

սակը) 5, 10 և 15 տարվա մահացության տվյալների և ուռուցքների ձևաբանական ցուցանիշների հարաբերակցությունը:

Պարզվել է, որ ուռուցքների բջիջների պոլիմորֆիզմի, ակտիվության, ախտաբանական միթոզի առկայության և անոթներում ուռուցքային բջիջների ինվազիայի ուսումնասիրման տվյալներով հաճախ, բայց ոչ միշտ, կարելի է որոշել ուռուցքի շարորակության աստիճանը և կանխորոշել հիվանդության կլինիկական ընթացքը:

R. T. ADAMIAN

ON THE QUESTION OF MORPHOLOGICAL CRITERIA FOR MALIGNANCY OF GRANULOSA AND THECA CELL TUMORS OF THE OVARIES

The results of long-term follow-up of 419 patients with granulosa and theca cell tumors of the ovaries were studied. It is found out, that well-known histological criteria for malignancy of ovarial tumors being not trustworthy in all cases of granulosa and theca cell tumors of the ovaries nevertheless determine to great extent their clinical malignancy and prognosis.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Железнов Б. И. Акуш. и гин., 1980, 6, с. 6.
2. Селезнева Н. Д., Железнов Б. И. Доброкачественные опухоли яичников. М., 1982.
3. Селицкая С. С. Дис. докт. М., 1972.
4. Серов С. Ф., Скалли Р. Е., Собин Л. Г. Гистологическая классификация опухолей яичников. М., 1977.
5. Шейнин П. И., Сигалов А. Б. Вopr. онкол., 1961, 12, с. 63.
6. Fox H., Langley F. A. Tumors of the Ovary. London, 1976.
7. Norris H. J., Taylor H. B. Cancer, 1968, 21, 2, 255.
8. Novak Ed. R., Wodruff D. J. In: Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology with Clinical and Endocrine Relations. Philadelphia, 1974, 449.
9. Pedowitz P., Felmus L. B., Grayzel D. M. Am. J. Obstet. and Gynec., 1954, 68, 6, 1519.
10. Regers W. S., Cordon R. F., Marsh M. R. Am. J. Obstet. and Gynec., 1972, 64, 6, 1289.
11. Stenwig J. T., Hazecamp J. T., Beechhman J. B. Gynec. Oncol., 1979, 2, 136.

УДК 617.58—002.3—08

Г. Г. ВАРДЕВАНЯН

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ГОЛЕНИ

Приведены результаты широкого применения аппаратного лечения в условиях гнойной инфекции голени. В комплексе внеочаговый остеосинтез сочетался с имплантацией костного матрикса с целью стимуляции остеогенеза в условиях раневой инфекции.

Основной причиной возникновения гнойно-раневого процесса являются тяжелые повреждения конечностей с размождением мягких тканей, скелетизацией костей, их переломами, приводящие в конечном

итоге к посттравматическим остеомиелитам, гнойно-септическим осложнениям.

Частота возникновения, течение и исход гнойно-раневого процесса во многом определяются его локализацией. Известно, что на нижних конечностях [9], особенно на голени, гнойно-раневой процесс протекает тяжелее. Это объясняется более сложными условиями кровообращения: снижена скорость кровотока, повышено венозное давление, имеется склонность к стазу и флебитам и расстройству оттока.

Совершенно очевидно, что традиционные методы не позволяют достичь желаемых результатов при лечении столь тяжелой патологии, как гнойное поражение голени. В настоящее время многими травматологами признано [1, 6, 7, 14], что внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации при лечении гнойных поражений голени является методом выбора. Однако данные работы касаются в основном локальных остеомиелитических процессов, не связанных или связанных опосредованно с гнойными процессами других тканей голени. Между тем наиболее тяжелыми повреждениями являются обширные инфицированные раны, переходящие с мягких тканей на подлежащую кость. Кроме того, в указанных работах возможности аппаратного лечения при гнойных поражениях голени, на наш взгляд, раскрываются далеко не полностью.

При лечении больных с гнойными поражениями голени из аппаратов внешней фиксации мы отдаем предпочтение аппарату Илизарова. Применение аппаратов внешней фиксации при лечении данной патологии имеет ряд преимуществ:

1. Сразу же после наложения аппарата больной имеет возможность передвигаться на костылях.
2. Облегчается уход за раной. В условиях физиологического напряжения аппарат ликвидирует травматический отек, улучшает кровоснабжение и трофику мягких тканей поврежденной конечности, так как жесткая наружная пространственная конструкция создает как бы каркас, в котором травмированные мягкие ткани свободно располагаются на подлежащей кости, не контактируя с постелью.
3. Создается возможность манипулировать на костях.
4. Аппарат позволяет создать стабильно-функциональный синтез всех тканей пораженного участка конечности.
5. Выявляется новое качество аппарата, особенно ценное в случае применения современных методов лечения гнойной инфекции ран, в частности гнотобиологической изоляции.

Наше сообщение основано на анализе лечения 94 больных с гнойным поражением голени. У 17 больных имело место обширное разможение и циркулярное гнойно-некротическое поражение мягких тканей голени. Посттравматическое гнойное поражение костей голени с несрастающимися переломами и ложными суставами наблюдалось у 65 пациентов. У 12 больных установлен постостеомиелитический дефект большеберцовой кости. Среди лечившихся было 79 мужчин и 15 женщин. Подавляющее большинство больных трудоспособного возраста.

Семнадцать больным с изолированным обширным разможением и циркулярным гнойно-некротическим поражением мягких тканей голени как фактор иммобилизации и «подвешивания» сегмента наложен аппарат Илизарова из двух колец. Аппарат накладывается сразу после радикальной некрэктомии, и конечность помещается в гнотобиологическую камеру, где поддерживается искусственный микроклимат при постоянном обмене в ней абактериального воздуха. Постоянный подсушивающий эффект, отсутствие вероятности реинфицирования раны способствуют быстрому (в течение 10 дней) исчезнованию из нее флоры. В процессе лечения больному производится динамическое бактериологическое исследование. На 8 и 10-е сутки после получения сочной грануляционной поверхности и при отсутствии в посеве с поверхности раны патогенной микрофлоры конечность извлекается из гнотокamеры для производства аутодермопластики. Из 17 больных у пяти рана в аппарате эпителизовалась самостоятельно. У остальных 12 пациентов произведена аутодермопластика (8 больным расщепленным кожным лоскутом, 4—филатовским стеблем). Послеоперационный период у 12 больных протекал без осложнений при успешном приживлении кожных трансплантатов.

Малозффективные консервативные методы лечения гнойных поражений голени, осложнившихся несросшимися переломами и ложными суставами большеберцовой кости, а подчас и многократные попытки оперативных вмешательств дают высокий процент неудовлетворительных исходов. Внедрение в практику методов внеочагового остеосинтеза позволило отказаться от многостадийности в лечении таких больных и добиться одновременно как ликвидации гнойно-воспалительного процесса в кости, так и консолидации [3, 4, 13].

В зависимости от течения и формы гнойного процесса костей голени нами проводилось купирование острого гнойно-деструктивного процесса путем промывания раневой поверхности, свищей антисептическими растворами, раствором пепсина с аскорбиновой кислотой, применения внутриартериальной антибиотикоосмозмотерапии гнотобиологической камеры, ртутно-кварцевой эритемой.

У 65 больных с посттравматическим гнойным поражением костей голени, осложнившимся несросшимися переломами и ложными суставами, применен внеочаговый остеосинтез аппаратами внешней фиксации. Монтаж аппарата производился с учетом характера смещения отломков, положения плоскости излома, деформации и укорочения конечности. При поперечных переломах и тугоподвижных ложных суставах с относительно утолщенными концами отломков и правильной осью сегмента применялся остеосинтез с продольной компрессией, при ложных суставах и переломах, имеющих скошенную форму концов отломков,—остеосинтез со встречно-боковой компрессией. А в случаях наличия фиксированной угловой деформации или укорочения конечности применялся комбинированный компрессионно-дистракционный остеосинтез: на стороне выпуклой поверхности—компрессия, а на противоположной—дистракция. В этой группе у 11 больных произведен закрытый внеочаговый остеосинтез, а у 54 до наложения аппарата производилась секвестрнекрэктомия, которая у 47 пациентов была за

