

6. Kobayashi E., Fujimura A. // Transplantation. - 1996. - Vol. 61. - P.1664 - 1668.

7. Lemaire L.C. // Br. J. Surg. - 1997. - Vol. 84. - P.1340 - 1350.

Поступила 06.05.04.

INTRAPERITONEAL TRANSLOCATION OF BACTERIA AND ANTIBIOTICOTHERAPY IN ACUTE ADHESIVE ILEUS

S.A. Pashkov, V.V. Plechev, E.M. Murysheva

S u m m a r y

Peculiarities of intraperitoneal translocation of bacteria in acute adhesive ileus are studied and

antibioticotherapy principles are worked out. 65 microbiological studies of peritoneal exudates of patients with acute adhesive ileus on flora and sensitivity to antibiotics are carried out. Influence of the level of bacterial dissemination on the degree of intestine distension and the level of blood supply of intestinal wall is followed. Some rules of intraperitoneal translocation of bacteria in acute adhesive ileus are revealed, regimes of antibioticoprophylaxis and antibioticotherapy are suggested.

УДК 616.348 - 002.45 - 07

ТРАНСФОРМАЦИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В РАСПРОСТРАНЕННЫЕ

Ю.В.Аржанов, О.Ю.Карпучин

Кафедра хирургических болезней лечебного факультета (зав. - проф. Д.М.Красильников)
Казанского государственного медицинского университета, Республиканская клиническая
больница (главврач - заслуж. врач РТ М.В.Кормачев) МЗ РТ, г. Казань

Вовлечение в воспалительный процесс ранее непораженных отделов толстой кишки при неспецифическом язвенном колите (НЯК) изучено недостаточно и практически не отражено в отечественной и зарубежной литературе. Тем не менее данный процесс, получивший название трансформации дистальных форм НЯК в распространенные [4], заслуживает особого внимания, так как свидетельствует о прогрессировании заболевания, а в некоторых случаях может рассматриваться в качестве показателя к хирургическому лечению.

Цель исследования: изучить процесс трансформации поражения толстой кишки при НЯК на основании ретроспективного анализа результатов диагностики и лечения 430 больных, находившихся под наблюдением за период с 1983 по 2003 г.

Протяженность поражения толстой кишки оценивали по результатам ирригоскопии, колоноскопии, ректороманоскопии (при поражениях, ограничивающихся прямой кишкой), морфологическому исследованию биоптатов. Основным методом рассматриваем ирригоскопию, которая позволяет достоверно определять протяженность поражения по характерным рентгенологическим признакам воспаления. Некоторые исследователи считают, что при НЯК сочетанное использование ректороманоскопии и ирригоскопии может быть

достаточным для постановки диагноза и установления протяженности поражения толстой кишки [1, 2, 5, 6]. У пациентов с ремиттирующими рецидивами заболевания с целью выявления протяженности поражения вместо контрольной ирригоскопии (с неизбежной дополнительной лучевой нагрузкой) выполняли ультразвуковое сканирование толстой кишки через брюшную стенку конвексным датчиком. Диагностика основана на последовательном изучении ряда ультразвуковых и доплерографических параметров кишечной стенки [3]. По нашему мнению, проведение данного исследования целесообразно также при острой атаке заболевания в связи с невозможностью выполнения ирригоскопии из-за угрозы развития осложнений.

Однократно с диагнозом НЯК на лечении в нашей клинике находились 314 (73%) пациентов, многократно (с ремиттирующими, сезонными и интермиттирующими обострениями) - 116 (27%), при этом от 2 до 4 раз - 104, свыше 4 раз - 12, до 9 раз - 2.

Согласно нашим наблюдениям, трансформация дистальных форм НЯК в распространенные имела место у 35 (30,2%) из 116 пациентов, неоднократно леченных в клинике. Мужчин было 21 (60%), женщин - 14 (40%). Возраст пациентов к моменту начала заболевания колебался от 15 до 60 лет (в среднем

33,3 2,1 года). Течение заболевания в 33 (94,3%) наблюдениях было хроническим рецидивирующим, в 2 (5,7%) - хроническим непрерывным. Тяжесть заболевания на момент первичной госпитализации в клинику и установления протяженности поражения расценивалась как легкая у 14 (40%) пациентов, среднетяжелая - у 20 (57,1%), тяжелая - у 1 (2,9%). Назначение таблетированного преднизолона потребовалось 16 (45,7%) пациентам.

