

метрия составила 8,8%. Показано, что наиболее информативными признаками хронического эндометрита является наличие микрополипов (не более 2 мм), особенно множественных, гиперэхогенных включений в эндометрии; увеличение толщины эндометрия и несоответствие его толщины фазе менструального цикла. При обнаружении на УЗИ полипов эндометрия размером менее 2 мм полученные данные свидетельствуют о необходимости исключения наличия хронического эндометрита, проведения противовоспалительной терапии и только в последующем направлении пациенток на гистероскопию.

Ключевые слова: полип эндометрия, эндометрит, УЗИ, дифференциальная диагностика, гистероскопия.

Korniyenko S.M.

ULTRASONOGRAPHY CRITERIA IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ENDOMETRIAL POLYPS AND CHRONIC ENDOMETRITIS

Summary. The aim of this study was to determine the accuracy of ultrasonography in the diagnosis of endometrial polyps and the development of criteria for a differentiated approach to the hysteroscopy. Hysteroscopic study was conducted of 160 women aged 35-53 years who are at transvaginal ultrasound was diagnosed with "endometrial polyp". Women with chronic endometritis (9 cases, 5.6%) were the main group and 146 women with a confirmed diagnosis of endometrial polyp - a comparison group. The frequency of false-positive diagnoses of endometrial polyp was 8.8%. It is shown that the most informative signs of chronic endometritis is the presence of micro polyps (2 mm), especially multiple, hyperechoic inclusions in the endometrium; increase in endometrial thickness and mismatch of the thickness of the menstrual cycle phase. Upon detection of ultrasound endometrial polyps smaller than 2 mm in the findings suggest the need to exclude the presence of chronic endometritis, of anti-inflammatory therapy, and only subsequently the direction of patients to hysteroscopy.

Key words: endometrium polyp, endometritis, ultrasound, differential diagnostics, hysteroscopy.

Рецензент - д.мед.н. проф. Корнацька А. Г.

Стаття надійшла до редакції 1.11.2016р.

Корнієнко Світлана Михайлівна - к.мед.н., наук. співроб. ДУ "Інститут педіатрії, акушерства та гінекології" НАМН України; kornisv@rambler.ru

© Кутовий О.Б., Люлько І.В., Кисілевський Д.О., Грицай Ю.В., Мірошніченко А.Ю.

УДК: 616.13-007.272-002-089

Кутовий О.Б.¹, Люлько І.В.¹, Кисілевський Д.О.¹, Грицай Ю.В.¹, Мірошніченко А.Ю.²

¹ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗ України", кафедра хірургії №2 (вул. В. Вернадського, б. 9, м. Дніпро, Україна, 49000), ²КЗ "Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова" (пл. Соборна, б. 14, м. Дніпро, Україна, 49000)

ВИКОРИСТАННЯ ЕНДОВАСКУЛЯРНИХ МЕТОДІВ У ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ОКЛЮЗІЙНИМИ УРАЖЕННЯМИ АРТЕРІЙ

Резюме. Проведено аналіз лікування 367 пацієнтів з оклюзуючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок атеросклеротичного генезу. Усім пацієнтам цієї групи були виконані рентген-ендоваскулярні втручання. Не вдалося досягти реканалізації атеросклеротичного ураження артерії у 21 хворого. У цих випадках виконували відкриті втручання. 30 хворим була проведена тільки ангіографічна діагностика в зв'язку з подовженим ураженням магістральної артерії, яке сягало більше 8 см. У ранньому післяопераційному періоді спостерігали п'ять випадків підшкірних гематом у місці пункції. У віддаленому рестенози в семи випадках. У даному дослідженні підтверджено, що ендоваскулярні методи лікування оклюзійних захворювань артерій нижніх кінцівок є ефективними у хворих з подовженим ураженням менше 8 см.

Ключові слова: атеросклероз, цукровий діабет, ендоваскулярні втручання.

