



Мета лікування інфекційного артрити – санація вогнища інфекції та рання ремобілізація. Артроскопічне лікування запропоновано JARRET в 1981 р. Доцільність при локалізації процесу тільки в межах суглоба. Задача артроскопії при інфекційному артриті - декомпресія механічне очищення суглоба промиванням видалення некротичних тканин, фібрину. Repeted endoscopic lavag – повторне промивання через артроскопічну шахту великим об'ємом рідини (не менше 6 -10 літрів, контроль гідростатичного тиску). Встановлення вакуум дренажа. Постановка постійного промивного дренажа з відсмоктувачем і подальшим промиванням, якщо на думку хірурга одного промивання не достатньо.

Отже, комплексне застосування оптико-лазерних методик дослідження мікроскопічних зображень плівки синовіальної рідини поряд із загальноприйнятими методами обстеження дозволяє значно прискорити об'єктивну діагностику та диференціацію патологічних станів суглобів. Артроскопічне лікування інфекційного артрити на ранніх стадіях дозволяє адекватно санувати вогнище інфекції методом лаважу. Малоінвазивність методу зменшує нервовотрофічні розлади в запаленому суглобі. Значно зменшується потреба в іммобілізації, що дозволяє скоріше приступити до ремобілізації та відновного лікування.

Васюк В.Л., Марчук О.Ф., Зінченко А.Т. ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТРАНЗИТОРНИХ СИНОВІТІВ У ДІТЕЙ

*Кафедра травматології та ортопедії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність дослідження обумовлена тим, що транзиторний синовіт достатньо часто зустрічається у вигляді короткочасного неспецифічного запалення синовіальної оболонки кульшового, рідше колінного суглобів у дітей, частіше у хлопчиків. Розвиток процесу часто пов'язують з невеликою травмою або захворюванням з невисокою субфебрильною температурою, наприклад бактеріальні захворювання дихальних шляхів і порожнини рота (тонзиліти, фарингіти): при тривалій ходьбі. Транзиторний синовіт суглобів у дітей трапляється досить часто, однак патогенез цього захворювання практично не вивчений. В основному, синовіт розвивається у дітей від півтора років і до періоду статевого дозрівання.

Метою нашої роботи було визначити основні відмінності в діагностичних критеріях характерних для транзиторного синовіту на основі аналізу 267 випадків.

З 2013 по 2015 роки у відділенні дитячої травматології лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці проліковано 267 дітей з діагнозом «коксит», серед них 152 хлопчики та 115 дівчаток. Середній вік становив $5,0 \pm 2,7$ років. Виділено чотири клінічні групи. До першої клінічної групи увійшли діти, у яких після обстеження не знайдено особливих змін у лабораторно-інструментальних показниках. Тому було встановлено діагноз – транзиторний синовіт. До другої клінічної групи увійшли 18 дітей, у яких було встановлено ювенільний ревматоїдний артрит. До третьої групи увійшли 12 дітей з хворобою Пертеса. До четвертої клінічної групи увійшло 65 дітей з юнацьким епіфізоолізом, гематогенним остеомієлітом та пухлинами.

За нашими спостереженнями транзиторний синовіт відрізняється гострим початком і стрімким розвитком. З'являється біль у ранкові години, активні та пасивні рухи в суглобі обмежені, що нагадує клініку ювенільного ревматоїдного артрити. Дитині стає складно виконувати рухи в суглобі, більш того, часто вона намагається зафіксувати ногу в шадному положенні. Кінцівка знаходиться в положенні згинання, приведення і внутрішньої ротації, в той час як дитина чинить опір будь-яким спробам пасивних рухів через м'язовий спазм. Цей процес зазвичай односторонній, хоча зрідка може бути і двостороннім. У цих дітей майже завжди відзначаються кульгавість і болючість суглоба при пальпації. Температура зазвичай нормальна або злегка підвищена і рідко буває високою. Як правило, тривалість захворювання – 10-14 днів.

