

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева Г.А. Руководство по гастроэнтерологии.- М., 1996.
2. Златкина А.Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения.- М., 1994.
3. Карпукhin О.Ю. Оптимизация методов диагностики и комплексного лечения больных неспецифическим язвенным колитом: Автореф. дисс.докт.мед.наук.- Казань, 2002.
4. Михайлова Т.А., Халиф И.А., Малахова Н.С. Тезисы докладов I съезда колопроктологов России с международным участием. - М., 2003. - С. 463- 464.
5. Boerr L.A.R., Sambuelli A.M. et al. // Inflammatory Bowel Disease, Falk Symposium. - 1994. - Vol. 76. - P. 245- 251.
6. Hildell S. // Inflammatory Bowel Disease / Edit. By G. Jarnerot.- 1992. - P. 217-242.

Поступила 06.01.04.

TRANSFORMATION OF DISTAL FORMS OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS IN EXTENDED ONES

Yu.V. Arzhanov, O.Yu. Karpukhin

S u m m a r y

Involvement of spared earlier parts of large intestine into inflammatory process in nonspecific ulcerative colitis is established in 35 (30,2%) out of 116 patients repeatedly treated in the hospital. It is noted that transformation of distal forms of ulcerative colitis into extended ones more often occurs in the first five years of the disease, it is accompanied by moderately or severe clinical course. The failure of the complex conservative therapy with steroids during 14-16 days is established in one third of patients and surgery was required. Operative interventions were frequently accompanied by development of post-operative complications. The transformation of distal forms of ulcerative colitis into extended ones shows aggravation of the disease and can be considered as the indication to early surgical treatment.

УДК 617. 582 - 001. 6 - 053. 1 - 089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТАТОЧНЫХ ДЕФЕКТОВ РАЗВИТИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ВЗРОСЛЫХ

И.Ф. Ахтямов, С.В. Туренков, П.В. Преснов, И.И. Кузьмин, А.Н. Коваленко

Кафедра ортопедии и травматологии (зав. - проф. И.Ф. Ахтямов) Казанского государственного медицинского университета

Врожденный вывих бедра традиционно считается прерогативой детских ортопедов, поскольку своевременная его диагностика и раннее функциональное лечение позволяют восстановить функцию конечности и жизнедеятельность большинства пациентов уже в детском возрасте [1, 3, 4, 10]. Однако остаточные дефекты развития элементов тазобедренного сустава, несвоевременное выявление патологии, а подчас и некачественное лечение приводят к тому, что уже в подростковом возрасте развивается ранняя форма диспластического коксартроза. Укорочение конечности, хромота, боль, вторичные деформации смежных суставов и позвоночника, нарушение функции и, как следствие, социальные проблемы этих пациентов - вот то, с чем относительно молодые пациенты обращаются к ортопеду [5-9]. И врач в таких случаях должен определить тактику лечения больного с врожденным вывихом бедра - диспластическим коксартрозом (ДКА), сроки, возможность полноценной медицинской и социальной реабилитации. Исследования большинства ортопедов доказывают низкую эффективность консервативного лечения, в то время как

использование паллиативных операций позволяет отсрочить наступление терминальных стадий процесса.

В последние годы в нашей стране бурными темпами развивается такая высокотехнологичная отрасль ортопедии, как эндопротезирование крупных суставов, в частности замена на искусственный именно тазобедренного сустава. Эта тенденция сопровождается повышенным вниманием со стороны специалистов к использованию метода для раннего и полноценного восстановления здоровья пациентам с врожденной патологией тазобедренного сустава.

Цель нашего исследования: оценить эффективность некоторых вариантов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при той или иной выраженности врожденного вывиха бедра у взрослых.

Нами проведен анализ лечения 42 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу ДКА на фоне врожденного подвывиха и вывиха бедра.

Пациенты в возрасте от 23 до 59 лет перенесли тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава - ТЭПТБС (50 операций), причем 8 - с обеих сторон. Сроки наблюдения за результатами

лечения варьировали от одного года до 5 лет. Анализировались результаты эндопротезирования трех видов:

- с пластикой крыши вертлужной впадины (при подвывихе и маргинальном вывихе бедра) - 42 случая;
- с установкой тазового компонента на уровне неоартроза (при двусторонних высоких вывихах бедра) - 4 случая;
- с предварительным низведением головки бедренной кости аппаратом внешней фиксации (при односторонних вывихах бедра) - 4 случая.

