

ЛИТЕРАТУРА

1. Перипротезная инфекция при эндопротезировании тазобедренного сустава /В. Мурылев[и др.] // Научно-практический журнал «Врач». – 2018. – № 3. – С. 17–21.
2. Факторы риска развития перипротезной инфекции после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава/ А. А. Мясоедов [и др.] // Журнал «Травматология и ортопедия России». – 2020. – № 26 (1) – С. 40–47.
3. Organism profile in periprosthetic joint infection: pathogens differ at two arthroplasty infection referral centers in Europe and in the United States / V. K. Aggarwal [et al] // J Knee Surg. – 2014. – № 27 (5) – P. 399–406.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГРАНУЛЕЗОКЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧНИКОВ

Шалик Д. Д., Савич А. А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Савоневич Е. Л.

Актуальность. Гранулезоклеточные опухоли яичников относят к редким опухолям, составляющих 1,2 % от всех первичных новообразований в яичниках. В Гродненской области с женским населением около 550 тыс. гранулезоклеточные опухоли диагностируют в среднем у 8-9 женщин в год, что достигает 6 % от случаев всех злокачественных новообразований яичников. Хирургический метод на данный момент времени является основным методом лечения гранулезоклеточных опухолей яичников. Однако только при IA стадии его считают достаточным, так как пятилетняя выживаемость составляет 93-100 %. При более распространенном опухолевом процессе показано проведение курсов адъювантной химиотерапии. Гранулезоклеточные опухоли яичников взрослого типа встречаются чаще: 95 % (по данным R. Scully). Рядом исследователей они считаются непрогнозируемыми опухолями, т. к. их злокачественный потенциал и достоверные клинко-морфологические факторы прогноза окончательно не определены. Факторами риска рецидива заболевания являются органосохраняющие операции, большой размер опухоли и разрастания опухоли по брюшине.

Цель. Изучить особенности клинического течения и результатов лечения гранулезоклеточных опухолей яичников, оценить необходимость оптимизации тактики ведения пациенток с данной патологией яичников.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 39 пациенток с гранулезоклеточными опухолями яичников взрослого типа, которые с 2007 по 2012 годы проходили лечение в Гродненской университетской клинике. Средний возраст женщин на момент установления

диагноза составил 54,2 года. У всех пациенток диагноз подтвержден морфологическим исследованием удаленной опухоли.

Результаты и их обсуждение. Среди 39 женщин возраст самой молодой, включенной в исследование, составлял 28 лет. В возрасте до 40 лет заболели 5 женщин (13 %), 40-49 лет и 50-59 лет – по 10 человек (26 %). В группе старше 60 лет заболевание было выявлено у 14 пациенток (36 %). В сохранении репродуктивной функции были заинтересованы лишь две пациентки, на момент установления диагноза 19 женщин были в постменопаузе. Таким образом, гранулезоклеточные опухоли яичников чаще развиваются у женщин в пери- и постменопаузе.

В исследуемой группе преобладали начальные стадии заболевания: I стадия была у 17 обследованных (44 %), II – у 7 (18 %), III – у 9 (23 %), IV – у 1 (3 %). В 5 случаях стадия заболевания не установлена. В двух наблюдениях (пациентки 64 и 78 лет) при хирургическом лечении был диагностирован рак эндометрия, что подтверждает высокий риск развития синхронного гормонозависимого рака эндометрия при эстрогенпродуцирующих опухолях яичников в постменопаузе. Рак молочной железы был выявлен у женщины 63 лет спустя 2 года после лечения гранулезоклеточной опухоли. Радикальное хирургическое лечение проведено 34 женщинам, при этом в 12 случаях на первом этапе оперативное вмешательство было выполнено в объеме аднексэктомии/цистэктомии, в 11 случаях – в гинекологических отделениях городских или районных больниц. Еще 5 женщинам с IA стадией заболевания была проведена аднексэктомия либо цистэктомия. Аджьювантная химиотерапия проведена в 21 случае (от 1 до 6 курсов). За время наблюдения среди пациенток без химиотерапевтического лечения в анамнезе рецидивов заболевания не было.

Пятилетняя выживаемость в исследованной группе составила 90 %, однако, спустя 5 лет от основного заболевания умерли еще 5 (13 %) пациенток. Рецидивы заболевания развились у 26 % пациенток, при этом они чаще возникали при III стадии заболевания. Спустя 5-10 лет от момента постановки диагноза 5 пациенткам исследуемой группы были проведены вторичные циторедуктивные операции. При IV стадии заболевания с метастатическим поражением плевры пациентка умерла через 27 месяцев от момента выявления гранулезоклеточной опухоли с железисто-папиллярным раком в яичниках.

Выводы. Эффективность лечения гранулезоклеточных опухолей яичников взрослого типа во многом зависит от распространенности опухолевого процесса и радикальности проводимой операции. Особенности течения и морфологии гранулезоклеточных опухолей яичников диктуют необходимость взвешенных подходов к проведению органосохраняющих операций, интенсивности проводимой аджьювантной химиотерапии и длительности наблюдения за пациентками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герфанова, Е. В. Опухоли женской репродуктивной системы : учебное пособие / Е. В. Герфанова[и др.] ; под ред. В. В. Герфанова.– М., 2015. – С.70–75.

2. Диссаи, Ф. Дж. Клиническая онкогинекология : Руководство для врачей / Ф. Дж. Диссаи, У.Т. Крисман; пер. с английского Е. Г. Новиковой; под ред. Ф. Дж. Диссаи. – М. : Практическая медицина, 2012.– Т. 3. –346 с.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРА

Шамрук Д. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Богданович И. П.

Актуальность. По данным Всемирной Организации Здравоохранения перелом шейки бедренной кости составляет 6 % от всех переломов опорно-двигательного аппарата. Наибольшую опасность данная травма представляет для пациентов пожилого возраста, чему способствует наличие сопутствующей терапевтической патологии. Длительный постельный режим приводит к развитию гипостатической пневмонии, увеличивает риск тромбоэмболических осложнений, что ведет к увеличению летальности среди пациентов данной группы [1].

Избежать осложнений можно путем выполнения хирургического вмешательства в ранние сроки. Однако увеличение числа проводимых операций по лечению данной патологии обусловленное внедрением новых методик, также приводит к росту числа осложнений, влияющих в различной степени на результат лечения. Применение остеосинтеза зачастую не позволяет достичь точной репозиции костных отломков, не всегда применяются рациональные способы фиксации перелома.

При этом также относительно велика доля инфекционных осложнений, которая составляет около 25 %, от всех фактов инфицирования, связанного с оказанием медпомощи. Инфекции проявляются в период нахождения в лечебном учреждении, либо непосредственно после выписки из стационара. Они негативно влияют на общий результат лечения, увеличивая сроки госпитализации, а, следовательно, и расходы на оказание медицинской помощи [2].

С увеличением количества оперативных вмешательств при переломах шейки бедра также увеличивается и вероятность летальных исходов, которая составляет до 3,6 %. По имеющимся данным ВОЗ, эта проблема до сих пор ни решена ни в одной стране мира. В связи с чем актуальность разработки новых способов лечения и внедрение современных технологических решений сохраняется по сегодняшний день [3].

Снижение риска инфицирования пациента в период лечения является задачей номер один. При этом главным в этом вопросе является неукоснительное соблюдение требований инфекционной безопасности и санитарных норм. Кроме того, необходимо тщательное изучение причин и