Вступ

Мультифокальним атеросклерозом хворіє до 80% дорослого населення віком старше 70 років. Оклюзійні захворювання периферійних артерій (ОЗПА) нижніх кінцівок на тлі атеросклерозу та цукрового діабету також уражують людей віком від 40 років [5, 6].

В останнє десятиліття для корекції ОЗПА все ширшого застосування в світі набуває ендоваскулярна хірургія. Своєю високою технологічністю та малоінвазивністю реконструктивні ендоваскулярні операції здатні покращити результати за рахунок зменшення частоти тромбозів після втручання [6]. До переваг також можна віднести можливість виконання повторних ендоваскулярних операцій у одного пацієнта в зоні первинного втручання, короткий термін госпіталізації, відсутність необхідності використання загального знеболення та його ймовірного ускладнення, можливість в подальшому провести

відкрити реконструкцію, короткий період реабілітації та мінімальна летальність [3, 8]. Покращенню віддалених результатів сприяє, також, використання саморозкриваючихся стентів з медикаментозним покриттям [1].

Але, незважаючи на високу ефективність та мінімальні можливі ускладнення, досвід ендоваскулярних втручань на даний час є недостатнім [7].

Мета - аналіз результатів використання рентген-ендоваскулярних втручань у лікуванні пацієнтів з оклюзійними захворюваннями периферичних артерій нижніх кінцівок.

Матеріали та методи

Нами у клініці хірургії №2, відділенні судинної хірургії та ендоваскулярному центрі КЗ "Обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова" м. Дніпро проведено аналіз ліку-

вання 1685 пацієнтів з оклюзуючими захворюваннями артерій нижніх кінцівок атеросклеротичного ґенезу та з діабетичною макроангіопатією за період 2011 - 2015 рр. Серед хворих було 270 (72%) чоловіків та 106 (28%) жінок. Середній вік склав 67±9 років. З усіх пацієнтів цієї групи в 367 (21,78%) випадках були виконані рентген-ендоваскулярні втручання за допомогою ангіографічного комплексу "Philips Integris V3000".

Основною умовою ендovasкулярних методик була можливість введення провідника через оклюзію або стеноз. За умови цього виконували балонну ангіопластику та стентування. Додатковими факторами, щодо застосування даних методик, були тяжкий загальний стан хворого, важка супутня кардіальна патологія, раніше перенесені інсульти, інфаркти, коротка оклюзія до 8 см, сегментарні (поодинокі) стенози. Протипоказаннями до виконання ангіографічних досліджень були: декомпенсована форма цукрового діабету, важка гостра та хронічна ниркова недостатність, побічні реакції на контрастну речовину в анамнезі.

Згідно з рекомендаціями TASC II, щодо ендovasкулярних методик при захворюваннях периферичних судин на основі характеристик їх уражень, первинне розміщення стента, як правило, використовували в якості початкового втручання для клубових, ниркових, підключичних стенозів [7]. Стентування завжди виконували вторинно, після балонної ангіопластики (БАП), коли залишковий стеноз артерії становив не більше 30%, враховуючи особливості та локацію артерії (місця в області суглобів, діаметри артерій).

Варіантами вибору мініінвазивних методик, щодо факторів диференціювання "балон+стент" або тільки "балон-катетер" були: великий діаметр судин (здухвинні артерії з елементами кальцинозу), артерії з ускладненими бляшками (виразкуватість, нерівні контури), раніше імплантований стент. В трьох випадках, використовувався спеціальний саморозкриваючийся стент з медикаментозним наплення [6]. Дані стенти були встановлені в складних місцях: біфуркаційних та протяжних стенозах. При неможливості проходження стенозу провідником перевагу надавали субінтимальній методиці реканалізації артерій гомілки, яка була виконана у 8 (2,1%) хворих.

