

И только после получения предварительных, благоприятных результатов их исследование должно продолжаться на большом материале в специализированных клиниках. Дальше, прошедший такую проверку имплантат находит применение в широкой практике. Именно такой способ рентабелен для общества и государства. Наш пятилетний план внедрения данного вида эндопротеза предполагал именно эту ситуацию [8, 11, 15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Клинические наблюдения не выявили признаков нестабильности, требующих ревизионного эндопротезирования, в том числе, у относительно молодых пациентов с высокой бытовой и трудовой активностью.

2. Полученные клинические результаты (5-ти летний период) эндопротезирования тазобедренного сустава отечественными эндопротезами "СФЕН-Ц" показали их высокую надежность, обусловленную оптимальным дизайном, прочностью, коррозионной стойкостью материалов, созданных на основе титановых сплавов с использованием высоких технологий.

3. Рентгенологическое исследование не выявило признаков износа полиэтиленовых чашек и остеолита в области вертлужной впадины и проксимального отдела бедра.

ЛИТЕРАТУРА

1. Загородний Н.В. // Клиническая геронтология. – 2001. – № 3–4. – С. 30–34.
2. Alfaro-Adrian H., Gill H.S., Murray D.W. // J. Bone Jt Surg. – 1999. – Vol. 81. – № 1. P. 130–134.
3. Alfaro-Adrian J., Gill H.S., Murray D.W. // J Arthroplasty 2001. – Vol. 16. – P. 598–606.
4. Barrack R.L., Murloy R.D. Jr, Harris W.H. // J. Bone Joint Surg. – 1992. – Vol. 74-B. – P. 385–389.
5. Bowditch M., Villar R. // J. Bone Jt Surg. – 2001. – Vol. 83B. – № 5. – P. 680–685.
6. Chambers I.R., Fender D., McCaskie A.W., et al. // J. Bone Jt Surg. – 2001. – Vol. 83-B. – P. 838–842.
7. Eingartner C., Volkmann R., Kummel K., Weller S. // Swiss Surg. – 1997. – № 3. P. 49–54.
8. Grigoris P., Hamblen D. // The control of new prosthetic implants. J Bone Joint Surg (Br). – 1998. – Vol. 80-B. – P. 941–943.
9. Harris W.H. // J. Bone Jt Surg. – 1969. – Vol. 51A. № 4. – P. 737–755.
10. Iwase T., Wingstrand L., Persson M. B., et al. // The ScanHip total arthroplasty. // Acta Orthop Scand. – 2002. – Vol. 73 (1). – P. 54–59.
11. Karrholm J. // Acta Orthop Scand. – 2003. – Vol. 74 (1). – P. 1–3.
12. Lee A.J.C. (ed.). Interfaces in total hip arthroplasty. Berlin, etc: Springer Verlag. – 1999. – P. 11–19. Learmonth ID.
13. Meek R.M.D., I. Michos, Grigoris P., Hamblen D.L. // International Orthopaedics (SICOT). – 2002. – Vol. 26. – P. 356–360.
14. Ornstein E. // Acta Orthop Scand. – 2002. – Vol. 73. Supplementum 306. – P. 9–24.
15. Soderman P., Malchau H., Herberts P., et al. // Acta Orthop Scand. – 2001. – Vol. 72 (2). – P. 113–119.

Lomtadze E.Sh., Lomtadze V.E., Potzelujko S.V., Groshev Yu.V., Kim N.I., Volchenko D.V., Popov D.P., Kruglov M.I. X-ray and clinical functional results of total hip arthroplasty by SFEN implants // Vestnik of Volgograd state medical University. – 2004. – № 12. – P. 7–73.

This study evaluates the results after total hip arthroplasty (prosthesis "SFEN"). In our hospital in a 5-years period (1999–2004) were treated operatively (total hip arthroplasty) 113 patients with different pathology of the hip. We followed the patients clinically and radiographically for at 5 year. Most patients had complete or nearly complete relief of pain. Satisfactory function was achieved in 80 % patients. More than 80 % patients considered their activity to be normal. In 3 patients (2.3 %) was noted hip luxation, 1 could be treated by closed and 2 by open reduction. Recurrent dislocation was found in one of these 3 patients. Based on the results our study we recommended total hip arthroplasty (by "SFEN") as a method of the choice for treatment different pathologies of the hip.

