

Некоторые показатели крови у больных основной и контрольной групп

Показатель	Контрольная группа		Основная группа	
	1-й день	5-й день	1-й день	5-й день
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	4,2	4,4	4,0	4,7
Гемоглобин, г/л	105	110	104	118
Са ⁺⁺ , ммоль/л	2,25	2,35	2,27	3,0

Далее следует отметить обезболивающий эффект воздействия СМП. В первые сутки после начала лечения боли уменьшились у 68 (85%) больных. У 3 пациентов применение СМП вызвало некоторые неприятные ощущения в области перелома, тоническое сокращение мышц голени. В анамнезе у них была черепно-мозговая травма различной степени тяжести.

Сравнительный анализ рентгенограмм больных основной и контрольной групп показал более раннее (на 7—10 дней) появление признаков первичной мозоли после воздействия СМП (рис. 1 и 2 на вклейке). В контрольной группе у 5% больных отмечено несращение костей голени. Эти пациенты впоследствии были оперированы.

При сопоставлении показателей крови выявлено увеличение количества эритроцитов, гемоглобина и содержания кальция после воздействия СМП (см. таблицу), что немаловажно для сращения переломов.

Предварительный анализ показал, что при использовании СМП сроки пребывания больных в стационаре сокращаются на 10—15 дней. Это имеет существенное не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

© Ш.Ш. Хамраев, А.А. Худайбергенов, 1996

Ш.Ш. Хамраев, А.А. Худайбергенов

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Ташкентский государственный медицинский институт, Научный центр онкологии Республики Узбекистан

Проксимальный конец плечевой кости — одна из наиболее частых локализаций опухолевых поражений. Нередко больные обраща-

ются к врачу в запущенной стадии заболевания, с разрушением кости на большом участке и распространением опухолевого процесса на окружающие мягкие ткани. При хирургическом лечении после обширной резекции проксимальной части плечевой кости возникает необходимость замещения дефекта эндопротезом.

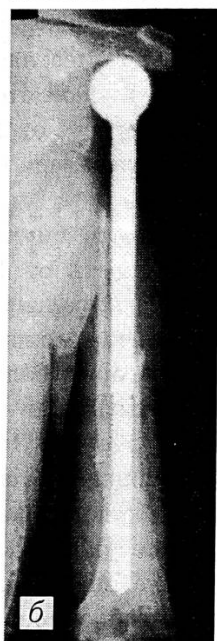
Под нашим наблюдением с 1990 по 1995 г. находилось 28 больных с опухолями проксимального отдела плечевой кости, из них 5 было произведено эндопротезирование верхней части плечевой кости. В 4 случаях клинико-рентгенологически и патоморфологически диагностирована остеобластокластома с озлокачиванием, в 1 случае — фибросаркома низкой степени анаплазии. Больные были в возрасте от 25 до 37 лет. Давность заболевания колебалась от 6 мес до 3 лет.

Рентгенологически установлено, что опухолевое поражение имело протяженность от 12 до 21 см и распространялось на кортикальную пластинку по передневнутренней части головки и шейки плеча. Кроме того, у некоторых больных отмечался периостит, что указывало на агрессивность патологического процесса. При ангиографическом исследовании выявлены усиленная васкуляризация опухоли, близкое расположение к ней магистральных сосудов и изменение их топографии. Последнее внесло определенные коррективы в планирование сберегательно-восстановительной операции (выбор доступа, возможность и протяженность резекции сухожильной части над- и подлопаточной и грудной мышц у места прикрепления к бугристости плечевой кости, место перевязки огибающих артерий).

Наличие различных типоразмеров эндопротеза проксимальной части плечевой кости делало возможным их применение при радикальном удалении пораженной ткани. Длина минимального дефекта плечевой кости составляла 10 см, максимального — 21 см. Для абластичного удаления запущенной опухоли в одном случае потребовалась резекция суставной поверхности лопаточной кости.

Использовались однополюсные монолитные эндопротезы с резьбовыми ножками из титана ВТ5-1. Длина резьбовой части была не менее 100—150 мм, шаг резьбы — 3 мм, высота — 2 мм.

Костномозговую полость предварительно обрабатывали специальными номерами разверток. После стабильного укрепления ножки эн-



Больной Х. 29 лет с гигантоклеточной опухолью проксимального отдела плечевой кости.

а — ангиограмма до операции; б — рентгенограмма после удаления опухоли и эндопротезирования проксимального конца плечевой кости.

допротеза в оставшейся части плечевой кости приступали к фиксации его проксимальной части. При этом учитывали требования стабильности и функциональности крепления искусственного сустава. Эндопротез фиксировали из четырех точек. Сначала крепили его головку лавсановой лентой к верхнему краю суставной впадины лопаточной кости, затем второй лентой формировали связку в области акромиального конца ключицы. Проверяли прочность крепления путем осевой нагрузки. Далее подшивали сухожильный конец под- и надлопаточных мышц к отверстию в подголовочной части эндопротеза. Укороченные концы большой и малой грудных мышц удлиняли лавсановой лентой и соединяли с шейечной частью эндопротеза. Проверяли сгибание, отведение и ротацию в плечевом суставе. Сгибание должно быть не менее 60° — это необходимо для самообслуживания больного; кроме того, принимается в расчет послеоперационная потеря объема движения в среднем на $10-15^\circ$.

Исходы оперативного лечения изучены у всех больных в сроки от 6 мес до 3 лет. Четверо пациентов получили возможность самообслуживания, из них двое заняты легким трудом на местном предприятии. С учетом агрессивности опухолевого процесса и стадии заболевания, в которой была произведена операция, результат у этих больных оценен как хороший (см. рисунок). У одной больной исход оказался неудовлетворительным: в связи с рецидивом опухолевого процесса через год ей была произведена межлопаточно-грудная ампутация.

Таким образом, дефект проксимального конца плечевой кости после удаления запущенной опухоли может быть замещен однополюсным моноконтинuous титановым эндопротезом. Для обеспечения функциональности и стабильности искусственного сустава необходимо восстановление связочного аппарата путем фиксации его в области головки и шейки эндопротеза. В ортопедическом плане дальнейшее улучшение результатов эндопротезирования проксимального отдела плечевой кости видится нам в создании двухполюсных эндопротезов плечевого сустава.

© А.Н. Махсон, 1996

А.Н. Махсон

ОПУХОЛЕВЫЙ ТРОМБОЗ НЕПАРНОЙ И ПОЛУНЕПАРНОЙ ВЕН У БОЛЬНОЙ С ХОНДРОСАРКОМЫ КОСТЕЙ ТАЗА (ОПИСАНИЕ ОДНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Московская городская клиническая онкологическая больница № 62

Б о л ь н а я С., 38 лет, до поступления в больницу № 62 в течение полутора лет подвергалась интенсивной физиотерапии, а затем противотуберкулезному лечению с предположительным диагнозом «коккартроз», а позднее — «туберкулез тазобедренного сустава». Диагноз хондросаркомы низкой степени зрелости тела подвздошной кости был поставлен после открытой биопсии. При обследовании в отделении: имеется обширный послеоперационный рубец в левой подвздошной области; пальпаторно опухолевое образование не определяется; движения в тазобедренном суставе ограничены и болезненны. Рентгенограммы легких: патологии нет. На рентгенограммах костей таза выявляется деструкция тела подвздошной кости слева, сужение щели левого тазобедренного сустава (см. рисунок, а).