вершена глухим швом раны с дренированием, а у 7—после секвестрнекрэктомии образовался пристеночный дефект большеберцовой кости, и в связи с обширными рубцово-трофическими изменениями мягких тканей раны велась открытым методом. Из 54 больных у 6 с обширным разрушением концов отломков и наличием крупных секвестров внеочаговому остеосинтезу в качестве санирующей операции предшествовала циркулярная реакция остеомиелитического очага, в связи с чем у этих пациентов с дефектами большеберцовой кости от 2 до 6 см был применен моно- и билочальный компрессионно-дистракционный остеосинтез. Дозированная дистракция начиналась с 14-го дня с оптимальным темпом 1 мм в сутки. Из 65 больных с несросшимися переломами и ложными суставами большеберцовой кости у 35 пациентов сращение наступило через 7—8 месяцев, а у 5—с дефектом—средние сроки фиксации аппаратом составили 14—18 месяцев. У одного больного с дефектом большеберцовой кости (из 6) произошла фрактура дистракционного регенерата, и сращение длилось около 2 лет. У оставшихся 24 пациентов производились повторные санации остеомиелитического очага, имело место замедленное течение остеогенеза. У трех пациентов из этой группы аппарат Илизарова был наложен дважды.

Казалось бы, что при внеочаговом остеосинтезе, при жесткой и стабильной фиксации отломков создаются все биологические и механические условия для обеспечения гладкого течения остеогенеза, однако это далеко не всегда так, и в условиях внеочагового остеосинтеза в ряде случаев при посттравматическом остеомиелите процесс консолидации костных отломков протекает медленно и требует стимуляции. Вопросам стимуляции процесса репаративной регенерации в литературе уделяется большое внимание [2, 5, 10, 15]. Широкое распространение получили методы костнопластических операций с целью стимуляции остеогенеза, где в качестве имплантатов используется аутологичная, аллогенная и ксеногенная кость.

В ЕрНИИТО разработана методика заготовки и консервации костного матрикса (КМ), и экспериментальными и клиническими данными доказаны [11, 12] явные преимущества КМ относительно витальной и авитальной кости. С целью стимуляции остеогенеза в условиях гнойной инфекции у больных с явлениями замедленной консолидации, несрастающимися переломами, ложными суставами, пристеночными и циркулярными дефектами костей нами внедрены в практику операции по одномоментному санированию гнойно-деструктивного очага и имплантации костного матрикса. Из 24 больных (из 65) с посттравматическими гнойными поражениями костей голени с целью стимуляции остеогенеза у 17 пациентов имплантированы штифты костного матрикса. После санации гнойного очага у 7 больных, у которых раны велась открытым методом, с целью заполнения образовавшегося пристеночного дефекта большеберцовой кости и стимуляции остеогенеза имплантирован губчатый КМ, пропитанный антибиотиками по чувствительности микрофлоры в открытой ране. Высокие пластические свойства губчатого КМ позволяют плотно тампонировать образовавшуюся полость, создавая тесный контакт с её стенками, что способствует более быстрому прорастанию имплантата сосудами как

со стороны стенок, так и со стороны прилегающих мягких тканей. Необходимо отметить, что у 7 вышеуказанных пациентов стояние отломков было более или менее компактным, не требующим особых манипуляций, и поэтому при наличии КМ аппараты внешней фиксации играли роль лишь функциональной иммобилизации.

Из 24 больных с несросшимися переломами и ложными суставами большеберцовой кости, где аппаратное лечение сочеталось с имплантацией КМ, у 15 пациентов сращение наступило в течение 4—5 месяцев вместо 7—8 месяцев у 42 больных без КМ, у одного больного в послеоперационном периоде рана нагноилась, и КМ отторгся, в связи с чем сроки фиксации в аппарате возросли в 1,5 раза. Перелом не сросся, и остеомиелитический процесс купировать не удалось у одного пациента, что было связано с нарушением трофики конечности ввиду наличия посттравматической болезни. В дальнейшем, ввиду малигнизации процесса, произведена ампутация конечности на уровне бедра. У 7 больных с несросшимися переломами и пристеночными дефектами большеберцовой кости консолидация наступила через 5—6 месяцев.