Показаниями к тотальному эндопротезированию служили II-III стадии ДКА с наличием типичной клинической картины, представленной выше. Критерием вмешательства у женщин (36 наблюдений) служили как выраженность процесса, так и решение пациентки воздержаться от последующего деторождения, поскольку в литературе описаны случаи нарушения стабильности имплантата как в процессе беременности, так и после рождения ребенка.

В основу анализа была положена индексная система оценки Харриса [12, 13], с помощью которой можно определять как субъективное отношение пациента к своему самочувствию, так и объективное состояние его здоровья. Кроме того, вывод о динамике процесса (положительная или отрицательная) складывается из расчета коэффициента динамики тяжести заболевания (К). Если коэффициент равен 1, это свидетельствует об отсутствии изменений в клинической картине, больше 1 - об улучшении состояния больного, меньше 1 - об утяжелении заболевания.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с пластикой крыши вертлужной впадины

Результаты оперативного лечения путем эндопротезирования тазобедренного сустава с аутопластикой или пластикой крыши вертлужной впадины армированным костным цементом прослежены у 36 пациентов. Клинико-рентгенологическая картина соответствовала в 18 наблюдениях II стадии ДКА, а в 24 - III стадии. Поскольку при подвывихе и маргинальном вывихе бедра деформация свода вертлужной впадины выражена значительно, то каждый из пациентов этой группы нуждался в пластике крыши вертлужной впадины для стабильной установки тазового компонента эндопротеза. В 27 случаях для пла-

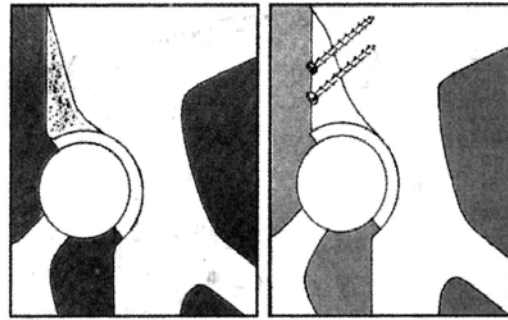


Рис. 1. Схема пластики крыши вертлужной впадины при эндопротезировании тазобедренного сустава.

тики был использован традиционный аутотрансплантат - удаляемая головка бедренной кости с фиксацией винтами, а остальным пациентам пластика произведена с использованием костного цемента и введенных над чашкой эндопротеза винтов. Последний вариант - цементируемая чашка и бесцементная ножка искусственного сустава - применялся при установке гибридных видов эндопротеза (рис. 1).

Хорошие результаты определены у 28 пациентов, удовлетворительные - у 12, неудовлетворительные - у 2. Мы отметили значительное снижение всех индексов (по шкале Харриса) после оперативного лечения: боли - с 3,46 0,14 до 1,23 0,11 ($p < 0,001$), движений - с 10,31 0,36 до 8,06 0,55 ($p < 0,001$), ходьбы - с 3,11 0,11 до 1,89 0,14 ($p < 0,01$).

Ш., 36 лет. Диагноз: правосторонний ДКА. В возрасте 4 лет пациентке было произведено открытое вправление врожденного вывиха бедра (рис. 2). В течение последних 6 лет имел место стойкий болевой синдром. На рентгенограмме: головка левой бедренной кости склерозирована и деформирована (рис. 3). В 1998 г. выполнено ТЭПТБС с пластикой вертлужной впадины армированным костным цементом. Контрольный осмотр был осуществлен через 52 месяца после операции. Женщина субъективно отмечает полное исчезновение болей, ходит не хромя, без дополнительной опоры. Движения в правом тазобедренном суставе восстановлены в полном объеме. На рентгенограмме признаков нестабильности нет. Индекс по шкале Харриса - 93. Коэффициент динамики - 1,63 (результат хороший).

Проведенные нами исследования позволили определить оптимальные показания к эндопротезированию тазобедренного сустава с пластикой крыши вертлужной впадины при ДКА - это подвывихи и маргинальный вывих бедра, причем наилучшие результаты ле-



Рис. 2. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава больной Ш. в возрасте 4 лет.



Рис. 3. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава больной Ш. до эндопротезирования ДКА.



Рис. 4. Рентгенограмма правого тазобедренного сустава больной Ш. через 52 месяца после операции.

