пациентов молодого возраста: эта закономерность выявляется также при статистическом анализе нашего контингента: больные до 20 лет составляют 72,27% (409) от общего количества (диаграмма 1).

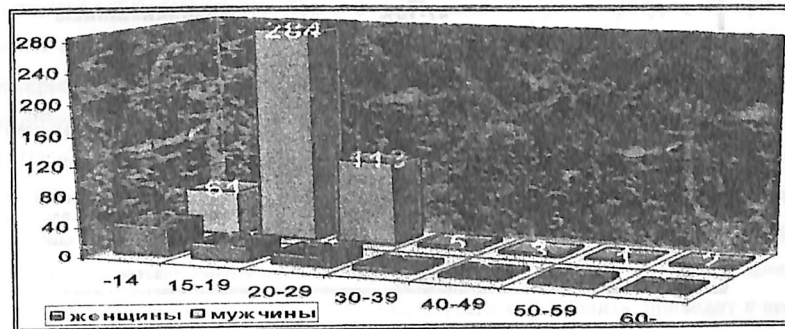


Диаграмма 1. Распределение больных по полу и возрасту.

Среди наблюдаемого контингента больных, лиц мужского пола было – 469 (83,3%), а женского – 94 (16,7%) (что связано с обследованием и лечением больных призывного возраста). По нашим данным, наиболее часто из ДКО и ОППК встречаются остеохондромы – 325 (59%), остеоид остеома – 59 (10%), костные кисты – 58 (10%), фиброзная дисплазия – 47 (8%), энхондромы – 39 (7%) и неостеогенная фиброма – 35 (6%).

Немаловажное значение имеет также наиболее часто встречаемая локализация очага поражения. По нашим данным, наибольшее количество поражений ДКО и ОППК локализуется в длинных (498-79,3%) и коротких трубчатых костях конечностей (81-12,9%). Локализация же в других костях встречалась в 39 (0,1%) случаях.

Из 563 больных, оперативное лечение рекомендовано 297. Оперировано 236 (42%) пациентов, которым произведено 267 оперативных вмешательств. Из 327 неоперированных больных 68 прошли курс консервативного лечения и реабилитации и вместе с 213 больными находятся под динамическим наблюдением, а остальные больные либо отсрочили оперативное лечение, либо впоследствии выбыли из нашего поля зрения.

38% больных не произведено какого либо лечения, ввиду отсутствия жалоб с их стороны, наличия относительных медицинских показаний и низкой вероятности потен-

циальных осложнений. Это противоречит мнению некоторых врачей, что ДКО и ОППК подлежат преимущественно хирургическому лечению.

Как известно, выбор метода оперативного лечения зависит от структуры опухоли, характера клинического течения процесса, локализации, степени поражения кости, возраста и состояния больного, а также от способности той или иной опухоли рецидивировать. У указанного контингента больных производились различные операции, от минимально инвазивных, с применением инновационных медицинских технологий, до вынужденных ампутаций (диаграмма 2).

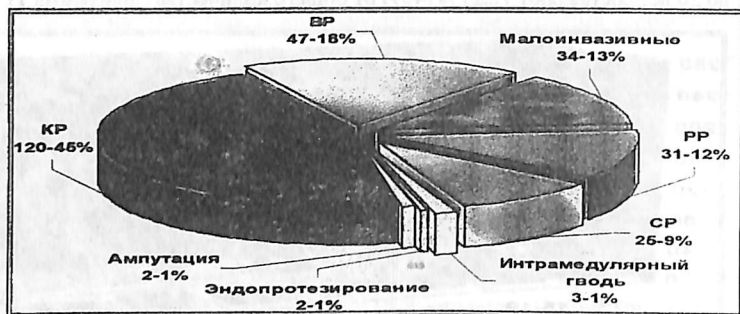


Диаграмма 2. Распределение больных по типу произведенных операций.

Несмотря на то, что из указанной диаграммы следует, что наиболее частым оперативным вмешательством является краевая резекция (47%), при более детальном анализе материала становится видно, что объемные операции в большинстве случаев проводились с 1991 по 2000 годы. А с 2000 года, с развитием, усовершенствованием и внедрением в практику малоинвазивных технологий, все чаще стали использоваться атравматические оперативные вмешательства.

Таким образом, анализируя вышеизложенные диаграммы видно, что с увеличением наших знаний о ДКО и ОППК, хирургический радикализм все больше вытесняется малоинвазивными вмешательствами, а в ряде случаев, даже замещается наблюдательно – выжидательной тактикой. Понятие сохранная операция для ортопедов приняло другой смысл.

Для достоверной диагностики и объективной оценки результатов консервативного и оперативного лечения больных с ДКО и ОППК, весь контингент больных подвергался комплексному обследованию до и после проведенного лечения, а также динамическому обследованию и контролю в процессе лечения. Обследование больных включало в себя клинические, лучевые (рентгенологические, компьютерная и ядерномагнитная томография, сонография), морфологические и лабораторные методы исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на распространенность работ и трудов, посвященных данной тематике, отсутствуют четкие показания к проведению того или иного метода лечения. Наличие множества возможных методов лечения вводит врачей в замешательство, а терминологическая путаница усугубляет данную проблему. Все это в итоге приводит к необдуманным, иногда даже калечащим и ненужным операциям, когда врач скрывается под словом «опухоль», а результаты лечения не удовлетворяют пациентов.

Анализируя наблюдаемые примеры и на основании обзора литературы, мы пришли к выводу, что нахождение гнезда остеоид остеомы (ОО) в толще кортикалита вызывает у хирургов серьезные затруднения. Вероятнее всего, именно этот фактор объединяет сторонников обширных резекций, то есть беспомощность хирургов приводит к калечению больных. По нашему мнению, для верификации диагноза ОО, необходимо дооперационное КТ подтверждение и положительный салицилатный болевой тест (или аспириновая проба) – ночные боли должны полностью купироваться производными салициловой кислоты. Большое хирургическое вмешательство с краевой или пристеночной резекцией в пределах здоровой кости, с удалением всего кортикалита, приводит к неоправданному созданию «ятрогенного» костного дефекта, который в ряде случаев приходится заполнять трансплантатом или даже фиксировать с применением металлических конструкций. Удаление патологического образования, измеряющегося миллиметрами и не грозящего онкологическими осложнениями, путем создания костного дефекта в несколько сантиметров в длину и составляющего более поперечника кости, мы считаем агрессивным и неоправданным подходом. При лечении ОО данный результат, в условиях современного темпа жизни, требования больных и возможности медицинских технологий, нельзя считать удовлетворительным.

Результаты нашего исследования показывают так же, что при интраоперационной топографической верификации гнезда ОО, с помощью навигационных спиц до произведения разреза, нет необходимости в большом хирургическом вмешательстве. Удаление гнезда ОО через троакар, по навигационной спице с помощью канюлированного сверла или фрезы, позволяет ограничить объем хирургической агрессии. Метод особенно эффективен при расположении ОО в труднодоступных для открытого вмешательства местах. Эффективность малоинвазивных методов лечения ОО позволяют достичь хороших лечебных результатов, с быстрым возвращением больного к полноценной жизни, улучшению ее качества.

Анализируя наблюдаемые примеры лечения больных с энхондромами (ЭХ), мы пришли к заключению, что лечение больных с ЭХ должно быть индивидуализировано и в первую очередь зависеть от клинического течения процесса и его локализации. Многие ЭХ с доброкачественным и асимптоматичным течением, с маленькими размерами очагов, динамически не прогрессирующие и без патологических переломов не требуют хирургического лечения вообще. Внутриочаговая резекция ЭХ с обработкой стенок полости высокоскоростной фрезой до кровавой росы, по нашему мнению является оптимальным хирургическим лечением при ЭХ кистей. При использовании ауто- и аллотрансплантатов результаты лечения приблизительно одинаковы, так как сроки заполнения дефектов идентичны. По нашему мнению, использование как аутокости, так и ЗАДКМ, является приемлемым, однако учитывая, что аллогенный костный матрикс обладает высокими остеиндуктивными свойствами, что обычно обеспечивает хороший функциональный результат, отсутствие рецидивов и необходимости создания ятрогенных костных дефектов, он является оптимальным материалом, так как не требует дополнительной травмы донорского участка.