Костный матрикс нами успешно применен и при лечении постостеомиелитических, изолированных циркулярных дефектов большеберцовой кости у 12 больных. Величина диафизарного дефекта составляла от 2 до 10,5 см: от 2 до 4 см—у четырех больных, от 5 до 10,5 см—у 8. При лечении циркулярных дефектов большеберцовой кости общепринятые компрессионно-дистракционные методы имеют некоторые недостатки: замедленное формирование и минерализация дистракционного регенерата (от 8 месяцев до 2 лет), а в ряде случаев фрактура и прекращение его формирования с последующей резорбцией, ограниченность скорости дистракции (в сутки 1 мм), так как форсированный темп может привести к трофическим расстройствам конечности [8]. Это побудило нас с целью стимуляции образования и созревания дистракционного регенерата имплантировать штифты КМ как в регенерате, возникающем при осуществлении монолокального компрессионно-дистракционного остеосинтеза (с дефектом до 4 см), так и вокруг остеотомированного отломка при замещении больших постостеомиелитических дефектов (от 5 см и больше) большеберцовой кости путем биллокального последовательного дистракционно-компрессионного остеосинтеза. Производится 2—4 паза шириной 3—4 см, проходящих через линию излома и заходящих на каждый отломок на расстояние не меньше, чем величина предполагаемого удлинения. В образовавшиеся пазы имплантируются штифты КМ, которые благодаря своей высокой эластичности точно моделируются по размеру образованных пазов. Дистракция начиналась с 14-го дня в форсированном темпе—2—2,5 мм в сутки вместо 1 мм, и в конечном итоге костный дефект заполнялся дистракционным регенератом примерно в два раза быстрее, чем при компрессионно-дистракционном остеосинтезе без костного матрикса. У 12 больных с постостеомиелитическим дефектом большеберцовой кости компрессионно-дистракционный остеосинтез в сочетании с КМ длился от трех (с дефектом до 4 см) до 8 (5 см и больше) месяцев вместо 14—18 месяцев у 6 больных без КМ.

после циркулярной резекции остеомиелитического очага большеберцовой кости. После снятия аппарата у 7 больных с большим дефектом дополнительно применялась иммобилизация гипсовой повязкой в течение 1,5—2 месяцев. Изучая рентгенологическую динамику дистракционного остеогенеза у наших больных в условиях моно- и билокального остеосинтеза с применением КМ, установлено, что нерентгенконтрастный КМ сливается в одно целое с регенератом, формируется гомогенный регенерат, который равномерно заполняет диастаз между концами отломков.

Отдаленные результаты аппаратного лечения при гнойных поражениях голени изучены у 93 больных в сроки от 1 года до 5 лет. При оценке исходов лечения мы пользовались трехбалльной системой.

Хороший результат (72 больных—77,4%): отсутствие жалоб и рецидивов, ликвидация гнойного очага, одинаковая длина и правильная ось поврежденного сегмента конечности, восстановление функции конечности и трудоспособности больного.

Удовлетворительный исход (19 пациентов—20,4%): стабильная ремиссия—до 5 лет, небольшое укорочение и нарушение оси конечности, ограничение движений в суставах (в пределах 10—35°), частичная потеря профессиональной трудоспособности.

Неудовлетворительный результат (2 больных—2,2%): ампутация конечности, длительно не заживающие свищи с гнойным отделяемым, анкилоз коленного сустава и перевод на инвалидность.

Таким образом, обобщая полученные данные, можно заключить, что аппаратное лечение при гнойных поражениях голени является методом выбора, а в сочетании с аллогенным костным матриксом с целью стимуляции остеогенеза в условиях раневой инфекции оно способствует сокращению сроков и улучшению исходов лечения данной патологии.

Ереванский НИИ травматологии
и ортопедии им. проф. Х. А. Петросяна

Поступила 3/IV 1989 г.