чения можно ожидать при II стадии ДКА. Положительные исходы (в 95,2% наших наблюдений) сопровождалось значительным снижением болевого синдрома и полноценной опороспособностью оперированной конечности, улучшением функциональных возможностей. К отрицательным результатам лечения мы отнесли 2 случая нейропатии седалищного нерва, развившихся на фоне одномоментного вправления надацетабулярного вывиха бедра, что послужило причиной использования вариантов эндопротезирования, описанных ниже.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава после низведения бедра аппаратом внешней фиксации

В случаях высокого врожденного вывиха бедра при одностороннем поражении нами применялось двухэтапное оперативное вмешательство - низведение бедра с использованием аппарата внешней фиксации в течение 2-3 недель, а затем ТЭПТБС [2, 11]. Основной целью применения этого метода являлась профилактика нейропатии седалищного нерва. Операция была произведена 4 больным со II и III стадиями процесса: в трех случаях получены хорошие результаты, а в одном - удовлетворительный. Контурный анализ суммарного среднего индекса позволил обнаружить снижение последнего после оперативного вмешательства с 18,8 1,12 до 15,3 4,1.

И., 42 лет. Диагноз: ДКА III стадии на фоне высокого врожденного вывиха левого бедра. При

осмотре: атрофия мышц правого бедра - 3 см, сгибание в тазобедренном суставе - 90°, разгибание - 170°, отведение резко ограничено, ротационные движения в крайних положениях болезненны. Имеется укорочение правой нижней конечности на 6 см. Произведено наложение аппарата Илизарова на крыло подвздошной кости и дистальный метафиз бедренной кости. При этом одномоментно устранено 2 см за счет мобильности капсулы сустава, остальные 4 см - в аппарате в режиме 5 мм в сутки в течение 10 дней.

На 14-е сутки последовательно демонтирован аппарат и произведено ТЭПТБС бесцементной ножкой в сочетании с цементируемой чашкой. Причиной использования последней является профилактика расшатывания тазового компонента под воздействием повышенной компримирующей мышечной нагрузки на сустав после низведения бедренной кости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Полная нагрузка разрешена через 2 месяца.

Контрольный осмотр осуществлен через один год после операции: субъективно отмечает исчезновение болей, улучшение походки. Движение в тазобедренном суставе: сгибание более 90°, разгибание - 180°, отведение - 25°. Укорочения нет. На рентгенограмме виден тотальный эндопротез правого тазобедренного сустава без признаков нестабильности (рис. 5-7). Коэффициент динамики — 1,55 (результат хороший).

Результаты применения ТЭПТБС при высоких вывихах бедра с наличием неоартроза

В поздних стадиях ДКА, при ранее недиагностированных врожденных двусторонних вывихах бедер, когда невозможно использовать суставосохраняющие операции, мы провели имплантацию тазового компонента тотального эндопротеза на место подвздошного неоартроза (рис. 8). Это позволило со-



Рис. 5. Рентгенограмма левого тазобедренного сустава больного И. до начала лечения.



Рис. 6. Рентгенограмма левого тазобедренного сустава больного И. в процессе низведения бедра.



Рис. 7. Рентгенограмма левого тазобедренного сустава больного И. через 12 месяцев после лечения.

хранить выработанный годами стереотип движения пациентов с улучшением опорности и функциональных возможностей. Операции были проведены на четырех тазобедренных суставах у 2 пациенток - в каждом случае первично при III стадии процесса.

Сроки наблюдения после операции составили 2 и 3 года: во всех случаях были

посимптомный анализ - снижение среднего индекса по всем основным клиническим характеристикам поражения тазобедренного сустава. Коэффициент динамики составил 2 (хороший результат).

Сравнительный анализ результатов всех пятидесяти операций в зависимости от стадии патологического процесса показал несомненные преимущества более раннего вмешательства, что характеризуется меньшими сроками реабилитации и высоким коэффициентом эффективности эндопротезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакаров А.А. Обоснование щадящих методов лечения в системе медицинской реабилитации детей с врожденным вывихом бедра: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук.-Горький, 1987.
2. Ахтямов И.Ф., Туренков С.В./ Гений ортопедии -2003.-№2.-С. 15-19.
3. Абальмасова Е.Д., Лузина Е.В. Развитие тазобедренного сустава после лечения врожденного подвывиха и вывиха бедра у детей.- Ташкент, 1983.
4. Гафаров Х.З. Обоснование лечения деформаций нижних конечностей с учетом их торсионной патологии (у детей): Автореф. дисс. ...д-ра мед.наук.-1986.
5. Герцен Г.И. // Ортопед. травматол. -1988.- Вып.18.-С.76-79.
6. Зоря В.И. Неудовлетворительные исходы оперативного лечения врожденного вывиха бедра и возможности их коррекции: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.-М.,1976.
7. Корж А.А., Тихоненков Е.С., Андрианов В.А. и др. Диспластический коксартроз (хирургическая профилактика и лечение).-М., 1986.