При оцінці даних лабораторних досліджень звертає на себе увагу практично повна відсутність змін показників як в загальному, так і біохімічному аналізах крові. Також інтактними залишаються гостро фазові показники С-реактивного протеїну, антистрептолізин-О, сіалові кислоти та інші. Це дозволяє виключити велику кількість запальних та деструктивних захворювань суглобів. При рентгенографії може візуалізуватися розширення суглобової щілини, а при проведенні ультразвукового дослідження суглобів – збільшення кількості синовіальної рідини. У разі сумнівів показані пункція суглоба і посів синовіальної рідини, проведення магнітно-резонансної томографії уражених суглобів.

Таким чином, диференційований підхід до діагностики та лікування дітей з діагнозом «коксит» дозволив виділити клінічні групи з уточненими діагнозами, від яких залежала подальша лікувальна тактика.

Гирла Я.В.

РЕЦИДИВ ГІПЕРТИРЕОЗА У ОПЕРОВАНИХ ХВОРИХ ІЗ ТОКСИЧНИМИ ФОРМАМИ ЗОБА: ДЕЯКІ ПРИЧИНИ, ЙМОВІРНІ ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ

*Кафедра хірургії № 1
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Після оперативного втручання з приводу різних форм тиреотоксичного зоба у більшості пацієнтів, у післяопераційному періоді виявляються функціональні порушення щитоподібної залози (ЩЗ) різного ступеня важкості. Серед них, найбільш частим, є зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), яка залежно від обсягу



оперативного втручання, зустрічається від 10 до 70% випадків. Також, на високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 15-18% випадків оперованих хворих.

У зв'язку із наведеними даними, метою нашої роботи було виявлення деяких ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та окреслення можливих способів його корекції.

Обстежено 46 хворих, які були оперовані з приводу різних форм тиреотоксичного зоба. Обсяг оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози. Серед обстежених, у 22 пацієнтів (47,8%) у післяопераційному періоді порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 15 хворих (32,6%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 9 (19,5%) пацієнтів. Для уточнення можливих причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Виявлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантними системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з $5,71 \pm 0,132$ до $15,31 \pm 0,131$ мкм/л; окиснювальної модифікації білків з $1,38 \pm 0,021$ до $1,44 \pm 0,015$ од.опт.густ./мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з $23,37 \pm 0,462$ до $19,06 \pm 0,661$ мкмоль/хв.л; глутатіону відновленого з $1,03 \pm 0,024$ до $0,76 \pm 0,032$ мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з $55,02 \pm 0,241$ до $47,55 \pm 0,072\%$).

Встановлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ($56,01 \pm 1,832\%$ проти $61,99 \pm 1,121\%$ у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ($32,28 \pm 1,722\%$ проти $16,74 \pm 0,773\%$ відповідно), значиме зростання концентрації IgG ($13,06 \pm 1,412$ проти $10,26 \pm 0,154$ г/л) та ЦІК ($124,14 \pm 15,434$ проти $70,02 \pm 4,051$ г/л). Вірогідно зростали рівні АТ-ТПО ($156,07 \pm 66,933$ проти $31,48 \pm 5,516$ МО/мл; $p < 0,01$) та АТ-ТГ ($305,91 \pm 57,017$ проти $89,6 \pm 8,81$ МО/мл; $p < 0,01$).

Проведено аналіз залежності рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 9 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання однобічної субтотальної резекції ЩЗ (5 випадки) та гемітиреоїдектомії (4 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (22 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (15 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреоїдні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набуваючи антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Гресько М. М.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Лапароскопічна діагностика – кінцевий етап логічного мислення хірурга. Застосування лапароскопа для діагностики патології органів черевної порожнини – це достовірний і малотравматичний метод, який в останні десятиріччя набуває все більшого застосування. Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють провести диференціальну діагностику гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування.

В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

З цієї метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію. У дослідженні взяло участь 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих).