

Динамика показателей движения тазобедренных суставов до и после оперативного лечения

Показатель	До операции, °		Норма, °	После оперативного лечения, °	
	правый сустав	левый сустав		правый сустав	левый сустав
Сгибание	40	40	95—150	95	95
Разгибание	170	170	180	180	180
Внутренняя ротация	0	10	45—55	45	40
Наружная ротация	5	10	45—55	45	45
Отведение	40	50	45—70	65	65
Приведение	10	10	10—25	15	15

такт поверхности эндопротеза с эндостальным слоем кости, правильная позиционная ориентация компонентов эндопротеза, признаки асептического расшатывания не отмечались (рис. 8, 9). Динамика амплитуды движения представлена в таблице. Анализ параметров функционального состояния показал статистически значимые различия ($p < 0,001$) по всем шкалам опросника HHS (рис. 10), которые составили 87 (до операции 52), что расценено как хороший результат. По завершении курса реабилитации отмечено значительное повышение качества жизни пациента ($p < 0,001$) по специальному опроснику SNAQ (рис. 11), увеличение параметров качества жизни составило 0,4 (до оперативного лечения 2,6).

Заключение

Анализ представленного клинического случая еще раз подтверждает, что болезнь Отта—Хробака характеризуется тяжелым и быстро прогрессирующим течением. ТЭТБС является единственным и наиболее эффективным методом хирургического лечения, позволяющим предотвратить развитие дальнейшей деформации тазового кольца и повысить качество жизни. Наиболее часто у подростков определяется тонкий кортикальный слой бедренной кости. Для протезов дистальной фиксации нехарактерен биомеханический прин-

цип фиксации в проксимальной зоне, где выше всего естественный репаративный потенциал костной ткани, поэтому нами применялись эндопротезы с проксимальной фиксацией. При обычной форме и размерах костных структур, без предшествующих операций имплантация эндопротеза проходит, как правило, без технических сложностей. У подростков целесообразно использовать керамическую пару трения, так как продукты износа керамики не образуют ионы и не вызывают остеолит, что часто встречается при парах трения металл — полиэтилен. Минимальная степень износа керамических компонентов позволяет продлить срок службы эндопротеза.

Следует отметить, что операция ТЭТБС должна выполняться при соблюдении строгих показаний с учетом возможности дальнейшего ревизионного эндопротезирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапошников Ю. Г. Руководство по ортопедии. — М., 1997. — Т. 3. — С. 71.
2. Harris W. H. // J. Bone Jt Surg. — 1969. — Vol. 51A. — P. 737—755.
3. Ruperto N., Ravelli A., Pistorio A. et al. // Clin. Exp. Rheumatol. — 2001. — Vol. 19. — P. 1—9.

Поступила 22.08.12

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.346.2-002-06:618.12-002]-055.25-036.1

И. В. Поддубный, О. А. Фаткина, Т. М. Глыбина, Е. В. Сибирская

СОЧЕТАННАЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА И ПРИДАТКОВ МАТКИ У ДЕВОЧЕК

Кафедра детской хирургии (зав. — проф. И. В. Поддубный) МГМСУ; Измайловская детская городская клиническая больница (главный врач А. П. Жарков), Москва

Поддубный Игорь Витальевич, Фаткина Ольга Александровна, e-mail: fatkina.olga2012@yandex.ru, Глыбина Татьяна Михайловна, Сибирская Елена Викторовна

Анатомическая близость брюшной полости и полости малого таза предрасполагает к распространению воспалительного процесса в пределах данных областей. Взаимосвязь воспалительных процессов в червеобразном отростке и придатках матки прослеживается достаточно часто, в связи с чем появился термин "аппендикулярно-генитальный синдром", определяющийся сочетанным воспалением червеобразного отростка и придатков матки [2, 5, 7].

Наиболее часто данный синдром встречается в детском и подростковом возрасте и совпадает с пиками возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) и воспалительных процессов в брюшной полости (острый аппендицит, криптогенный пельвиоперитонит).

Идентификация первичного воспалительного очага в ряде случаев вызывает значительные трудности.

Чаще всего причиной сочетанной аппендикулярно-генитальной патологии являются деструктивные формы остро го аппендицита, особенно осложненные развитием перитонита, когда воспаление с червеобразного отростка переходит на придатки матки в связи с анатомо-топографическими особенностями организма девочки, а также в связи с общими морфофункциональными свойствами детского организма [1, 2, 5, 8].

ВЗОМТ как первопричина встречаются значительно реже, однако при сочетании неблагоприятных факторов могут провоцировать вторичные воспалительные изменения в червеобразном отростке.