У наблюдаемого нами контингента больных, показания к оперативному вмешательству остеохондром (ОХ) определялись с учетом эстетических проявлений, медицинских (онкологических) данных, а так же вторичных осложнений, вызываемых ОХ, а не по принципу – костное образование должно быть удалено. Учитывая клинические характеристики ОХ, определялись показания к сохранным резекциям и производились оперативные вмешательства больным, у которых имелись:

1) ОХ с завершённой оссификацией, не представляющие онкологической опасности и сопровождающиеся болевыми ощущениями, нарушениями функции движения, толерантностью к физической нагрузке, деформациями, перелом и т.д.

2) солитарные или множественные ОХ с несовершенной оссификацией, нормальной или изменённой костной тканью метафиза при их значительной величине — вызывающие давление на сосуды, нервы, с перемещением мышц по их поверхности.

3) ОХ ростковых зон скелета, характеризующиеся больше деформацией костей, чем ростом ОХ, имеют ограниченные показания к оперативному вмешательству, которое в особых случаях может быть направлено больше на исправление деформации костей, чем на удаление образований.

4) прогрессивно увеличивающиеся ОХ с быстрым автономным ростом хрящевого покрытия (имеют хрящевое покрытие более 3мм), так называемые пролиферирующие ОХ, размеры которых во время клинического, ЯМР и сонографического обследования,

значительно больше рентгенологических, особенно при расположении на плоских костях (таз), подлежат иссечению (КР) с основанием и покрывающими фасциальными образованиями в любом возрасте (мы расцениваем их как пресаркоматозный процесс).

Анализируя наблюдаемые случаи лечения больных с костными кистами (КК), мы пришли к заключению, что лечение больных с КК должно быть индивидуализировано и в первую очередь зависеть от размера патологического образования, толщины стенок полости, клинического течения процесса и его локализации. Многие КК с асимптоматичным течением, маленькими размерами очагов, достаточно прочными стенками полости, динамически не прогрессирующие и без патологических переломов, не требуют немедленного хирургического вмешательства. Данные больные нуждаются в динамическом наблюдении. Использование различных материалов для реконструкции пострезекционных костных дефектов зависит от размеров, местоположения, прочности стенок КК, а также от предпочтений хирурга. Применение эндопротезов, при околоуставной локализации кист, в некоторых случаях, позволяет избежать инвалидизации пациентов. Предотвращение рецидивов при КК не зависит от размера костной резекции. Для достижения полноценного излечения наиболее важным является полное удаление капсулы КК и содержимого полости, что можно достичь различными объемами хирургических вмешательств, которые в свою очередь зависят от технического оснащения и мастерства хирурга. Пункционные методы лечения имеют ограниченное применение. Наиболее оптимальным из малоинвазивных методов, по нашему мнению, являются операции с использованием эндоскопической техники, которая позволяет в увеличение видеть стенки КК и производить как аспирацию содержимого полости, так и производить полноценное удаление капсулы кисты под оптическим контролем, с последующей обработкой стенок полости.

