

Վիրահատման գործելակերպը կայանում է նրանում, որ կատարվում է երկու սրունքների միաժամանակյա ոսկրահատում: Մեծ ոլոքի V-աձև, իսկ փոքր ոլոքի լայնածիզ հատում, ընդ որում ոսկրերի հետին պատը չի հատվում, այլ կտրվում է ձեռքով՝ վիրահատման սեղանին: Այս մեթոդը ստեղծում է երկու բեկորների միջև կոմպրես, որը հնարավորություն է տալիս կրճատելու հետվիրահատման ժամկետը մինչև 1,5 ամիս:

Այս մեթոդով ենթարկվել են վիրահատման 14 հիվանդներ, որոնցից 13-ի մոտ ստացվել է դրական արդյունք, իսկ մեկը վերքի բորբոքային երևույթների պատճառով դեռ գտնվում է հսկողության տակ:

Վիրահատման այս մեթոդը պարզ է, արդյունավետ և կարելի է առաջարկել շրջանային մասնագիտացված բաժիններում կիրառման համար:

S. G. KARAPETIAN, A. S. TOUMJIAN, A. B. GEVORKIAN, Z. A. HAKOPIAN
ORTHOPEDIC TREATMENT OF POSTRACHITIC DEFORMATIONS
OF THE LOWER EXTREMITIES

The methods of the operations of the postrachitic deformations of the lower extremities are described. The tactics of these operations is in the single-moment osteotomies of the bones of both crura in viral deformations. The methods are not complicated, efficient and can be recommended for the regional hospitals' specialized departments.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Бойчев Б., Конфорти Б., Чоканов К. Оперативная ортопедия и травматология. София, 1982.
2. Волков М. В., Дедова В. Д. Детская ортопедия. М., 1980.
3. Кабацкий М. С., Ткач Т. А. Ортопедия, травматология и протезирование, 1984, 4, с. 29.
4. Талько И. И., Кабацкий М. С. Ортопедия, травматология и протезирование, 1986, 10, с. 58.
5. Фрейка Б. В кн.: Руководство по ортопедии и травматологии. М., 1968, с. 193.

УДК 616.72—002

С. В. АГАБАБОВ, Х. С. САЯДЯН, Г. Р. ГАБРИЕЛЯН, А. В. ЗИЛЬФЯН,
М. С. КЛЧЯН, Г. С. МХИТАРЯН

ИЗУЧЕНИЕ КАЛЬЦИЙРЕГУЛИРУЮЩЕЙ СИСТЕМЫ
ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Проведенное изучение кальцийрегулирующей системы при ревматоидном артрите (РА) свидетельствует о «расшатанности» кальциевого обмена при РА. Рекомендуется лечение больных проводить с учетом изменений кальциевого гомеостаза.

Ревматоидный артрит (РА)—хроническое системное воспалительное заболевание, при котором, помимо суставов, могут поражаться практически все органы и системы, включая костную. Поражение костей при РА обычно проявляется болями в костях, распространенным остеопорозом, повышенной хрупкостью костей, приводящей к более частым переломам [4].

Костный скелет, являющийся структурной основой опорно-двигательного аппарата, выполняет у наземных позвоночных две функции—структурную и гомеостатическую, причем последняя по происхождению более древняя. Обычно эти две функции пребывают в состоянии гармоничной взаимосвязи, но иногда вступают в противоречие друг с другом, которое организмом всегда решается в пользу поддержания кальциевого гомеостаза даже в ущерб структуре [5]. Поэтому любые нарушения кальциевого обмена вызывают или усугубляют изменения опорно-двигательного аппарата. Особенно наглядно это проявляется при различных формах остеопении, хондрокальцинозе, подагре и некоторых других ревматических заболеваниях [3].

Кальций является общим для всего живого мессенджером второго порядка, регулирующим все виды клеточной активности. Поэтому изменения кальциевого обмена могут иметь широкие последствия, влияющие в том числе и на иммунное воспаление; с другой стороны, на кальциевый обмен можно влиять целенаправленно в лечебных целях. Наконец, именно благодаря своей всеобщности обмен кальция подвержен воздействию, зачастую нежелательному, лекарств, включая антиревматические [2, 11]. Однако действие большинства из них на кальциевый гомеостаз почти не изучено.

Известно, что в регуляции обмена кальция в организме ведущая роль принадлежит паратиреоидному гормону (ПТГ). ПТГ при РА представляет особый интерес, если учесть, что он участвует в модуляции иммунного ответа [1]. Другим гормоном, регулирующим совместно с витамином Д₃ поступление кальция из внешней среды и в определенной мере его утилизацию, является кальцитонин (КТ). Потенциальное действие КТ при РА, видимо, не исчерпывается его тормозящим действием на резорбцию кости, но обусловлено и тем, что, будучи нейромодулятором, он обладает прямым анальгетическим эффектом [9]. Итогом взаимодействия кальцийрегулирующих факторов становится уровень ионизированного кальция в крови, в норме подверженный очень небольшим колебаниям.

