



Одним з основних засобів профілактики таких ускладнень є дренажування анастомозу. Для цього використовують виведення зовнішніх дренажів, залишення «загублених» чи «скритих» трубок, комбіноване дренажування. Основними з них залишаються способи Saupol, Smith та їхні модифікації. Проте жоден з відомих методів не дає достатнього ефекту. Основною метою дренажування анастомозів є декомпресія і відведення жовчі. Це знижує тиск у ділянці анастомозу, за рахунок чого покращується мікроциркуляція в тканинах органів, що зшиваються.

Метою нашого дослідження стала оцінка ефективності розробленого способу дренажування гепатикоєюноанастомозів.

Одним з найбільш складних і дискусійних питань при цьому є профілактика різних післяопераційних ускладнень, що виникають після накладання білідигестивних анастомозів, в першу чергу, після використання гепатикоєюностомій. Одним з основних засобів профілактики таких ускладнень є дренажування анастомозу. Для цього використовують виведення зовнішніх дренажів, залишення «загублених» чи «скритих» трубок, комбіноване дренажування. Основними з них залишаються способи Saupol, Smith та їхні модифікації. Проте жоден з відомих методів не дає достатнього ефекту. Основною метою дренажування анастомозів є декомпресія і відведення жовчі. Це знижує тиск у ділянці анастомозу, за рахунок чого покращується мікроциркуляція в тканинах органів, що зшиваються. Відведення жовчі зменшує процеси руйнування фібрину і активацію кишкових ферментів, які беруть участь в цьому. Таким чином поліпшуються умови для регенерації. Окрім цього, дренажна трубка створює каркас, який запобігає звуженню анастомозу.

Зовнішні дренажі забезпечують виведення жовчі та зниження тиску в просвіті анастомозу. Проте застосування трубок більшого діаметру, які створюють надійний каркасний ефект, може призводити до виникнення ускладнень після видалення дренажу. Застосування внутрішнього дренажування за допомогою «забутих» трубок дає лише каркасний ефект. Не забезпечується відведення жовчі й декомпресія зони анастомозу, а тривалість знаходження трубки неможливо проконтролювати.

В клінічних умовах метод використаний у 10-х пацієнтів. У чотирьох з них було субопераційне пошкодження спільної печінкової протоки типу I-II за Bismuth-Strasberg. У трьох хворого був синдром Mirizzi IV типу. У трьох випадках була неспроможність швів попередньо накладеного холедоходуоденоанастомозу. У всіх пацієнтів виконана гепатикоєюностомія за типом Roux. У пацієнтів видалення дренажних трубок проводили за відсутності явищ холангіту, через 12-15 діб, після виконання холангіографії. У кожному випадку виявлено вільне проходження контрасту у внутрішньопечінкові протоки і у кишку.

У жодного хворого не виникло неспроможності швів чи явищ холангіту. У 1 пацієнта з ожирінням у зв'язку з довгою залишеною в межах черевної стінки частиною трубки її у просвіт кишки проштовхнули тонким зондом. У жодному випадку не виникло кишкової нориці чи нагноєння рани. Відходження частини трубки з калом зафіксували у 2 хворих через 4-5 діб після видалення. При спостереженні у віддалений термін (до 1 року) не виявлено ознак рубцевої структури анастомозу.

Звичайно, невелика кількість спостережень не дає змоги робити чіткі висновки. Однак кількість таких хворих, загалом, невелика, а перші результати застосування дренажу свідчать про можливість подальшого широкого застосування.

**Бродовський С.П.**

## **МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В ЛІКУВАННІ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ КУПРИКОВИХ ХОДІВ**

*Кафедра хірургії № 1*

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

Гострі гнійно-запальні захворювання навколорямкишкової клітковини, якими є різні форми гострого запалення параректальної ділянки, складають 0,5-4 % від загальної кількості хворих хірургічного профілю і 21-50 % всіх проктологічних хворих. Епітеліальний куприковий хід (піленеальний синус, пілонідальна кіста, ектодермальний крижово-куприковий синус) – захворювання, на яке страждає 5-7 % дорослого населення працездатного віку, складас 1-2 % від усіх хірургічних захворювань і від 8,5 до 53,4 % колопроктологічної патології. Захворювання розвивається переважно в осіб молодого працездатного віку (16-40 років), викликає тривалу втрату працездатності, що і визначає соціальну значимість проблеми.

Одним з найсучаснішим лікуванням є використання радіохвильової хірургії. Сургітрон – це сучасний радіо хірургічний апарат, розроблений фірмою «ELLMAN International» (США). Його успішно використовують в гінекології, хірургії, дерматокосметології, проктології, урології. Ефективність його забезпечується – прискореним загоюванням ран. Тому, метою роботи було порівняти лікування епітеліальних куприкових ходів методом радіохвильової хірургії та електрокоагуляції.

Основу роботи складають результати обстеження і лікування 30 пацієнтів із різними формами епітеліальних куприкових ходів (ЕЛХ), які перебували на стаціонарному лікуванні в проктологічному відділенні обласної клінічної лікарні м. Чернівці впродовж 2015-2017 рр. З них – 23 чоловіків та 7 жінки. Вік хворих коливався в межах 17-74 р. Всі пацієнти лікувались хірургічним способом. Поділено на дві групи. До першої групи – основній (16) належать пацієнти, яким проводили висічення куприкових ходів за допомогою радіохвильової хірургії апаратом «SURGITRON». У другій групі – контрольній (14) проведено радикальне висічення куприкових ходів методом електрокоагуляції.

