

3. Использование устройства обеспечивает надежную защиту эндоскопа от агрессивного воздействия хирургических инструментов в условиях миниинвазивного операционного доступа.

Литература

1. Луцевич Э. В. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. Э. В. Луцевич, А. П. Уханов, М. В. Семенов. Москва, Великий Новгород, 1999; 15-18.

2. Могучев В. М. Интраоперационная холангиоскопия. В. М. Могучев, В. Л. Прикупец, Г. М. Митрофанова. Хирургия. 1997; 6: 33-36.
3. Нартайлаков М. А. Хирургия печени и желчных путей. М. А. Нартайлаков. Уфа, 2005; 88.
4. Плечев В. В. Избранные лекции по клинической хирургии. В. В. Плечев, В. М. Тиммербулатов. Уфа. 1996; 93.
5. Шалимов А. А. Хирургия печени и желчевыводящих путей. А. А. Шалимов. Киев: Здоровье, 1993; 348.
6. Goco L. Mini-cholecystectomy and operative cholangiography. L. Goco, L. Chambers. Ann. Surg. 1993; 49: 143-145.

Случай диагностики и лечения хондроматоза тазобедренного сустава

А. В. Жилияков

Екатеринбургский Медицинский Центр

Хондроматоз суставов — доброкачественная опухоль синовиального слоя капсулы сустава в виде множественной очаговой хрящевой метаплазии с последующим отделением образовавшихся узлов в полость сустава и их кальцинозом.

Среди больных хондроматозом суставов преобладают мужчины молодого и среднего возраста. Чаще других поражаются коленный и локтевой суставы, реже — плечевой, голеностопный, тазобедренный и др. Этиология неизвестна. Гистологически: в результате реактивного процесса происходит метаплазия синовиоцитов, что ведет к появлению отдельных хрящевых включений, первоначально связанных с синовиальной оболочкой, а затем отделяющихся и становящихся свободными внутрисуставными телами.

При артроскопии обнаруживаются ограниченные или обширные участки синовиальной оболочки, которые покрыты узелками или диффузными возвышениями плотной консистенции. Отдельные узелки выступают над поверхностью синовиальной оболочки в виде полипов на ножке. Свободные внутрисуставные тела имеют различную (чаще округлую) форму, их количество может быть до нескольких сотен. При опухолевидной форме хондроматоза суставов они имеют вид бургистых образований, размер которых может достигать до 3-5 см.

Важную роль в диагностике хондроматоза суставов играют инструментальные методы исследования. Для выявления патологических хрящевых структур и их соотношения с окружающими мягкими тканями проводят ультразвуковое исследование или магнито-резонансную томографию, для определения локализации оссифицированных хондральных

тел используют рентгенографию. Окончательно диагноз устанавливают при артроскопическом исследовании сустава.

Клинически типично периодическое возникновение блокад, когда в суставе образуется одно или два свободных тела и наличие стойкого выпота без значительных болей. При диффузном хондроматозе начало заболевания постепенное: движения становятся затруднительными, ограниченными, боли в суставе непостоянны, появляются они одновременно с выпотом в полость сустава. Со временем формируются рентгенологические признаки остеоартроза пораженного сустава.

Лечение оперативное. При наличии свободно лежащих в полости сустава хондромных телец их можно удалить, используя артроскопическую технику. Радикально помочь больному позволяет иссечение измененных участков синовиальной оболочки или тотальная синовэктомия. При резко выраженном остеоартрозе производят артропластику, а в ряде случаев — эндопротезирование.

Примером является следующее клиническое наблюдение пациентки, обратившейся с болью в левом тазобедренном суставе в Екатеринбургский Медицинский Центр.

Пациентка И., 1952 года рождения. При первом поступлении пациентка предъявляла жалобы на резкую боль в левом тазобедренном суставе, возникающую при движении. Боль постепенно усиливалась в течении последних 2 лет. Лечилась амбулаторно у невролога по месту жительства с диагнозом остеохондроз поясничного отдела позвоночника, корешковый синдром. В общих и биохимических анализах крови изменений не отмечалось, ревматоидный фактор (РФ), С-реактивный белок — в пределах нормы.

А. В. Жилияков — к. м. н., врач-хирург.



Фото 1.
Рентгенография левого тазобедренного сустава до операции



Фото 3.
Рентгенография левого тазобедренного сустава после оперативного лечения

Рентгенологическое исследование. В прямой и боковой проекции левого тазобедренного сустава отмечается уплотнение крыши вертлужной впадины. В мягких тканях определяются округлой формы участки неравномерного обызвествления.

