

Гистероскопия в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия у женщин

В.В. БОНДАРЧУК, Л.П. КУЗЬМУК

Резюме. В статье приведены результаты использования гистероскопии в комплексной оценке состояния эндометрия у женщины с гиперпластическими процессами. В сравнительном аспекте проведена оценка результатов диагностических мероприятий с использованием гистерорезектоскопии. Гистероскопия позволила улучшить диагностику и одновременно расширить показания к органосохраняющим операциям и уменьшить частоту радикальных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: гистероскопия, эндометрий, гиперпластический процесс, полип.

Hysteroscopy in diagnostics and treatment of women with endometrium hyperplastic processes

V.V. BONDARCHUK, L.P. KUZMUK

Summary. The article provides results of hysteroscopy use in a complex assessment of endometrium state in women with hyperplastic processes. Assessment of the results of diagnostic actions with use of hysteroresectoscopy was carried out in relative aspect. Hysteroscopy enables to improve diagnostics and simultaneously to enlarge the indications for organ-preserving surgery, as well as to reduce frequency of radical surgical interventions.

Keywords: hysteroscopy, endometrium, hyperplastic process, polypus.

УДК 617.57-617.58/001-089.844

Принципи надання первинної хірургічної допомоги постраждалим з вогнепальними пораненнями кінцівок

**О.А. БУР'ЯНОВ, А.М. ЛАКША, І.С. САВКА,
Ю.О. ЯРМОЛЮК, С.А. ЦІВИНА, А.А. ЛАКША**

Резюме. В даному дослідженні наведено результати лікування 30 постраждалих з вогнепальними пораненнями кінцівок. Описано тактику надання хірургічної допомоги при пораненнях м'яких тканин та вогнепальних переломах.

Ключові слова: вогнепальні поранення кінцівок, хірургічна тактика, позавогнищевий остеосинтез.

У структурі сучасної бойової травми постраждалий з вогнепальними пораненнями кінцівок складають 62–72% санітарних втрат хірургічного профілю. Серед них особливе місце займають вогнепальні переломи,

лікування яких, незважаючи на досягнення військово-польової хірургії, є серйозною проблемою [2].

Вогнепальні переломи, отримані при пораненнях сучасними видами зброї, переважно носять уламковий (у 35–41% випадках) характер. Первинні дефекти кісток виявляють у 79,3% поранених, з них у 48,7% спостерігаються дефекти упродовж понад 3 см діафізу, а у 30,6% – понад 5 см [10].

У загальній структурі даних травм кінцівок переважають поранення легкі й середнього ступеня тяжкості (40,5 і 33,3% відповідно). Проте серед потерпілих з вогнепальними переломами легкі поранення і поранення середньої тяжкості складають менше 10%, переважають важкі і вкрай важкі поранення (у 85,4 та 5,5%) [4, 6].

На жаль, у даний час лікування постраждалих з вогнепальними переломами кісток кінцівок періодко супроводжується незадовільними результатами (остеомиєлітом, хибними суглобами, контрактурами, невротатіями та укороченням кінцівок у 8–19,6%), а у 11,8% випадків виконують ампутації [5, 9].

За сучасними уявленнями, вражаючи властивості снаряда, що раниць, залежать, з одного боку, від його швидкості польоту, маси, площі поперечного перерізу, міри стійкості при попаданні в тканини, схильності до деформації і фрагментації, величини кінетичної енергії у момент поранення, а з іншого – від структури і фізичних властивостей тканин, що ушкоджуються (їх щільності, пружності, еластичності і вмісту рідини). Проте результиуючим при цьому є кількість кінетичної енергії снаряду, що раниць, яка передається тканинам [7].

Необхідно підкреслити, що при пораненнях кінцівок з ушкодженням довгих кісток зростає вірогідність і частота фрагментації і деформації куль, що істотно збільшує міру передачі кінетичної енергії тканинам, а значить і руйнування їх [1].

Матеріали і методи

У травматологічному відділенні клініки ушкоджень Головного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (ГВМКЦ «ГВКГ») у період активного озброєного протистояння в м. Києві з 18 по 20 лютого 2014 р. було прооперовано 30 постраждалих з вогнепальними пораненнями кінцівок. Вік хворих коливався від 19 до 45 років (усі чоловіки). Із загального числа пацієнтів у 12 (40%) були поранення гомілки, у 8 (27%) – поранення стегна, у 7 (23%) – поранення плеча, у 3 (10%) – поранення передпліччя. Вогнепальні переломи довгих кісток кінцівок визначали у 12 (40%) постраждалих, поранення м'яких тканин – у 18 (60%) постраждалих.