УДК 616.61-085.357:616.351-006.6:616.718.19-089.883

ГОРМОНАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ УРОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭВИСЦИРАЦИИ ТАЗА

В.Ф. Касаткин, С.В. Круглов, А.Ю. Максимов, А.Д. Орешкина

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт МЗ РФ

У больных после хирургического лечения рака прямой кишки с эвисциацией таза встает задача выполнения мочевого резервуара из кишки [3, 5]. В ранний послеоперационный период у данного контингента пациентов, особенно у женщин, распространено такое осложнение как недержание мочи [1, 2]. Для коррекции нарушений

уродинамики, ведущих к недержанию мочи, у женщин после операции разумным видится применение местных форм эстрогенов. Целесообразность местного введения эстрогенов обоснована тем, что женские половые гормоны включаются в уретральный механизм удерживания мочи, так как гормонотерапия восстанавливает соотноше-

ние протеогликан/коллаген до нормального уровня [6]. В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось изучение уретрального механизма удерживания мочи у женщин с раком прямой кишки после экзисциаций таза и энтероцистопластики до и после курса эстрогенов.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В работу вошли результаты исследования уродинамики 11 женщин после хирургического лечения рака прямой кишки (ст. III, T₄N₀₋₂M₀), у которых после энтероцистопластики наблюдали недержание мочи. У 6 пациенток формировали гетеротонический мочевого резервуар из тонкой кишки, а у 5 женщин – ортотонический. Для местного насыщения эстрогенами органов малого таза у женщин после проведенной операции применяли вагинальные свечи овестина (по 0,5 мг) и мазь с овестином на слизистую промежности [6]. Курс овестином (Organon, Голландия) составлял 12 недель.

Для оценки влияния эстрогенов на уретральный механизм удерживания мочи у больных раком прямой кишки после илеоцистопластики проводили сравнительную оценку урофлоуметрических и манометрических показателей до и после применения гормонотерапии. План проведения уродинамического исследования включал выполнение ретроградной цистотометрии, уретротометрии, профилометрии пузырно-мочеточникового соустья, уретротометрии.

При регистрации внутриполостного давления в мочевом резервуаре применяли его медленное заполнение через энтеростому теплым физиологическим раствором. При этом внутриполостное давление регистрировали с помощью выносного тензодатчика и электронометра низких давлений ТН-01 "Тритон" (фирма "Тритон-ЭлектроникС") с последующим усилением сигнала с помощью усилителя E2150 фирмы "Siemens". Для пузырно-мочеточниковой профилометрии в мочеточник через энтеростому вводили мочеточниковый катетер №5 по шкале Шарьера на 4 см от соустья. Модификация катетера состояла в формировании отверстия боковой стенки на расстоянии 0,5 см от его конца диаметром 0,1 см. Противоположный свободный конец катетера присоединяли к тройнику. Второй патрубок переходника-тройника подсоединяли к газовому насосу, третий – к тензометрической системе. В момент включения насоса газ (СО₂) поступал в мочеточник через боковое отверстие катетера со скоростью 50 мл/мин. Во время дозированного извлечения катетера различные отделы мочеточника оказывали неодинаковое сопротивление газовому потоку, что регистрировалось в виде кривой. Комплексные уродинамические исследования у пациентов проводили на аппаратуре

уродинамического комплекса "Menuet" фирмы Dantec (Дания).

Исследуемые показатели подвергали статистическому анализу с использованием системы компьютерной математики SPSS и электронных таблиц Microsoft Excel.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

До эстрогенотерапии у женщин с кишечной пластикой мочевого пузыря средняя объемная скорость потока мочи колебалась в диапазоне 4,3–6,8 мл/с, среднее значение составило 5,4±0,002 мл/с. Максимальная скорость объемного потока мочи колебалась в пределах 7,6–15,9 мл/с при среднем значении 11,4±0,006 мл/с. Эффективная площадь поперечного сечения уретры составила 0,061±0,001 см² при диапазоне колебания 0,048–0,072 см²; величина уретрального сопротивления соответствовала значению 0,41±0,004 усл.ед. (диапазон колебания 0,2–0,52 усл.ед.). Время мочеиспускания у больных составляло в среднем 7,6 ± 0,03 с.

После эстрогенотерапии у женщин с кишечной пластикой мочевого пузыря средняя объемная скорость потока мочи варьировала в пределах 5,6–7,7 мл/с, среднее значение составило 6,5±0,001 мл/с. Максимальная скорость объемного потока мочи колебалась в пределах 9,7–18,8 мл/сек при среднем значении 14,2±0,005 мл/с. Эффективная площадь поперечного сечения уретры после применения эстрогенов имела среднее значение 0,050±0,002 см² при диапазоне колебания 0,037–0,065 см²; величина уретрального сопротивления соответствовала значению 0,52±0,003 усл.ед. (диапазон колебания 0,31–0,78 усл.ед.). Время мочеиспускания у больных составляло в среднем 8,3±0,02 с.

По сравнению с исходными показателями у женщин с кишечной пластикой мочевого пузыря после применения эстрогенов имело место повышение средней скорости потока мочи на 20,4 % ($p < 0,05$), максимальной скорости объемного потока мочи на 24,6 % ($p < 0,05$). Эффективная площадь поперечного сечения уретры снизилась на 18 % ($p < 0,05$) при повышении уретрального сопротивления на 26,8 % ($p < 0,05$). Время мочеиспускания у больных с кишечной пластикой мочевого пузыря после применения эстрогенов имело тенденцию к повышению – возросло на 9 %.