Известно, что ведущим патогенетическим фактором развития воспаления в придатках матки является восходящий путь инфицирования, который становится актуальным с на-

чалом половой жизни. Частая смена половых партнеров и неадекватная контрацепция создают благоприятные условия для распространения микроорганизмов через цервикальный канал, полость матки, маточные трубы.

Для сексуально неактивных девушек наиболее вероятным признается гематогенный путь переноса патогенных микроорганизмов из очагов хронической инфекции при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной и респираторной систем. Важную роль в развитии воспаления в данной группе больных играют также изменение реактивности организма под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды и воздействием различных медикаментозных средств, незрелость иммунной системы [3, 4, 6].

Длительно существующий воспалительный процесс индуцирует спайкообразование в брюшной полости и полости малого таза. При ВЗОМТ спайки чаще всего поражают ампулярный отдел маточных труб, приводя к формированию воспалительных объемных образований (сакто- и пиосальпинксов). Затем в перитубарный спаечный процесс, как правило, вовлекаются матка, яичники, связки внутренних половых органов, смежные органы (мочевой пузырь, сальник, петли тонкой и толстой кишки, червеобразный отросток). Хроническое воспаление провоцирует развитие осложнений, которые в ряде случаев могут быть разрешены лишь путем проведения радикальных калечащих манипуляций [2, 4, 9, 10].

Клинический случай

Больная Н., 15 лет, поступила в гинекологическое отделение Измайловской детской городской клинической больницы с жалобами на боли постоянного ноющего характера в нижних отделах живота в течение 7—10 дней.

Из анамнеза: 10 дней назад отмечались боли в горле, температура тела поднималась до 38,6°C. Педиатром поставлен диагноз ОРЗ и назначено антибактериальное лечение. Девочка получала амоксицилин по 1 таблетке (625 мг) 3 раза в день в течение 7 дней. На фоне антибактериальной терапии боли в животе стали менее интенсивными, но сохранялся субфебрилитет. В день поступления в стационар боли в животе усилились. Тошнота, рвота, расстройства стула отсутствовали.

Девочка посещает бассейн в течение 3 лет. За последние 2 года боли в животе возникают периодически, часто на фоне переохлаждения. Пациентка часто (более 3 раз в год) болеет инфекционно-воспалительными заболеваниями (ОРЗ, ангина, пневмония).

Девочка наблюдается у специалистов: у гастроэнтеролога по поводу хронического гастродуоденита, у нефролога по поводу хронического пиелонефрита.

Менархе в 14 лет. Менструальный цикл от 30 до 60 дней. Мenses по 3—5 дней, умеренные, болезненные в первые дни.

При поступлении температура тела 37,4°C. Состояние средней степени тяжести. Правильное телосложение, обычное питание. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые. Зев не гиперемирован. Пульс 86 уд/мин, ритмичный. Артериальное давление на правой руке 120/80 мм рт. ст., на левой — 115/80 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Стул и мочеиспускание в норме.

Status genitalis: Ax₃, P₃, Ma, Me₁₄. Наружные половые органы сформированы правильно. Слизистая оболочка не гиперемирована, выделения из влагалища — физиологические бели. Отделяемое взято для микробиологического и культурального исследования. Virgo.

Per rectum: ампула прямой кишки свободна. Матка в среднем положении, несколько меньше нормы, ограничено подвижна, безболезненна. Придатки с обеих сторон увеличены. Область придатков справа безболезненна. Слева пальпируется объемное образование до 10 см в диаметре, плотное, слабоподвижное, болезненное при пальпации.

Лабораторно-инструментальное исследование: в общем анализе крови лейкоциты $12 \cdot 10^9/\text{л}$.

Проведено культуральное исследование отделяемого влагалища. Выделены микроорганизмы: *Staphylococcus epidermidis* 10^3 КОЕ/мл.

При ультразвуковом исследовании органов малого таза матка в положении anteversio flexio, размеры: длина 46 мм, переднезадний размер 32 мм, ширина 38 мм, толщина М-эха 11 мм, структура неоднородная. Дугласово пространство свободно. Правый яичник: длина 36 мм, переднезадний размер 23 мм, ширина 25 мм, объем 10 см³, структура фолликулярная, экзогенность понижена. Левый яичник: длина 92 мм, переднезадний размер 71 мм, ширина 80 мм, объем 273 см³, фолликулярная структура, определяется гетерогенное образование длиной 90 мм, шириной 78 мм (рис. 1).

Предварительный диагноз: функциональная киста левого яичника. Перекрут левых придатков матки? Киста левого яичника?

В связи с сохраняющимися болями в животе и невозможностью исключить старый перекрут придатков матки девочка взята в операционную для проведения диагностической лапароскопии.

Интраоперационная антибиотикопрофилактика: цефазолин 2 г внутривенно, струйно.

Интраоперационная картина: при ревизии органов малого таза и брюшной полости определяется грубый спаечный процесс. В полости малого таза визуализируются воспалительный конгломерат, состоящий из матки, левых и правых придатков, купола слепой кишки, червеобразного отростка, сигмовидной кишки, петель терминального отдела тонкой кишки, и небольшое количество геморагического выпота (рис. 2, см. на вклейке). Произведен лизис спаек в малом тазу. Визуализированы правый и левый яичники — без видимых патологических изменений. Правая маточная труба несколько расширена из-за отека, умеренно гиперемирована, инъецирована сосудами. Левая маточная труба представлена мешковидным образованием размером 110 × 70 мм, стенки ее фиксированы грубыми спайками к матке, париетальной брюшине малого таза. При попытке разделения спаек обра-

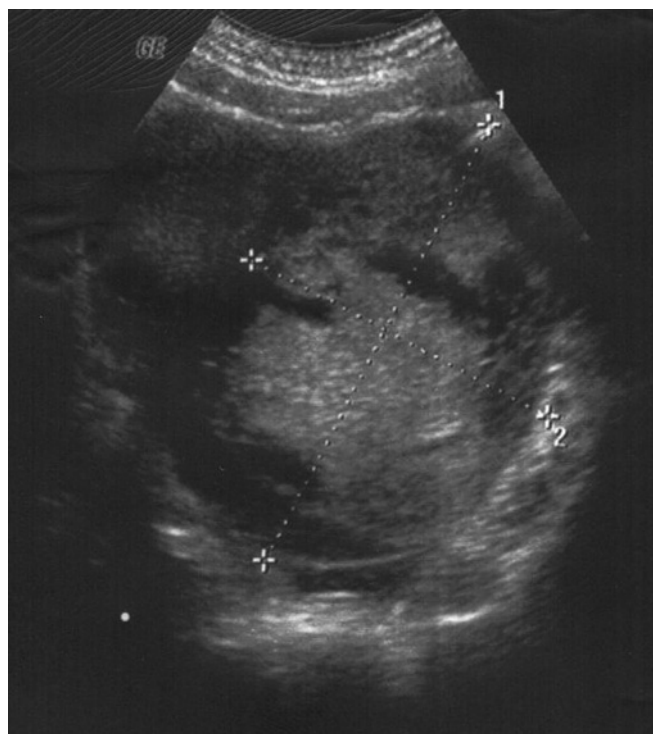


Рис. 1. Ультразвуковая картина объемного образования полости малого таза.

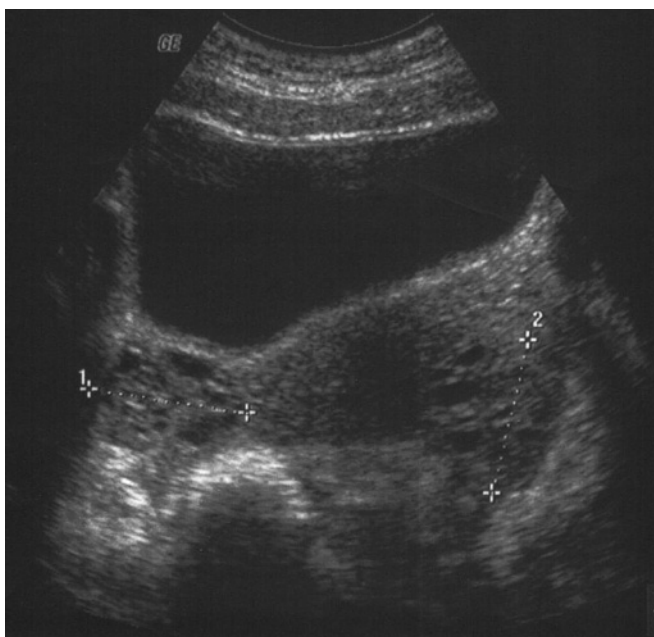


Рис. 5. Ультразвуковая картина органов малого таза на 12-е сутки послеоперационного периода.

зование вскрылось, получено до 10 мм густого гноя. Червеобразный отросток расположен в нисходящем направлении, длиной 7 см, инъецирован сосудами, фиксирован спайками в области правых придатков (рис. 3, см. на вклейке).

Выполнена тубэктомия слева. После выделения отростка с помощью биполярной коагуляции выполнена аппендэктомия лигатурным способом, культя аппендикса обработана йодом. Червеобразный отросток и левая маточная труба удалены из брюшной полости в эндомешке. Материал направлен на гистологическое исследование (№ 1 — левая маточная труба. № 2 — червеобразный отросток).

Брюшная полость и полость малого таза санированы. В полость малого таза установлен дренаж (рис. 4, см. на вклейке).

Послеоперационный диагноз: обострение хронического двустороннего сальпингоофорита с формированием тубоовариального образования слева, аппендикулярно-генитальный синдром; хронический аппендицит.

Гистологическое заключение:

№ 1. В исследуемом материале маточная труба со складчатой слизистой оболочкой, выстланной однорядным призматическим эпителием. В мышечной оболочке хаотичное расположение пучков мышечных волокон с межмышечным склерозом, с полнокровными сосудами в наружных слоях стенки и умеренно выраженной распространенной лимфогистиоцитарной инфильтрацией. Заключение: маточная труба с аномальным развитием мышечной оболочки и хроническим воспалением.

№ 2. В исследуемом отростке выраженная атрофия слизистой оболочки, неравномерно выраженная гиперплазия лимфоидного аппарата, выраженный склероз и липоматоз слизистой оболочки, склероз и истончение мышечной оболочки, неравномерная лимфоплазматическая с примесью лейкоцитов инфильтрация преимущественно слизистой оболочки. В серозной оболочке и брыжейке отростка выраженное полнокровие, отек, лимфостаз. Заключение: хронический аппендицит с обострением.

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия цефалоспорины первого поколения (цефазолин 2 г 2 раза в сутки, внутривенно, 7 дней) и противовоспалительная терапия препаратами группы имидазолов (метронидазол 100 мл 2 раза в сутки, внутривенно, 7 дней).

Ранний послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удален на 2-е послеоперационные сутки. Швы сняты на 6-е послеоперационные сутки. Заживление первичным натяжением.

Выполнено ультразвуковое исследование органов малого таза на 12-е сутки послеоперационного периода.

Матка в положении *anteversio flexio*, длина 48 мм, переднезадний размер 30 мм, ширина 40 мм, толщина М-эха 6 мм. В дугласовом пространстве определяется незначительное количество свободной жидкости. Правый яичник: длина 38 мм, переднезадний размер 25 мм, ширина 25 мм, объем 12 см³, структура фолликулярная, эхогенность обычная.

Левый яичник: длина 37 мм, переднезадний размер 23 мм, ширина 25 мм, объем 11 см³, структура фолликулярная, эхогенность обычная. Патологические образования в проекции малого таза не определяются (рис. 5).

Девочка выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Учитывая жалобы, данные анамнеза, клико-инструментальных исследований, клиническую картину, считаем возможным предположить, что представленный клинический случай может быть расценен как проявление аппендикулярно-генитального синдрома. Частые экстрагенитальные заболевания привели к формированию тубоовариального образования, развитию распространенного спаечного процесса в полости малого таза и брюшной полости, вторичным изменениям аппендикса. В пользу данного состояния свидетельствуют отсутствие в анамнезе половой жизни, высокий инфекционный индекс (простудные заболевания, ангины, пневмонии более 3 раз в год), сопутствующие хронические заболевания (хронический гастродуоденит, хронический пиелонефрит), частые переохлаждения, при микробиологическом и культуральном исследовании отделяемого влагалища отсутствие патогенной и условно-патогенной микрофлоры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Детская хирургия. Нац. руководство / Под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова — М., 2009. — С. 427—456.
2. Ипатов М. В., Уварова Е. В., Лядов К. В. и др. // Репродукт. здоровье детей и подростков. — 2008. — № 3. — С. 66—70.
3. Мясоедова С. С., Леванова Л. А., Подонина Н. М. // Мед. в Кузбассе. — 2010. — № 1. — С. 17—19.
4. Руководство по эндокринной гинекологии / Под ред. Е. М. Вихляевой. — 3-е изд. — М., 2006. — С. 341—366.
5. Щебеньков М. В., Кохреидзе Н. А., Караева К. Ю. // Материалы IX Съезда по эндоскопической хирургии. — М., 2006. — С. 156.
6. Altchek A., Deligdisch L. *Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology* — New York, 2009.
7. Kurata S., Uchida M., Arakawa M. et al. // *Radiat. Med.* — 2007. — Vol. 25. — P. 178—180.
8. van der Putten M. E., Engel M., Van Well G. T. H. J. // *Cases J.* — 2008. — Vol. 1. — P. 326.
9. Monga J., Dwarakanath L., Chandran H. // *Gynecol. Surg.* — 2007. — Vol. 4. N 4. — P. 309—311.
10. Sweet R. L., Wiesenfeld H. C. *Pelvic Inflammatory Disease*. — London; New York, 2006.

Поступила 20.06.12