Գ. Գ. ՎԱՐԳԵՎԱՆՅԱՆ

ԱՊԱՐԱՏԱՅԻՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ՍՐՈՒՆՔԻ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ԱԽՏԱՀԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Սրունքի թարախային ինֆեկցիայի պայմաններում 94 հիվանդների մոտ լայնորեն կիրառվել է արտաօջախային օստեոսինթեզ՝ արտաքին անշարժեցնող ապարատներով: 17 հիվանդների մոտ այն կիրառվել է սրունքի միայն փափուկ հյուսվածքների թարախակալմամբ ծանր վնասվածքների ժամանակ: Վիրահատված հիվանդներից 36-ի մոտ ոսկրագոյացման պրոցեսը խթանելու նպատակով օգտագործվել է կոնսերվացված ոսկրային մատրիքս: Սրունքի թարախային ախտահարումների ժամանակ ապարատային բուժումը համարվում է ընտրման մեթոդ, իսկ նրա զուգակցումը ոսկրային մատրիքսով նպաստում է բուժման տեղդոսթյան կրճատմանը և էլքի բարելավմանը:

THE APPLICATION OF THE APPARATUS TREATMENT AT SUPPURATIVE AFFECTIONS OF THE CRUS

The results of the apparatus treatment in conditions of the crus purulent infections are brought in the article. The extrafocal osteosynthesis was combined with implantation of the bone matrix for stimulation of osteogenesis in conditions of wound infection. This method allowed to improve the results of the treatment of this pathology and shorten the terms the wound's healing.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В. В., Усиков В. Д. Травм., ортопед. и протезир., 1986, 4, с. 15.
2. Андрианов В. Л., Садов Г. А. и др. Травм., ортопед. и протезир., 1987, 8, с. 21.
3. Буачидзе О. Ш., Оноприенко Г. А. и др. В кн.: Профилактика и лечение инфицированных осложнений тяжелых травм. Л., 1977, с. 23.
4. Гудушаури О. Н. Хирургия, 1983, 6, с. 21.
5. Драке Р. Б. Вестн. хир., 1983, 8, с. 60.
6. Житницкий Р. Е., Шанурова Д. Г. и др. В сб.: Лечение ортопед. травм в больницах и подкл. методом чрескостного остеосинтеза, разработ. в КНИИЭКОТ. Курган, 1982, с. 123.
7. Илизаров Г. А., Дегтярев В. Е. и др. Лечение дефектов костей голени аппаратом Илизарова в условиях гнойной инфекции (метод реком.). Курган, 1977.
8. Илизаров Г. А., Девятков А. А. и др. Чрескостный остеосинтез по Илизарову при ложных суставах голени, осложненных остеомиелитом (метод. рекоменд.). Курган, 1976.
9. Каплан А. В., Машсон Н. Е. и др. Гнойная травматология костей и суставов. М., 1985, с. 384.
10. Муйжилис А. К., Драке Р. Б. В кн.: Тез. докл. научн. конф. ЕрНИИТО, посвящ. 90-летию со дня рожд. Х. А. Петросяна. Ереван, 1979, с. 88.
11. Осеян И. А., Козлова В. В. и др. Заготовка и консервация губчатого костного матрикса (метод. рекоменд.). Ереван, 1984.
12. Осеян И. А., Айвазян В. П. Применение костного матрикса с целью заполнения постостеомиелитических полостей (метод. рекоменд.). Ереван, 1985.
13. Чаплинский В. В., Саблоцкий И. Р. и др. Травматол., ортопед. и протезир., 1986, 4, с. 43.
14. Rommens P. et al. Orth. Orthop. Traum. Surg., 1986, 105, 3, 170.
15. Tullis M., Singh A. D. J. Bone Jt. Surg., 1978, 60—13, 11, 116.

УДК 616.147.17—007.64:617

Э. Б. АКОПЯН, Л. У. НАЗАРОВ, С. Т. БАГДАСАРЯН

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОРРОЯ
(обзор литературы)

Приведен обзор отечественной и иностранной литературы по вопросам хирургического лечения геморроя. Указано, что в настоящее время основным методом лечения данного заболевания является хирургический способ, причем самая адекватная операция—геморроидэктомия по Миллигану-Моргану в современных модификациях.

Вопросы хирургического лечения геморроя обсуждаются давно. Разноречивые взгляды в отношении применения того или другого спо-