



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.



За нашими спостереженнями транзиторний синовіт відрізняється гострим початком і стрімким розвитком. Дитині стає складно виконувати рухи в суглобі, більш того, часто вона намагається зафіксувати ногу в шадному положенні. У цих дітей майже завжди відзначаються кульгавість і болючість суглоба при пальпації.

Після попередньо проведеної рентгенографії кульшових суглобів – для виключення кісткової патології, ми проводили сонографію обох кульшових суглобів. На основі обстеження 78 пацієнтів у 62 випадках було визначено значне накопичення рідини в суглобі, що проявлялась у вигляді анехогенної чи гіпоехогенної рідини, яка розділяє шари суглобової капсули, з яких у 55 випадках був підтверджений діагноз «транзиторний синовіт». Перевага надавалась передньому парасагітальному скануванню, за допомогою лінійного датчика, який розташовується паралельно до шийки стегнової кістки та дещо відведеним кульшовим суглобом вбік. До кінця залишається не з'ясованим патогенез феномену відносного подовження ураженої кінцівки – кореляційних зв'язків між кількістю суглобової рідини та довжиною подовження стегна.

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

Гасько М.В., Ковальчук П.Є., Тулюлок С.В., Романчук В.В.
ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ П'ЯТКОВОЇ КІСТКИ У
ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Кафедра травматології та ортопедії

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Однією з актуальних проблем в травматології є лікування пацієнтів з переломами п'яркової кістки, у яких діагностовано цукровий діабет (ЦД).

Метою роботи було оприлюднити результати хірургічного лікування переломів п'яркової кістки у пацієнтів з цукровим діабетом.

За період з 2010 по 2017 рр. проліковано 72 пацієнта із переломами п'яркових кісток, яким проводилось оперативне втручання, усім досліджували кров з пальця на вміст глюкози. Усі хворі були розподілені на три клінічні групи: до I групи увійшла 21 (29,16%) особа, 5 (23,80%) з ЦД. Лікування цієї групи хворих проводили методом закритої або відкритої репозиції та фіксації уламка двома гвинтами, спицями; II група складала 32 (44,44%) пацієнта, 6 (18,75%) з ЦД - під ЕОП-контролем проводили закрити репозицію перелому та фіксацію спицями; III група становила 19 (26,40%) пацієнтів, 4 (21,05%) з ЦД, їм проводили відкрити репозицію та стабілізацію переломів накістковими пластинами. Віддалені результати лікування вивчені за період від шести місяців до двох років після оперативного втручання. Результати лікування оцінювались за Американською шкалою AOFAS.

У 18 (85,71%) осіб I групи результати лікування оцінювались як добрі (80 балів за шкалою AOFAS). У 3 (14,29%) пацієнтів, 2 (66,66%) з ЦД спостерігали нагноєння м'яких тканин. 27 (84,37%) пацієнтів II групи отримали добрі результати лікування (76 балів), у 5 (15,62%) - через 1-2 роки виник деформуючий артроз із больовим синдромом (57 балів). У 1 (3,12%) пацієнта з ЦД, який припинив прийом глюкозорегуючої терапії, розвинувся синдром діабетичної стопи. Із 19 пацієнтів третьої клінічної групи в 6 (31,57%) осіб у післяопераційному періоді спостерігались некрози шкіри, 4 (66,66%) з ЦД. У 4 (21,05%) – настав деформуючий артроз, тільки в 9 (47,38%) пацієнтів отримані добрі результати лікування – 76 балів. Таким чином, аналіз віддалених результатів оперативного лікування внутрішньосуглобових переломів п'яркової кістки у пацієнтів з цукровим діабетом показав, що застосування закритої репозиції під ЕОП-контролем та фіксації спицями призводить до покращення результатів лікування на 44,38 %, зменшення термінів непрацездатності та інвалідизації.

Отже, серед усіх пацієнтів з переломами п'яркової кістки, які лікувались хірургічним методом, 61,11% ускладнень виникли у хворих з цукровим діабетом; закрити репозиція під контролем за допомогою електронно-оптичного перетворювача та фіксація спицями дозволяє зменшити травматичність оперативних втручань та ризик ускладнень у пацієнтів з цукровим діабетом на 60,00%.

Гирла Я.В.
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ РЕЦЕДИВ ТИРЕОТОКСИЧНИХ ФОРМ ЗОБА: ЙМОВІРНІ ПРИЧИНИ,
МОНІТОРИНГ, ШЛЯХИ ПОПЕРЕДЖЕННЯ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Функціональні порушення у щитоподібній залозі (ЩЗ) різного ступеня важкості спостерігаються у більшості пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з приводу гіпертиреодних форм зоба. Статистично більш часто, відбувається зниження тиреоїдної функції (гіпотиреоз), яка залежно від обсягу операції, зустрічається від 15 до 75% випадків. Проте, на досить високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який з'являється у 10-15% випадків оперованих хворих. У зв'язку з цим, метою нашої роботи