Серед усіх різновидів переломів діагностовано: крайовий перелом – у 1, дірчатий перелом – у 1 та багатоуламковий – у 10 пацієнтів. За

природою травм переломи отримані внаслідок поранень із стрілецької зброї. Серед постраждалих з пораненнями м'яких тканин переважали поранення дробом, гумовими кулями та уламками від світло-шумових гранат. Усі хворі поступили в термін до 6 годин з моменту поранення.

Хірургічна тактика у постраждалих з пораненнями м'яких тканин. При множинних точкових пораненнях м'яких тканин, які не супроводжувалися пошкодженням судин, виконували туалет рани, який містив: обробку ран повідо-йодом, видалення елементів снарядів, що ранили, які лежали підшкірно, накладання асептичної пов'язки. Всім іншим постраждалим виконували первинну хірургічну обробку (ПХО) вогнепальних ран у термін до 2 годин з моменту поступлення. У постраждалих з пораненнями тільки м'яких тканин ПХО полягала у розсіченні рани в ділянці вхідного та вихідного кульових отворів, ревізії рапового капалу, видаленні нежиттєздатних тканин, досягання гемостазу, декомпресійної фасціотомії, дрнуванні. При цьому рану залишали відкритою. Далі проводили антибактеріальну, протизапальну та знеболюючу терапію і місцеве лікування. В наступному виконували щоденні перев'язки, а при відсутності ознак розвитку інфекційних ускладнень накладали первинно-відстрочні шви.

Хірургічна тактика у постраждалих з переломами довгих кісток. Зважаючи на те, що медичну допомогу постраждалим надавали в два етапи (на місці події та у спеціалізованому багатопрофільному лікувальному закладі), була використана концепція «бережливої» первинної хірургічної обробки вогнепальних переломів, спрямована на поліпшення функціональних результатів лікування і орієнтована на ранню спеціалізовану медичну допомогу [3, 8].

Цю концепцію зводили до наступних основних положень:

- використання первинного позавогнищевого остеосинтезу з подальшою заміною методу фіксації на занурений металоостеосинтез;
- при накладанні стержневих апаратів основна увага приділялася відновленню вісі кінцівки та збереженні довжини сегменту;
- у ході ПХО при вогнепальних переломах максимально зберігали кісткові уламки, а видаляли лише дрібні вільні кісткові уламки;
- обов'язковим елементом ПХО була декомпресія тканин у вигляді фасціотомії;
- рану після виконання ПХО вели відкрито з повторними хірургічними обробками, які виконували в термін від 24 до 48 годин;
- рани закривали первинно-відстроченими швами у термін до 7 діб.

Повторна хірургічна обробка містила в собі багаторазове промивання рани розчином декаметоксину, видалення нежиттєздатних тканин, нанесення дерматомних насічок на шкіру сегмента та накладання провізорних швів з незначним затягуванням для підготовки тканин до ушивання рани. Для запо-

бігання розвитку інфекційних ускладнень та пришвидшення її очищення використовували методи аспіраційного та промивного дренивання. Виконували багаторазові мікробіологічні дослідження виділень з рани із визначенням чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів. Базисна антибактеріальна терапія складалася з лінкоміцину та метронідазолу, а після отримання результатів мікробіологічного дослідження доповнювалася антибактеріальним препаратом із спектра чутливості. Окрім цього проводили знеболюючу, протизапальну, протинабрякову та антикоагулянтну терапію, фізіотерапевтичне лікування та лікувальну фізкультуру.

Результати та їх обговорення

Оцінюючи найближчі результати лікування постраждалих з вогнепальними пораненнями м'яких тканин кінцівок через 1,5 міс. після травми, ми відмітили відсутність інфекційних ускладнень та контрактур. У 3 постраждалих протягом цього терміну поступово регресували ознаки невротатії.

Оцінюючи найближчі результати лікування 12 постраждалих з вогнепальними переломами довгих кісток кінцівок, інфекційних ускладнень не відмітили. У 5 пацієнтів через 1,5 міс. після поранення зберігалися контрактури в колінному суглобі I ступеня, а у 4 – невротатії (у трьох – малоомілкового та у одного – великогомілкового нервів). У 3 пацієнтів з невротатією малоомілкового нерва ознаки невротатії поступово регресували.

Наводимо наступний клінічний приклад.

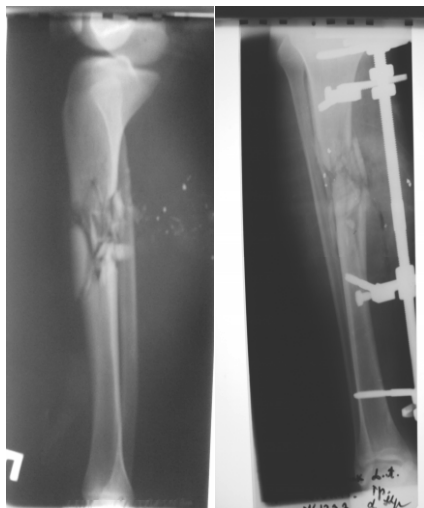


Рис. 1. Рентгенограми постраждалого С.

Постраждалий С., 1995 року народження, госпіталізований 20 лютого 2014 р. з діагнозом: вогнепальне наскрізне кульове поранення м'яких тканин верхньої третини правої гомілки з багатоуламковим переломом верхньої трстини правої великогомілкової кістки зі зміщенням уламків. Гострий компартмент-синдром фасціальних футлярів правої гомілки середнього ступеня. Посттравматична невротатія правого великогомілкового нерва.

Постраждалому виконано позавогнищевий черезкістковий остеосинтез стержневим апаратом зовнішньої фіксації та фасціотомія футлярів гомілки (рис. 1).

У подальшому пацієнт потребував етапних оперативних втручань – повторних хірургічних обробок з накладанням первинно-відстрочених швів (провізорні шви, дерматомні насічки), що відображено на рис. 2.



Рис. 2. Повторна хірургічна обробка запальних ран гомілки постраждалого С.

Упродовж 3 діб виконували промивні дренажування розчином декаметоксину з наступною аспірацією ранового вмісту. Встановлена внутрішньокісткова голка для введення антибіотика (рис. 3). Виконували щоденні перев'язки. Шви зняті на 10 добу (рис. 4).



Рис. 3. Вид на праву гомілку постраждалого С. після повторних хірургічних обробок

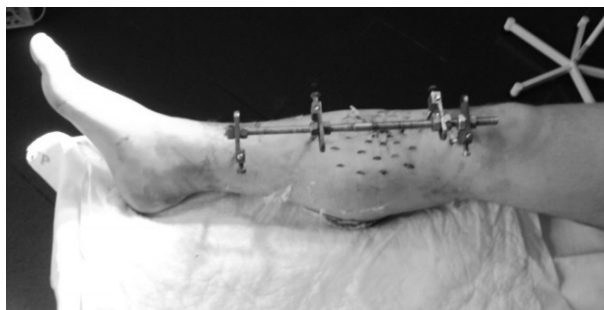


Рис. 4. Видяг сегмента постраждалого С. після загосня ран

Через 1,5 міс після вогнепального поранення апарат зовнішньої фіксації демонтований, викопана гіпсова іммобілізація (рис. 5).



Рис. 5. Демонтаж апарату зовнішньої фіксації у постраждалого С.

На 7 добу після загосня ран від стержнів пацієнту викопано оперативне втручання – блокований інтрамедулярний остеосинтез (рис. 6).



Рис. 6. Рентгенограми пацієнта С. після етапного хірургічного лікування.



Рис. 7. Функціональний результат лікування пацієнта С.

Застосування стапного хірургічного лікування постраждалого з вогнепальним пораненням кінцівки дало змогу досягти доброго функціонального результату (рис. 7).

Висновки

1. У структурі вогнепальних поранень кінцівок, які були отримані постраждалими в період озброєного протистояння в м. Кисві з 18 по 20 лютого 2014 року, поранення гомілки складали 40%, поранення стегна – 27, поранення плеча – 23, поранення передпліччя – 10%.

2. Застосування «бережливої» ПХО з обов'язковими повторними хірургічними обробками при двоетапному наданні медичної допомоги та використання концепції «первинна позавогнищева – вторинна внутрішня фіксація переломів» дало змогу уникнути розвитку інфекційних ускладнень у постраждалих з вогнепальними переломами довгих кісток і досягти добрих найближчих результатів лікування.