Результати. Обговорення

За аналізом результатів лікування відновлення прохідності магістральних судин за умов використання ендovasкулярних втручань було виконано в 337 (91,8%) випадках. Не вдалося досягти реканалізації атеросклеротичного ураження артерії у 21 (5,7%) хворого, в зв'язку з розташуванням бляшки в місті біфуркації загальної стегнової артерії у 4 (1,1%) пацієнтів, підвищеною щільністю ураження та кальцинозу стінки у 17 (4,6%). У цих випадках виконували відкриті втручання. 30 хворим була проведена тільки ангіографічна діагностика в зв'язку з подовженим ураженням магістральної артерії,

Таблиця 1. Кількість та характер ендovasкулярних втручань.

Вид втручання	Роки					Всього
	2011	2012	2013	2014	2015	
Стентування АНК	30	16	30	29	20	125
Ангіопластика стенотичних уражень АНК	26	31	38	26	29	150
Реканалізацій хронічних оклюзій АНК з балонною ангіопластиком	0	0	12	19	2	33
Реканалізація артерій гомілки			1	2	5	8
Ангіографії		15	8	20	8	51
Усього:	56	62	89	96	64	367

Примітка. АНК - артерії нижніх кінцівок.

яке сягало більше 8 см. Операції які були виконані цим пацієнтам наведені в таблиці 1.

Ранні післяопераційні ускладнення спостерігались у 5 (1,36%) випадках у вигляді підшкірних гематом у місці проведення пункції, що не потребувало хірургічної корекції. Інших ускладнень з боку уражених судин ми не спостерігали як при ендovasкулярних ангіопластиках так і при використанні субінтимальної методики.

Також ми провели відтерміноване спостереження за хворими впродовж двох років. На протязі цього часу усі пацієнти отримували консервативну подвійну антитромбоцитарну терапію (Аспірин та Клопідогрель). Тромбозів стентів, чи їх дислокацій не спостерігали. Стенозів, що потребували додаткового втручання або відкритої операції задля їх корекції виявлено в 7 (1,9%) випадках. П'яти (1,36%) хворим було проведено двохетапне втручання: 1 етап - ендovasкулярне із стентуванням здухвинних артерій, а другим відкрита пряма ревазуляризація (перехресне стегново-стегнове або стегново-підколінне шунтування). У двох (0,5%) пацієнтів стенти були вилучені. У першого це було пов'язано з розташуванням бляшки одразу над стентом, що не дало змогу перекрити кровоплин в артерії для виконання відкритої ендартеректомії, а у другого - важка облітерація стента.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ендovasкулярні методи лікування хворих з оклюзійними захворюваннями периферичних артерій довели їх високу ефективність, малотравматичність, низький рівень ускладнень у ранньому післяопераційному періоді, які не потребували активної хірургічної тактики. Це дозволило скоротити перебування хворого на ліжку, що становило 2,4 дні.

Перспективним є подальше поглиблене вивчення ефективності ендovasкулярних методів лікування хворих з оклюзійними захворюваннями периферичних артерій.

Список літератури

1. Бирюков С. А. Эндovasкулярная баллонная ангиопластика подколенной и берцовых артерий при атеросклеротическом поражении / С.А. Бирюков, Ю.А. Алферов, П.Г. Швальб // Как улучшить результаты лечения больных с заболеваниями сосудов: тезисы докл. // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2008. - Т. 15, № 2 (приложение). - С. 37-38.
2. Затевахин И. И. Баллонная ангиопластика при ишемии нижних конечностей: монография / Затевахин И.И., Шиповский В.Н., Золкин В.Н. - М.: Медицина, 2004. - 252 с.
3. Клиническая ангиология: руководство; под ред А.В. Покровского [в 2 т.]. - М.: ОАО Изд-во Медицина, 2004. - Т. 1. - 808 с.
4. AGATHA Investigators. Ankle-brachial index and extent of atherosclerosis in 8891 patients with a risk of vascular disease: results of the international AGATHA study / F.G. Fowkes, L.P. Low, S. Tuta, J. Kozak // Eur. Heart J. - 2006. - Vol. 27 (15). - P. 1861-7.
5. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics - 2014 update: a report from the American Heart Association // A.S. Go, D. Mozaffarian, V.L. Roger [et al.] // Circulation. - 2014. - Vol.21. - P. 129 (3).
6. Convention alballoon angioplasty versus peripheral cutting balloon angioplasty for treatment of femoropopliteal artery in-stent restenosis: initial experience / P. Dick, S. Sabeti, W. Mlekusch [et al.] // Radiology. - 2008. - Vol. 248 (1). - P. 297-302. [Medline]
7. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II) / L. Norgren, W.R. Hiatt, J.A. Dormandy [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2007. - Vol. 45. - S. 5-67.
8. Predictors of Failure and success of tibial intervention for critical limb ischemia / N. Fernandez, R. McEnaney, L.K. Marone [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2010. - Vol. 52, № 4. - P. 834-842.