Заключение. ДОА тазобедренного сустава. Хондроматоз слева в мягких тканях.

Клиника. Видимых деформаций в области тазобедренного сустава нет. Ограничено отведение в левом тазобедренном суставе из-за болей до 20°.

На основании клинических и лабораторных показателей был поставлен диагноз «Хондроматоз левого тазобедренного сустава». После стандартного предоперационного обследования выполнена диагностическая артроскопия тазобедренного сустава — обнаружены свободно лежащие внутрисуставные хондральные тела >2 см в диаметре, хондромалиция хряща головки бедренной кости II степени. Выполнена боковая артротомия, внутрисуставные тела удалены, синовиальная оболочка частично резецирована. Послеоперационное течение — без осложнений. Швы сняты в срок, заживление первичным натяжением. Назначен курс лечебной физкультуры. Учитывая наличие рентгенологических признаков коксартроза, проведен курс внутрисуставной вискозуплиментарной терапии препаратами

ми 1% гиалуроновой кислоты №2.

Осмотр через 1 месяц после оперативного лечения. Жалоб на боль при ходьбе нет, движения в полном объеме. Рекомендовано динамическое наблюдение раз в полгода и контрольная рентгенография через год

Таким образом, комплексное лечение больной способствовало значительному увеличению эффективности проводимой терапии, привело к значимому клиническому улучшению, увеличению функциональных возможностей суставов (фото 1, 3, фото 2 см. цветную вкладку).

Современные аспекты клиники и диагностики рожистого воспаления нижних конечностей

В. Л. Ермолаев, Е. П. Шурыгина, В. Е. Барышев

Уральская государственная медицинская академия, МУ «ЦГБ № 7» г. Екатеринбург

Резюме

У 130 пациентов, страдающих различными формами рожистого воспаления нижних конечностей, проанализированы особенности социального статуса, эпидемиологии заболевания, особенности клиники и лабораторных изменений, а также адекватности комплексного лечения в зависимости от клинических форм воспаления, глубины и распространенности процесса, наличия тех или иных фоновых заболеваний. Обращено внимание на профилактику вторичной инфекции, обоснованность антибактериальной терапии с учетом современного взгляда на рожистое воспаление как полимикробного заболевания с ведущей ролью стрептококка, а также на мероприятия по снижению количества рецидивов.

В. Л. Ермолаев — профессор кафедры хирургических болезней стоматологического факультета Уральской медицинской академии;

Е. П. Шурыгина — к. м. н., ассистент кафедры хирургических болезней стоматологического факультета;

В. Е. Барышев — зав. отделением гнойной хирургической инфекции ЦГБ №7 г. Екатеринбург.

Ключевые слова: рожистое воспаление нижних конечностей, клиника и диагностика, лечение.

Рисунки к статье
 Н. В. Носкова, А. Н. Котлярова, Е. А. Неизвестных, Ю. Г. Шекуновой и М. П. Кононенко
 «Использование лазерной остеоперфорации
 в комплексном лечении асептических некрозов головки бедра
 различной этиологии у детей», стр. 76.

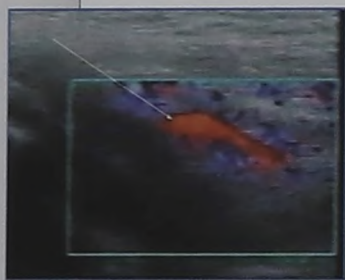


Рисунок 3.
 Ультразвуковая доплерография огибающих артерий бедра: кровоток не нарушен

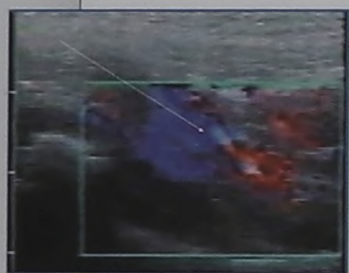


Рисунок 4.
 Ультразвуковая доплерография огибающих артерий бедра: снижение кровотока



Рисунок 5.
 Техника лазерной остеоперфорации

Фото к статье М. А. Новикова
 «Интраоперационная холедохоскопия в лечении осложненной желчнокаменной болезни», стр. 83.



Фото
 Устройство в операционной ране

Фото к статье А. В. Жиликова
 «Случай диагностики и лечения хондроматоза тазобедренного сустава», стр. 85.



Фото 2.
 Внутри-суставные хондральные тела, удаленные при операции