Предметом настоящей работы является изучение при РА трех основных показателей, отражающих кальциевый гомеостаз, а именно ПТГ, КТ и ионизированного кальция. Надо отметить, что подобные исследования на довольно ограниченном материале проводились и ранее, но дали противоречивые результаты [2, 3, 7].

Исследовали 23 больных с классическим или определенным РА, во всех случаях серопозитивным (19 женщин и 4 мужчины). Давность болезни превышала 12 месяцев. Часть больных обследована в динамике. Большинство больных в период обследования принимали только нестероидные противовоспалительные препараты; стероидов они не получали.

ПТГ определяли радиоиммунологическим методом с использованием цыплячьей антисыворотки против С-концевой антигенной детерминанты бычьего ПТГ (аминокислотная последовательность 65—84); КТ—с использованием кроличьей антисыворотки против бычьего КТ (БуК Mallinekvodt, ФРГ); ионизированный кальций определяли ме-

тодом прямого потенциометрирования с помощью проточного ионселективного электрода на приборе Nlickolyte (Финляндия).

Среди обследованных были выделены две группы: одну составили 18 больных РА, другую—5 больных, у которых РА сочетался с мочекаменной болезнью (МКБ) без признаков почечной недостаточности. Эти больные выделены в отдельную группу, поскольку МКБ может быть

Таблица 1
Показатели кальцийрегулирующей системы у больных РА в зависимости от наличия или отсутствия МКБ и в норме

Показатели гомеостаза	Норма	РА с МКБ	РА без МКБ	P ₁₋₁₁
Ca ⁺⁺ , ммоль/л	0,96—1,08	1,215±0,079	0,938±0,037	>0,001
ПТГ, нг/мл	1,0—2,2	1,259±0,116	1,313±0,074	>0,001
КТ, нг/мл	5—40	22,45±3,28	21,5±2,44	недостовер.

следствием нарушенного кальциевого обмена. Уровень ионизированного кальция оказался повышенным у 3 из 5 больных РА и МКБ, а также у 1 из 18, не имевших признаков МКБ (не удалось полностью исключить МКБ). У 2 оставшихся больных РА и МКБ уровень ионизированного кальция был в пределах нормы, в то время как в другой группе у 10 больных он был ниже нормы, особенно у 5 больных (менее 0,85 ммоль/л). В целом у больных РА и МКБ уровень ионизированного кальция оказался достоверно выше, чем у больных РА без МКБ (табл. 1). Уровень иммунореактивного ПТГ был в пределах нормы у всех больных. Однако средний показатель ПТГ у больных с МКБ оказался ниже, чем у больных без МКБ. Как и большинство авторов, мы считаем, что о гиперпаратиреозе свидетельствует повышенный уровень ионизированного кальция в сочетании с содержанием ПТГ, близким к верхней границе нормы [6]. Такой подход позволил установить диагноз первичного гиперпаратиреоза у всех 3 больных РА и МКБ, имевших повышенную концентрацию кальция, причем у 1 больной диагноз доказан, а у 2 вероятен. У больной с явным гиперпаратиреозом с помощью радиоизотопного и ультразвукового исследования обнаружена аденома околощитовидных желез, подтвержденная при паратиреоидэктомии, сразу после которой кальций нормализовался (табл. 2).

Таблица 2
Показатели кальцийрегулирующей системы у больной с РА+МКБ до и после паратиреоидэктомии (в течение госпитализации)

Показатели гомеостаза	До операции	После операции
Ca ⁺⁺ , ммоль/л	1,38; 1,6	0,86; 0,96
ПТГ, нг/мл	1,8; 0,8	0,8; 0,99
КТ, нг/мл	10; 20	15; 14,6

Труднее объяснить гипокальциемию, наблюдавшуюся нами у 55,6% больных РА, несложненным МКБ, или у 43,5% от общего числа боль-

ных, тем более что гипокальциемия не сопровождалась какими-либо клиническими симптомами, повышением ПТГ или снижением КТ. Возможно, она объясняется тем, что среди больных преобладали женщины среднего и пожилого возраста, течение РА у которых осложняется недостаточным поступлением с пищей кальция и витамина Д [8], а также нарушением всасывания кальция в кишечнике [10]. Другая возможная причина—получение частью больных в прошлом кортикостероидов [11].

Уровень КТ был в пределах нормы у всех больных, причем средние значения КТ в двух группах достоверно не различались.

Представленные данные, разумеется, не позволяют сделать далеко идущих выводов. Отметим лишь, что значительные колебания уровня ионизированного кальция как у разных больных, так и при динамическом наблюдении у одного и того же больного свидетельствуют о «расшатанности» кальциевого обмена при РА. Поэтому желательнее, чтобы лечение больных РА проводилось с учетом изменений кальциевого гомеостаза. Для этого необходимо изучить влияние антиревматических средств на кальцийрегулирующую систему, что и является одной из задач текущих исследований.

НИИ кардиологии им. Л. А. Оганесяна МЗ Армянской ССР,
ЦНИЛ Ереванского медицинского института,
Республиканский диагностический центр

Поступила 17/І 1987 г.