При лечении больных с фиброзной дисплазией (ФД) мы пришли к заключению, что при попытке удаления патологической ткани, с последующей костной пластикой или без нее, имеет место высокий процент рецидивов, вне зависимости от объема проведенного вмешательства (17-62%), а в некоторых случаях даже приводит к малигнизации очага и летальному исходу. Чрезвычайно трудно удалить всю патологическую ткань. В отличие от результатов лечения, направленных на удаление патологической ткани с костной пластикой, при поражении ФД нижней конечности, лица, которые лечились методом внутренней фиксации, имели удовлетворительный результат, независимо от завершения костного роста или формы ФД. Внутренняя фиксация не влияет на основной процесс болезни, но обеспечивает механическую поддержку структурно ослабленной кости. Хотя использованию внутренней фиксации с этой целью оказано недостаточно внимания в литературе, мы не нашли сообщений о случаях неудач после технически правиль-

но произведенного интрамедуллярного остеосинтеза. Использование устойчивой, внутренней фиксации при ФД нижней конечности, увеличивает возможность успешного результата и позволяет рассматривать ее как основу лечения у пациентов с ФД нижних конечностей. Терапия бифосфонатами и препаратами кальция, хотя и не влияет на патологическую ткань, ее применение оказывает положительное воздействие на окружающую «здоровую кость», что позволяет применять ее как дополнительный метод укрепления кости вокруг патологического процесса. Предварительные результаты позволяют рекомендовать терапию бифосфонатами при лечении ФД, ввиду отсутствия лучшей.

При лечении больных с метафизарным кортикальным дефектом (МКД) и неостеогенной фибромой (НФ), мы пришли к заключению, что МКД не требует специального лечения, несмотря на то, что по современным морфологическим данным, они имеют то же гистологическое строение, что и НФ и нуждаются только в динамическом наблюдении. НФ рассматривается нами как костный дефект, способный при определенных размерах и местоположении привести к патологическому перелому. С клинической точки зрения имеет значение лишь локализация и величина НФ. Патологический перелом при НФ является пусковым механизмом к заполнению костного дефекта и соответственно в ряде случаев, при небольших образованиях, может лечиться консервативно. Однако, они нуждаются в обязательном динамическом наблюдении на предмет регрессии или роста. Внутривенная резекция и костная пластика НФ рекомендуется лишь в том случае, когда очаг настолько большой, что неизбежно наступит патологический перелом и вероятность замещения патологического образования органотипичной тканью низка.

Изучение ближайших и отдаленных результатов лечения проводилось в сроки от 1-го месяца до 14 лет. Результаты оценивались по сумме баллов, следующим образом (таблица 1.):

Таблица 1.

Плохие	Неудовлетворительные	Удовлетворительные	Хорошие	Отличные
0 - 20	21 - 40	41 - 60	61 - 80	81 - 100

Оценка результатов лечения больных, по сумме баллов.

Из 563 больных с первичными ДКО и ОППК, обследованных, консервативно или оперативно лечившихся на клинической базе Центра Травматологии, Ортопедии, Ожогов и Радиологии (ЦТООР) МЗ РА за период с 1991 по 2006г., непосредственные результаты лечения в сроки до 1-ого месяца изучены нами в 267 случаях оперативных вмешательств произведенных 238 (100%) больным, 68 (100%) случаях консервативного лечения и 259

(100%) случаях динамического наблюдения. Ближайшие результаты лечения в сроки до 12-ти месяцев нами изучены у 232 (98,5%) оперированных больных, в 65 (95,6%) случаях консервативного лечения и в 206 (73%) случаях динамического наблюдения. Отдаленные результаты лечения в сроки от 1-го до 5-ти лет изучены нами у 109 (46,1%) оперированных больных, в 35 (51,5%) случаях консервативного лечения и в 127 (49%) случаях динамического наблюдения

Относительно низкий процент хороших (21,62%) и отличных (13,02%) результатов, непосредственно после лечения, объясняется тем, что хорошие и отличные результаты трудно получить в ближайшие сроки после операции, особенно если учитывать широкое применение в нашей клинике расширенных резекций до 2000г.. Кроме того, в этом периоде проводятся реабилитационные мероприятия, что не позволяет оценивать функцию сустава, сегмента конечности и болевые ощущения по высшим баллам. А также страдает субъективная оценка самого пациента.