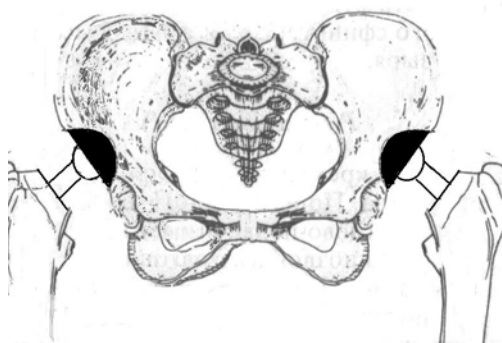


Рис. 8. Эндопротезирование при двустороннем высоком вывихе бедра с установкой тазовых компонентов на уровне неоартрозов.

получены хорошие результаты лечения. Коэффициент динамики у больных данной группы превышал 1,5, что выражалось в стойком уменьшении боли вплоть до полного ее отсутствия, заметном увеличении объема движений в оперированном суставе и улучшении походки. Контурный анализ суммарного среднего индекса позволил обнаружить снижение последнего после оперативного вмешательства с 22,4 0,38 до 16,2 1,3,

8. Крисюк А.П. // Ортопед. травматол.-1986.- № 3.-С.1-55.

9. Кулиев А.М. Деформирующий послеоперационный коксартроз у детей и подростков с врожденным вывихом бедра: Автореф. дисс. ...д-ра мед. наук. - Куйбышев, 1989.

10. Поздникин Ю.И. Реконструктивно-восстановительные операции при врожденном вывихе бедра у детей: автореф. дисс. ...д-ра мед. наук.-1983.

11. Туренков С.В. Совершенствование методов хирургического лечения диспластического коксартроза: Автореф. ...дисс. ...канд. мед. наук. - Курган, 2004.

12. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации./ Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. -М., 2002. - С.371.

13. Harris W.H. //J.Bone.Joint. Surg. Am.- 1969.- Vol. 51, 4. - P.737-755.

Поступила 29.03.04.

SURGICAL TREATMENT OF RESIDUAL DEFECTS OF DEVELOPMENT OF HIP JOINT ELEMENTS IN ADULTS

I.F. Akhtyamov, S.V. Turenkov, P.V. Presnov,

I.I. Kuzmin, A.I. Kovalenko

S u m m a r y

The efficiency of some variants of total endoprosthetics of hip joint in various manifestations of congenital dislocation of femur in adults is estimated. It is established that when the treatment is early, recovery of normal function and vital activity of patients are effective. Nonstandard variants of endoprosthetics of hip joint make it possible to avoid complications and obtain good results.

УДК 616.65 - 006.55 - 085.8

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Э.Н. Ситдыков, А.Ю.Зубков, Э.А.Зубков

Кафедра урологии (зав.— проф. М.Э.Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета

Хорошо известно, что подлинно радикальным методом лечения больных с аденомой предстательной железы является открытая аденомэктомия. Некоторые зарубежные и отечественные урологи полагают более целесообразным именовать операцию как простатэктомию гиперплазированной предстательной железы [1, 4]. Подобная точка зрения нам представляется недостаточно правомерной, так как морфологические исследования [2, 3, 6] свидетельствуют о развитии аденомы простаты из периуретральных желез. Аденоматозная гиперплазия периуретральных желез приводит к сдавлению паренхимы предстательной железы, нередко к ее атрофии, а порой и к рубцовому перерождению, образуя так называемую условно хирургическую капсулу аденомы предстательной железы. Исходя из этого, мы будем при изложении клинического материала руководствоваться термином «аденомэктомия», а не «простатэктомия», которая выполняется при раке совсем иначе. В последние годы, благодаря разработке и внедрению в практическую урологию новейших медицинских технологий, дальнейшее развитие получают эндоскопические трансуретральные операции. Некоторые зарубеж-

ные и отечественные урологи полагают, что золотым стандартом в лечении аденомы простаты является трансуретральная электрорезекция (ТУР), хотя она не может относиться к радикальным методам лечения. В связи с этим продолжают поиски рациональных методов эндоскопических операций и их комбинаций в устранении аденомы предстательной железы.

И все же, какие бы ухищрения не предлагались, достичь радикализма в удалении аденомы без электротравмы и термических ожогов невозможно. Поэтому попытки радикального удаления аденомы приводят к склерозу предстательной железы с возвратом симптомов первичного заболевания, т.е. возникает новое заболевание, именуемое по В.С. Карпенко [5] как склероз предстательной железы.

Цель настоящей работы: определение оптимального варианта оперативного лечения больных, страдающих аденомой предстательной железы, с учетом особенностей развития заболевания.

Изучены истории болезни 760 больных (средний возраст - 69 лет), которые были прооперированы по поводу аденомы предстательной железы. У 219 боль-