Возраст больных к моменту трансформации язвенного поражения колебался от 18 до 69 лет (в среднем 39,6 2,3 года). Продолжительность заболевания от первых клинических проявлений до трансформации колебалась от 2 месяцев до 30 лет: в 19 (54,3%) наблюдениях - менее 5 лет, в 8 (22,9%) - от 5 до 10 лет, в 6 (17,1%) - от 10 до 15 лет, а в 2 (5,7%) - более 15 лет. Средний возраст пациентов при ранней трансформации (продолжительность болезни до 5 лет) составил 33,9 3,1 года ($n=19$), при поздней (более 5 лет) - 46,4 2,8 ($n=16$).

Трансформация НЯК наступила у 3 (20%) из 15 пациентов, ранее уже леченных в нашей клинике по поводу неспецифического язвенного проктита, у 23 (57,5%) из 40 - проктосигмоидита, у 7 (21,2%) из 33 - НЯК, левостороннего поражения, у 2 (18,2%) из 11 - НЯК, субтотального поражения. Таким образом, трансформация дистальных форм НЯК в распространенные чаще встречалась в группе больных с язвенным проктосигмоидитом.

Трансформация в тотальное поражение кишечника отмечена у 10 (28,6%) пациентов (исходная протяженность поражения: проктит - у одного, проктосигмоидит - у 3, левостороннее поражение - у 4, субтотальное - у 2), в субтотальное - у 6 (17,1%) пациентов (проктосигмоидит - у 3, левостороннее поражение - у 3), левостороннее - у 19 (54,3%) пациентов (проктит - у 2, проктосигмоидит - у 17).

Клиническое течение заболевания на момент обнаружения трансформации у 21 (60%) пациента расценено как среднетяжелое, у 14 (40%) - как тяжелое. Всем больным в качестве базисной терапии назначали препараты 5-аминосалициловой кислоты (чаще всего сульфасалазин, реже салофальк, месакол, пентаса). При тяжелом либо среднетяжелом клиническом течении на фоне резистентности к аminosалицилатам применяли стероидные гормоны (пред-

низолон). При выраженной активности воспалительного процесса в толстой кишке с гнойно-кровянистым содержимым в ее просвете, гнойным и фибриновым налетом на стенках, множественными эрозиями, язвами, выраженной контактной кровоточивостью использовали клизмы с преднизолоном. Всем 35 больным на момент трансформации потребовалось назначение кортикостероидов. При этом безуспешность лечения 10 (28,6 %) больных на протяжении 14-16 дней с использованием стероидных гормонов явилась показанием к оперативному лечению. Кроме того, у 2 из этих пациентов на фоне комплексной консервативной терапии развились толстокишечные осложнения - профузное кровотечение и острая токсическая дилатация. Тяжелое течение послеоперационного периода с развитием ранних осложнений отмечалось у 6 больных (распространенный гнойный перитонит - у 3, синдром ДВС с кровотечением в брюшную полость - у 2, ранняя спаечная кишечная непроходимость - у одного). У 3 пациентов заболевание в послеоперационном периоде завершилось летальным исходом, что было обусловлено в двух случаях продолжающимся распространенным гнойным перитонитом, в одном - синдромом ДВС и кровотечением в брюшную полость.

Таким образом, трансформация дистальных форм НЯК в распространенные является весьма значимым эпизодом в клиническом течении заболевания. Наиболее часто она происходит в первые пять лет заболевания. Вероятность ее развития в этот срок выше у пациентов молодого возраста ($p<0,01$). Вовлечение в воспалительный процесс ранее непораженных отделов толстой кишки при НЯК сопровождается среднетяжелым либо тяжелым клиническим течением, при этом у трети пациентов купировать активное воспаление в кишке консервативными мероприятиями не представляется возможным. Оперативные вмешательства у данного контингента больных отличаются высоким риском развития послеоперационных осложнений и большой летальностью. Явление трансформации дистальных форм НЯК в распространенные объективно отражает усугубление заболевания и может рассматриваться в качестве показания к раннему хирургическому лечению.

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