Применение малоинвазивных и сохраняющих вмешательств, значительно улучшили данный показатель. Это связано с резким сокращением периода реабилитации, улучшением состояния больных на время лечения и раннего восстановления трудоспособности. Анализ результатов лечения больных с ДКО и ОППК показывает, что во всех послеоперационных сроках преобладают отличные (21,62%), хорошие (13,02%) и удовлетворительные результаты (57,3%), а показатели лечения Фиброзной дисплазии указывают на неоднозначность данного процесса и недостаток понимания самой патологии, что заставляет искать новые пути решения данной проблемы. Количество плохих и неудовлетворительных результатов в целом очень мало (3,11%).

Таким образом, лечение больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями скелета, является трудноразрешимой, ответственной, но весьма посильной задачей, требующей квалифицированного подхода специалистов разного профиля. Применение инновативных малоинвазивных и сохраняющих операций открывает новые возможности и перспективы в лечении ДКО и ОППК. Важно помнить, что не все костные опухоли нуждаются хирургическом лечении, особенно, если патологические очаги не причиняют боль или деформацию. Во многих случаях, бессимптомные ДКО и ОПК не нуждаются в лечении вообще. Как показывает наша работа, при правильно выбранных показаниях, способах, материалах и методах лечения, можно достичь не только снижения процента осложнений и неудовлетворительных результатов, но и улучшить качество жизни больного на период лечения и пребывания в стационаре.

ВЫВОДЫ

1. С целью избежания диагностических и прогностических ошибок, больные с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей должны обследоваться комплексным методом, с использованием современных методов диагностики: рентгенография, КТ, ЯМР и сонография. Правильное установления диагноза и локализации патологического процесса, позволяет избежать излишних и порой необоснованных радикальных и расширенных калечащих резекций.
2. Некоторые патологические процессы, которые протекают латентно (Солитарная киста, Неостеогенная фиброма, Остеохондрома, Фиброзная дисплазия, Энхондрома), не требуют немедленного хирургического вмешательства, а только постоянного динамического наблюдения, так как часть из них, после определенного этапа развития, подвергаются самоограничению.
3. Обширные резекции здоровой костной ткани, при удалении доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений костей, не показаны, приводят к необоснованному ятрогенным костным дефектом и грозят патологическими переломами, переводя дефицит кости в разряд костного дефекта.
4. Малоинвазивные и сохраняющие операции позволяют достоверно удалять патологический очаг, при этом как ранние, так и отдаленные послеоперационные результаты несравнимо лучше. Анализ результатов лечения наших больных позволяет рекомендовать малоинвазивное удаление гнезда Остеоид-остеомы, как основной метод лечения данной патологии.
5. Использование эндоскопической техники позволяет производить как дифференциальную диагностическую скопию патологического очага, так и удостовериться в качестве произведенной резекции под увеличенным визуальным контролем. Дальнейшее использование эндоскопической техники, возможно, откроет новые аспекты и возможности его применения.
6. Анализ результатов лечения больных с доброкачественными опухолями и опухолеподобными поражениями костей показывает, что во всех послеоперационных сроках преобладают отличные (21,62%), хорошие (13,02%) и удовлетворительные результаты (57,3%), а показатели лечения Фиброзной дисплазии указывают на неоднозначность данного процесса и недостаток понимания самой патологии, что заставляет искать новые пути и решения данной проблемы. Количество плохих и неудовлетворительных результатов в целом очень мало (3,11%), что позволяет судить о достигнутой основной цели – улучшения результатов лечения и достижения выздоровления больного.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Айвазян А.А. Подходы к оперативному лечению костно-хрящевых экзостозов. Журнал «Медицинский вестник Эребуни», №3 (27), стр. 57-61, 2006г.
2. Айвазян А.А., Айвазян А.В., Амбарцумян В.Г., Айвазян В.П. Малоинвазивные методы оперативного лечения остеоид остеоомы, Журнал «Травма», Том 7, №5, стр. 530-533, Донецк, 2006г.
3. Aivazyan A.A. Approaches for Operative Treatment of Osteoid Osteoma Journal «Endoscopic surgery of Armenia», № 15(2), стр. 6-12, 2006г.
4. Aivazyan A.A. Treatment of Nonosteogenic Fibroma as Bone Defect Materials of Second International, Medical Congress of Armenia June 28-30, Yerevan, p.169, 2007.
5. Айвазян А.А., Айвазян А.В., Айвазян В.П. Использование навигационной спицы для удаления остеоид-остеомы, IV съезд Травм-Ортоп. РА, юб. конфер. посвящ. 60-лет. основания ЦТООР и 80 И.А.Осепяна, Ереван, стр. 219-220, 2006г.
6. Айвазян А.А. Экономная резекция костно-хрящевых экзостозов длинных костей, IV съезд Травм-Ортоп. РА, юб. конфер. посвящ. 60-лет. основания ЦТООР и 80 И.А.Осепяна, Ереван, стр. 77-78, 2006г.
7. Айвазян А.А. Лечение фиброзной дисплазии верхних конечностей с учетом патогенетических механизмов развития, Материалы 1 Международного конгресса «Современные технологии, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности» 30 мая-1 июня, Москва, стр. 9-10., 2007г.
8. Айвазян А.А. Пластика дефекта после внутриочаговой резекции энхондром кисти, Материалы 1 Международного конгресса «Современные технологии, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности» 30 мая-1 июня, Москва, стр. 237-238, 2007г.
9. Айвазян А.А. Особенности течения и лечения доброкачественных опухолей и опухолеподобных поражений костей. Журнал «Медицинский вестник Эребуни», №3 (31) стр. 80-103, 2007г.