Кутувий А.Б., Люлько И.В., Кисилевский Д.А., Грицай Ю.В., Мирошніченко А.Ю.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОККЛЮЗИОННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ

Резюме. Проведен анализ лечения 367 пациентов с окклюдизирующими заболеваниями артерий нижних конечностей атеросклеротического генеза. Всем пациентам этой группы были выполнены рентген-эндоваскулярные вмешательства. Не удалось добиться реканализации атеросклеротического поражения артерий у 21 больного. В этих случаях выполнялись открытые вмешательства. 30 больным была проведена только ангиографическая диагностика в связи с протяженным поражением магистральной артерии, которая превышала 8 см. В раннем послеоперационном периоде наблюдали в 5 случаях подкожную гематому в месте пункции. В отдаленном - рестенозы у семи больных. В данном исследовании подтверждено, что эндоваскулярные методы лечения окклюдизирующих заболеваний артерий нижних конечностей эффективны у больных с протяженностью поражения менее 8 см.

Ключевые слова: атеросклероз, сахарный диабет, эндоваскулярные вмешательства.

Kutovyi O.B., Lulko I.V., Kysilevskiy D.O., Gritsay Y.V., Miroshnichenko A.Y.

THE USE OF INTERVENTIONAL VASCULAR RADIOLOGY WAY OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE

Summary. The treatment of 367 patients with occlusive peripheral arterial disease of the atherosclerosis lower limbs origin was analyzed. For all patients invasive radiologic vascular interventions were performed. In 21 cases recanalization of atherosclerotic disease was not achieved. In these cases open surgery was performed. For 30 patients only angiographic diagnosis was made due to the prolonged main artery invasion which reached more than 8 cm. Along early term after operation we observed 5 cases of skin hematoma. In long run there were solely 7 case of disease recurrence. In this research the fact was confirmed that invasive radiology way of the treatment of occlusive lower limbs arteries disease is effective for patients with prolonged invasion, which is less than 8 cm.

Key words: atherosclerosis, diabetes, invasive radiology interventions.

Рецензент - д.мед.н., проф. Олійник О.Є.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2016 р.

Кутувий Олександр Борисович - д.мед.н., проф., зав. кафедрою хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(095)3486713; prof.kutovoy@gmail.com

Люлько Іван Володимирович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(050)5717221; drkis_md@i.ua

Кисилевський Дмитро Олексійович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(050)6084885; drkis_md@i.ua

Грицай Юрій Вікторович - асистент кафедри хірургії №2 ДЗ "Дніпровська медична академія МОЗУ"; +38(096)9743686; yuriy.gritsay.dsma@gmail.com

Мірошніченко Андрій Юрійович - зав. рентген-хірургічним блоком рентген-діагностичного відділення обласної клінічної лікарні ім. Мечникова; +38(050)5916570; miroshnichenk.a@gmail.com

© Шапринський В.О., Дзьоба А.І.

УДК: 001.895:[617.542+617.55]:616-089.168.

Шапринський В.О., Дзьоба А.І.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЕНДОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ МЕЛЛОРИ-ВАЙССА