Ս. Վ. ԱՂԱԲԱՅՈՎ, Խ. Ս. ՍԱՅԱԴՅԱՆ, Գ. Ռ. ԳԱԲՐԻԵԼՅԱՆ, Ա. Վ. ԶԻԼՅԱՆ,
Մ. Ս. ԿԼՉՅԱՆ, Գ. Ս. ՄԽԻԹԱՐՅԱՆ

ԿԱԼՑԻՈՒՄ ԿԱՐԳԱՎՈՐՈՂ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՈՒՍՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅՈՒՆԸ
ՌԵՎՄԱՏՈՒԻԴ ԱՐԹՐԻՏԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ռեւատոիդ արթրիտով 23 հիվանդների մոտ (որոնցից 5-ը միաժամանակ ունեին և միզաքարային հիվանդություն) որոշվել է հարվահանազեղձային հորմոնի, կալցիտոնինի և իոնիզացված կալցիումի պարունակությունը շիճուկում: Պարզվել է, որ ռեւատոիդ արթրիտ և միզաքարային հիվանդություն ունեցող 5 հիվանդներից 3-ի մոտ առկա է գերհարվահանազեղձություն: Միզաքարային հիվանդություն չունեցող ռեւատոիդ արթրիտով տառապող հիվանդների խմբում, հակառակը, հայտնաբերվել է թերկալցիումէմիայի հակում: Ընդհանուր առմամբ ռեւատոիդ արթրիտին բնորոշ է կալցիում կարգավորող համակարգի անկայունությունը:

S. V. AGHABABOV, Kh. S. SAYADIAN, G. R. GABRIELIAN, A. V. ZILFIAN,
M. S. KLCHIAN, G. S. MKHITARIAN

THE STUDY OF THE CALCIUM-REGULATING SYSTEM IN RHEUMATOID ARTHRITIS

In patients with rheumatoid arthritis the levels of the parathyroid hormones and ionized calcium as well as of the calcitonin in the serum have been investigated.

It is established that in most of the patients with rheumatoid arthritis and urolithiasis there exists hyperparathyrosis as well.

It the group of the patients with rheumatoid arthritis without urolithiasis, on the contrary, the tendency towards hypocalcemia is observed.

For rheumatoid arthritis, in general, the unstable condition of the calcium-regulating system is peculiar.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сандян Х. С. В кн.: Нейрогуморальная регуляция иммунного гомеостаза. Л., 1986, с. 63.
2. Bramble M. G. et al. Br. Med. J., 1980, 281, 840.
3. Dunham J. et al. Ann. Rheum. Dis., 1982, 41, 569.
4. Harris Jr. E. D. In Textbook of Rheumatology. Philadelphia, 1981, II, 951.
5. Heaney R. P., Barger-Lux M. J. Triangle, 1985, 24, 91.
6. Heath H., Purnell D. C. В кн.: Нарушения обмена кальция. М., 1985, с. 225.
7. Kennedy A. C. et al. Ann. Rheum. Dis., 1979, 38, 401.
8. Maddison P. J., Bacon P. A. Br. Med. J., 1974, 2, 433.
9. Pecile A. Triangle, 1983, 22, 147.
10. Sambrook P. N. et al. Ann. Rheum. Dis., 1985, 44, 585.
11. Saville P. D., Kharmosh O. Arthritis Rheum., 1967, 10, 423.

УДК 616.351 : 615.839

Б. Г. САРКИСЯН, О. Я. ДАВТЯН, А. С. АГАБАЛЯН, Л. А. ДАНИЕЛЯН,
Л. У. НАЗАРОВ

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО И РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ПРИ НЕКОТОРЫХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Проведено исследование микрофлоры кишечного содержимого и раневого отделяемого при различных заболеваниях толстой кишки. Показано, что микрофлора кишечного содержимого при неспецифическом язвенном колите в основном представлена лактозонегативными и гемолитическими формами кишечной палочки. Наиболее часто встречаемой бактериальной флорой в раневом отделяемом при эпителиальных копчиковых ходах, свищах, парапроктитах являлся золотистый стафилококк.

Проблема бактериальной природы проктологических заболеваний не теряет своей актуальности на сегодняшний день. Сходство клинических проявлений многих воспалительных заболеваний толстой кишки с клиникой инфекционных поражений кишечника позволяет рассматривать инфекцию в качестве возможного этиологического фактора. Однако роль бактериальной инфекции в патогенезе указанных заболеваний окончательно не выяснена. Наиболее изученными в этом аспекте являются такие заболевания, как парапроктиты, прямокишечные свищи и эпителиальные копчиковые ходы, при которых в основном отмечают выделения кишечной палочки и золотистого стафилококка [1, 2, 5].

В связи с вышесказанным целесообразность изучения микрофлоры кишечного содержимого и раневого отделяемого при различных проктологических заболеваниях очевидна.

Обследовано 166 больных с различными поражениями толстой кишки: 52—с эпителиальными копчиковыми ходами (ЭКХ), 25—со свищами прямой кишки, 17—с парапроктитами, 31—с тотальным катаральным колитом (ТКК), 26—с левосторонним колитом (ЛК) и катараль-