Після проведених оперативних втручань у пацієнтів першої (основної) групи відмічено зменшення больового синдрому у перші дні після оперативного втручання та швидше заживлення післяопераційної рани у



порівнянні з проведеною електрокоагуляцією у пацієнтів другої (контрольної) групи. Ускладнення у вигляді кровотеч із ділянки післяопераційної рани відмічені у 2-х пацієнтів після електрокоагуляції кіст, що потребувало повторного оперативного втручання. При використанні електро-радіохірургічної коагуляції ускладнень не визначалось. Через місяць після операційного втручання у всіх пацієнтів основної групи, на відміну від контрольної групи, повністю зажила після операційна рана з відсутністю сполучної тканини (рубця).

Отже, проведення радіо хірургічного втручання забезпечує купірування больового синдрому, антисептичні властивості, уникнення появи зони коагуляційного некрозу в зоні втручання, ретельний гемостаз за рахунок дії радіохвильових променів, що створює найбільш сприятливі умови для ефективного загоєння післяопераційної рани. Використання такого малоінвазивного втручання дозволяє зменшити терміни реабілітації хворих після проведеного висічення куприкових ходів (до 4-5 діб), а, отже, істотно скоротити період непрацездатності.

**Васюк В.Л., Васильчишин Я.М., Процюк В.В.**

### **ПРОБЛЕМА РЕВІЗІЙНОГО ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ПРИ СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕННЯХ**

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

Стрімке зростання кількості операцій первинного ендопротезування кульшового суглоба у світі та в Україні неминує призводить до збільшення абсолютної кількості ускладнень, зокрема, перипротезної інфекції - її частота становить від 0,5% до 3,0%. Найуспішнішою тактикою лікування перипротезної інфекції кульшового суглоба лишається двоетапне ревізійне ендопротезування, вперше описане Insall у 1983 р., із частотою успішної ерадикації інфекції до 91%. В Україні цей метод не набув широкого розповсюдження і потребує подальшого вивчення та вдосконалення.

Метою роботи є покращення результатів лікування перипротезної інфекції кульшового суглоба шляхом удосконалення технології двоетапного ревізійного ендопротезування із застосуванням розроблених артикулюючих цементно-антибіотикових спейсерів

Обстежено 69 хворих, оперованих у Центрі травматології та ортопедії м. Чернівці в період з 2011 по 2016 роки, яким було виконано двоетапне ревізійне ендопротезування з приводу перипротезної інфекції кульшового суглоба. Середній вік хворих склав  $61,3 \pm 12,9$  років (від 22 до 81 років). Чоловіків було 28, жінок – 41.

Основні завдання дослідження: розробити та впровадити удосконалену технологію двоетапного ревізійного ендопротезування кульшового суглоба з використанням розроблених цементно-антибіотикових спейсерів, які виготовляють інтраопераційно; покращити результати лікування та профілактики перипротезної інфекції кульшового суглобу шляхом удосконалення технології двоетапного ревізійного ендопротезування з застосуванням розроблених цементно-антибіотикових спейсерів.

Удосконалена технологія двоетапного ревізійного ендопротезування кульшового суглоба з використанням розроблених цементно-антибіотикових спейсерів, які виготовляють інтраопераційно з урахуванням даних антибіотикограми, застосована при хірургічному лікуванні перипротезної інфекції у 69 пацієнтів, дозволила досягти ерадикації інфекції та отримати добрі функціональні результати лікування ППШ у 89,7% випадків; середня оцінка за шкалою Harris Hip Score склала  $87,18 \pm 6,44$  бали.

**Васюк В.Л., Марчук О.Ф., Зінченко А.Т.**

### **ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ КОКСИТІВ У ДІТЕЙ ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ СОНОГРАФІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА**

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

Коксити мають різні етіологічні чинники та на початкових стадіях мають наступні клінічні прояви: болючість при рухах в кульшовому суглобі, обмеження функції нижньої кінцівки, підвищення температури тіла, локальні запальні зміни. За даних умов сонографія кульшових суглобів суттєво покращує діагностику на ранніх етапах захворювання, адже є достатньо чутливою у визначенні ефузії суглоба (накопичення рідини). Транзиторний синовіт, як найчастіший прояв кокситу, трапляється досить часто, однак патогенез цієї позології практично не вивчений.

Метою нашої роботи було оптимізувати діагностику кокситів у дітей з використанням сонографії кульшових суглобів, визначити основні відмінності в діагностичних критеріях характерних для транзиторного синовіту на основі аналізу 78 випадків.

З 2014 по 2016 роки у відділенні дитячої травматології лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці проліковано 255 дітей з діагнозом «коксит», серед них 145 хлопчики та 110 дівчаток. Середній вік становив  $5,0 \pm 2,3$  років. Виділено три клінічні групи. До першої клінічної групи увійшли 117 дітей з транзиторним синовітом. До другої клінічної групи увійшло 37 дітей, у яких було встановлено ювенільний ревматоїдний артрит. До третьої групи увійшла 101 дитина з іншою патологією опорно-рухового апарату.