У женщин до применения эстрогенов при профилоуретрометрии было установлено, что базальное давление в уретре колебалось от 12 см вод.ст. до 42 см вод.ст., в среднем составив 28,6±0,3 см вод.ст. Максимальное уретральное давление у женщин исходно составляло 73,1±0,9 см вод.ст. при диапазоне колебаний 48,7–94,5 см вод.ст. Максимальное давление закрытия мочеиспускательного канала у пациенток нахо-

дилось в диапазоне от 37 см вод. ст. до 71 см вод. ст. при среднем значении $53,5 \pm 1,1$ см вод. ст. У женщин с кишечной пластикой мочевого пузыря длина профиля уретрального давления составляла $0,5 \pm 0,002$ см. Таким образом, у женщин после кишечной пластики мочевого пузыря и развившимся недержанием мочи исходные показатели профиля уретрального давления свидетельствовали о низком тоне мочеиспускательного канала.

После применения эстрогенов у женщин основной группы базальное давление в уретре колебалось от 14 см вод. ст. до 56 см вод. ст., в среднем составив $37,1 \pm 0,2$ см вод. ст. Максимальное уретральное давление у женщин составляло $80,4 \pm 0,7$ см вод. ст. при диапазоне колебаний 62,3–100,5 см вод. ст. После применения эстрогенов максимальное давление закрытия мочеиспускательного канала у пациенток находилось в диапазоне от 39 см вод. ст. до 84 см вод. ст. при среднем значении $60,3 \pm 1,0$ см вод. ст. У женщин с кишечной пластикой мочевого пузыря длина профиля уретрального давления после применения эстрогенов составляла $0,9 \pm 0,004$ см.

В отличие от исходных показателей у женщин после применения эстрогенов произошло повышение базального давления в уретре на 29,7 % ($p < 0,05$), максимального давления в уретре на 9,9 % ($p < 0,05$), максимального давления закрытия мочеиспускательного канала на 12,7 % ($p < 0,05$) и функциональной длины мочеиспускательного канала в 1,8 раз ($p < 0,05$).

Итак, применение эстрогенов у женщин после кишечной пластики мочевого пузыря сопровождалось повышением манометрических показателей в мочевых путях, что способствовало удерживанию мочи, а также потоковых характеристик диуреза. Механизм влияния местного введения эстрогенов заключается в том, что женские половые гормоны включаются в уретральный механизм удерживания мочи, так как гормонотерапия восстанавливает структурную организацию соединительной ткани [4]. Кроме то-

го, при применении эстрогенов одновременно увеличивается содержание м-РНК для коллагена I и III типа в стенке уретры и улучшаются обменные процессы в соединительной ткани [7]. Именно этот механизм положительного влияния эстрогенов лежит в основе восстановления эластичности соединительной ткани уретры и терапевтического действия женских половых гормонов при урогенитальных расстройствах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. У пациенток после хирургического лечения рака прямой кишки и энтероцистопластики применение 12-недельного курса эстрогена овестина сопровождалось повышением объемных характеристик потока мочи.

2. У пациенток после хирургического лечения рака прямой кишки и энтероцистопластики применение 12-недельного курса эстрогена овестина сопровождалось повышением тонического напряжения нижних мочевых путей.

3. Применение 12-недельного курса овестины у больных раком прямой кишки после энтероцистопластики повышает функциональные резервы удерживания мочи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доренков С. П., Переверзев А. С. Клиническая урогинекология. – Харьков: Факт, 2000. – 365 с.
2. Камышан И. С. // Урология и нефрология. – 1998. – № 2. – С. 24–27.
3. Нурмухаметова Е. // РМЖ. – 1997. – Т. 5. – № 4. – 77–83.
4. Майкл Т. МакДермотт. Секреты эндокринологии / М.: ЗАО "Изд-во БИНОМ". – 1998. – 416 с.
5. Пряничникова М. Б., Сидоров Т. П., Санагин В. П. // Труды конф. "Онкологическая урология". Уфа. – 2002. – С. 32–35.
6. Серов В. Д., Сметник В. П., Балан В. Е. и др. Клиническая эффективность заместительной гормональной терапии: пособие для врачей. – М.: Медицина, 2001. – 236 с.
7. Фигурин К. М. // Consilium medicum. – 2003. – Т. 5. – № 2. – С. 14–23.

Kasatkin V.F., Kruglov S.N., Maksimov A.J., Orechkina A.D. The correction of the urodynamic by the hormones at patients with the cancer of the rectum after the pelvis evisceration // Vestnik of Volgograd state medical University. – 2004. – № 12. – P. 73–75.

The aim of the work was to study ureteral mechanism of the urina suppression at women with cancer of the pelvis evisceration and enterocystoplasty before and after course of the estrogens. For local saturation of the estrogens organs of the minor pelvis the women used ovestine vaginal suppositories and the unguent with ovestine (Organon, Holland) on the mucous membrane of the perineum. It was established that at patients the application 12 weeks course of estrogens was accompanied by the rise of the volumetrical characteristics of urine flows and the tonic strain lower urinary tract. The use 12-weeks course of the ovestine at these patients improve functional reserves at the urina suppression.