Літэратура

1. Брижань Л.К. Система лечения раненых с огнестрельными переломами длинных костей конечностей (клинико-экспериментальное исследование): автореф. дис. на соискание ученой, степени док. мед. наук: спец. 14.01.17, 14.01.15 Д 215.009.01 / Л.К. Брижань. – М. : Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации, 2010. – 33 с.
2. Новый взгляд на морфогенез огнестрельных переломов / А.А. Гайдаш [та ін.] // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2010. – № 4, вып. 1. – С. 81–87.
3. Дедушкин В.С. Всегда ли нужна хирургическая обработка огнестрельных переломов? / В.С. Дедушкин, А.А. Артсмыс // Огнестрельная рана и раневая инфекция. – Л., 1991. – С. 131–133.
4. Ерохов А.Н. Об особенностях начальной фазы раневого процесса на конечностях / А.Н. Ерохов // Амб. хир. – 2001. – № 3. – С. 17–21.
5. Двухэтажное лечение тяжелых открытых переломов голени / Г.М. Кавалерский [и др.] // Сборник тезисов IX съезда травматологов-ортопедов России. – Саратов, 2010. – Т. 1. – С. 155–156.
6. Полошкин С.В. Основные направления совершенствования хирургической тактики у раненых с тяжелой сочетанной огнестрельной травмой конечностей: дис. ... канд. мед. наук / Полошкин Сергей Вячеславович. – М., 2008. – 171 с.
7. Ткаченко С.С. Квалифицированная и специализированная хирургическая помощь раненым в конечности. Хирургическая помощь раненым по опыту войны в Республике Афганистан / С.С. Ткаченко, В.С. Дедушкин, А.И. Ерохов. Под общ. ред. проф. Э.А. Нечаева. – СПб., 1993. – С. 98–122.
8. Ткаченко С.С. Хирургическая обработка ран при огнестрельных переломах костей конечностей как проблема целостного организма / С.С. Ткаченко // Опыт советской медицины в Афганистане. – М., 1992. – С. 83–84.
9. Шаповалов В.М. Огнестрельный остеомиелит: монография / В.М. Шаповалов. – Морсар, 2000. – 142 с.
10. Шаповалов В.М. Современная концепция первичной хирургической обработки огнестрельной костно-мышечной раны / В.М. Шаповалов, А.К. Дулаев, А.П. Ерохов // Человек и его здоровье: Матер. Российского национального конгресса. – СПб., 1999. – С. 272–273.

Приципы оказания первичной хирургической помощи пострадавшим с огнестрельными ранениями конечностей

**О.А. БУРЬЯНОВ, А.М. ЛАКША, И.С. САВКА,
Ю.А. ЯРМОЛЮК, С.А. ЦИВИНА, А.А. ЛАКША**

Резюме. В данном исследовании приведены результаты лечения 30 пострадавших с огнестрельными ранениями конечностей. Описана тактика оказания хирургической помощи при ранениях мягких тканей и огнестрельных переломах.

Ключевые слова: огнестрельные ранения конечностей, хирургическая тактика, внеочаговый остеосинтез.

The approaches of rendering primary surgical aid for the victims with gunshot wounds of extremities

O.A. BURYANOV, A.M. LAKSHA, I.S. SAVKA,
Yu.A. YARMOLYUK, S.A. CYVINA, A.A. LAKSHA

Summary. *Results of treatment of 30 victims with gunshot wounds of extremities are given in this research. Tactics of rendering surgical aid for wounds of soft tissues and gunshot fractures is described.*

Keywords: *gunshot wounds of extremities, surgical tactics, extrafocal osteosynthesis.*

УДК 14.01.23

Возможности дополнительной локальной дозы при предоперационном облучении рака прямой кишки

А.И. БУТРИМ, Г.В. ЦВИГУН, О.В. КОЗАК,
И.В. ГОРОТЬ, М.Н. ТКАЧЕНКО, А.М. ТРЕМБАЧ

Цель работы – сравнение результатов облучения с применением пролонгированного режима по 2 Гр за фракцию и дополнительным подведением к опухоли 0,3 Гр локальной дозы за каждую фракцию (суммарно на параректальную клетчатку 46 Гр, лимфатические узлы-коллекторы – 40 Гр, патологический очаг – 51 Гр).

Материал и методы. Курс пролонгированного облучения получили 30 больных и аналогичный курс с дополнительным локальным облучением – 35 больных с аденокарциномой прямой кишки.

Результаты. 5-летняя выживаемость составила в первой группе 87%, во второй группе – 95%, полная регрессия имела место в 13 и 20% случаев, частичная регрессия – в 25 и 31% случаев (между группами во всех случаях $p > 0,05$). Рецидивы опухоли развивались в среднем во второй группе через 3 года (в первой группе – через 2,5 года).

Выводы. Показатели локального контроля и степени регрессии опухоли были одинаковыми при применении обоих режимов лучевой терапии; отмечено небольшое увеличение времени до развития рецидива при применении дополнительного облучения опухоли.

Ключевые слова: предоперационная лучевая терапия, рак прямой кишки.

При лечении рака прямой кишки лучевая терапия является составной частью протокола. Она служит снижению риска локального рецидива, достижению более радикальной резекции границ опухоли, а также важна при паллиативном лечении. Продолжаются исследования о возрастании