Մ Մ Փ Ո Փ Ո Մ

Աշխատանքում նշված են սկզբնական բարորակ ուռուցքների և ուռուցքանման ախտահարումների (ԲՈՈԻ և ՈԻԱ) ընթացքի և բուժման առանձնահատկությունները: Ուսումնասիրելով սկզբնական ուռուցքների ժամանակ կատարվող վիրաբուժական միջամտությունների պատմական ընթացքը նկատվում է անցման տեղից գերազանցված վիրահատու-

թյուններից դեպի պահպանողական – ռեկոնստրուկտիվ և բժշկական սեխնոլոգիաների զարգացումով, որոշ նազոլոգիաների դեպքում, դեպի սակավ ինվազիվ:

Աշխատանքը հիմնված է 563 առաջնային բարորակ ոսկրային ուռուցքներով և ոսկրերի ուռուցքանման ախտահարումներով հիվանդների կլինիկական դիտարկումների, հետազոտությունների, կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումների վրա: Հետազոտությունները կատարվել են Վնասվածքաբանության, Օրթոպեդիայի, Ճառագայթաբանության և Այրվածքների Կենտրոնում (ՎՕԱԾԿ) 1991-2006թթ.: 563 հիվանդից 236 (42%) ստացել են վիրահատական բուժում, 327 չվիրահատված հիվանդներից 68-ը բուժվել են կոնսերվատիվ եղանակներով և ստացել են վերականգնողական բուժում: Վերջիններս մնացած հիվանդների հետ համատեղ գտնվել են դինամիկ հսկողության տակ:

Հիմնվելով տարբեր մեթոդներով բուժման արդյունքների վրա եզրակացվում է, որ (ԲՈՌԻ և ՈՒԱ) ժամանակ առողջ ոսկրի լայնածավալ ռեզեկցիան ցուցված չէ, բերվում է չհիմնավորված յատրոգեն ոսկրային դեֆեկտի ստեղծմանը և պաթոլոգիկ կոտրվածքի առաջացմանը, դարձնելով ոսկրային դեֆիցիտը ոսկրային դեֆեկտի:

Հիմնվելով սեփական կլինիկական օրինակների վրա, ցույց է տրված, որ լատենա ընթացող պաթոլոգիկ պրոցեսները չեն պահանջում անհապաղ վիրահատական վիրահատություն և անհրաժեշտ է միայն մշտական դինամիկ հսկողություն, քանի որ նրանցից մի մասը զարգացման որոշ փուլերից հետո ենթարկվում են ինքնասահմանափակման: Ցույց է տրված նաև, որ սակավ ինվազիվ և պահպանողական վիրահատությունները բույլ են տալիս հավաստիորեն հեռացնել պաթոլոգիկ օջախը և ավելին՝ ինչպես վաղ և հեռակա հետվիրահատական արդյունքները անհամեմատ լավ են: Մեր հիվանդների ստացված արդյունքների վերլուծությունը բույլ է տալիս երաշխավորել օսթեոիդ-օսթեոմայի սակավ ինվազիվ հեռացումը, նավիզացիոն շուրթերի միջոցով, որպես այդ պաթոլոգիայի հիմնական բուժման եղանակ:

Ara Ayvazyan

Particularities of the course and tactics of treatment of benign tumors and tumor-like bone affections

Resume

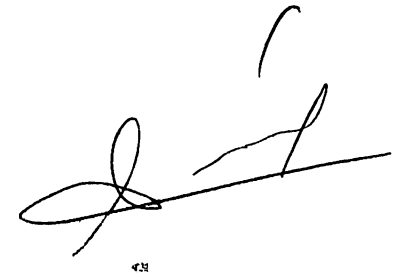
The article reveals the particularities of the course and treatment of benign tumors and tumor like bone lesions. While analyzing the history of the development of surgical interventions of bone tumors clear tendency of transition from super radical, crippling surgeries to safe and reconstructive ones is observed. As medical technologies develop in certain nosologies low-invasive methods are used.

This work is based on the analysis of clinical observations of 563 patients who were diagnosed against initial benign bone tumors and tumor-like bone lesions. These patients underwent treatment in the Center of Traumatology, Orthopedy, Burns and Radiology (CTOBR) of the Ministry of Health of the Republic of Armenia for the period of 1991-2006. Out of 563 patients, 236 (42%) patients were operated. Out of 327 patients that had not undergone treatment, 68 underwent conservative treatment and rehabilitation course and together with other patients are undergoing dynamic examinations at present.

As a result of the analysis of different methods of treatment it turns out that extensive resections of healthy bone tissue, during removal of benign bone tumors and tumor-like bone lesions are not indicated as they result in groundless iatrogenic bone defects and pathologic fractures, transforming bone deficiency into a bone defect.

Our clinical observations show that latent pathological processes do not require immediate surgical interventions, and need only constant dynamic examinations, because part of them after a certain period of growth are exposed to self-restriction. Besides, based on our clinical observations we managed to achieve in terms that the low invasive and safe surgeries allow to remove the pathological lesions whereas the post-operational short as well as long follow ups give much better picture of the patient's condition.

Analysis of the treatment results of our patients, allow us to recommend the low invasive removal of osteoid osteoma by a navigational wire as the main method of treatment of this pathology.



15.05.2014

The first part of the report is devoted to the description of the project, its objectives and the results achieved. The second part is devoted to the description of the project's implementation, its progress and the results achieved. The third part is devoted to the description of the project's impact, its contribution to the development of the country and the results achieved. The fourth part is devoted to the description of the project's sustainability, its ability to continue to exist and the results achieved. The fifth part is devoted to the description of the project's lessons learned, its experience and the results achieved. The sixth part is devoted to the description of the project's conclusions, its main findings and the results achieved. The seventh part is devoted to the description of the project's recommendations, its suggestions and the results achieved. The eighth part is devoted to the description of the project's annexes, its additional information and the results achieved. The ninth part is devoted to the description of the project's references, its sources and the results achieved. The tenth part is devoted to the description of the project's appendices, its additional information and the results achieved.

