



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



було виявлення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді, його контролю та можливих способах корекції.

Проведено ретроспективний аналіз медичних карт 36 хворих, які були оперовані з приводу гіпертиреїдних форм зоба. Тяжкість тиреотоксикозу, вік пацієнтів та обсяг ураження вузловою тканиною щитоподібної залози слугували критерієм вибору Обсягу оперативного втручання. У більшості випадків дотримувались принципів органозберігаючих операцій із збереженням макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози.

Повторний огляд та обстеження цих хворих у віддаленому післяопераційному періоді показав, що у 21 пацієнтів (58,3%) порушень тиреоїдного статусу не спостерігалось. У 10 хворих (27,7%) 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 5 (13,7%) пацієнтів.

Для виявлення ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена показники редокс-системи та імунологічної реактивності. У пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреїдним станом, встановлено виражене порушення балансу між про- та антиоксидантною 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 $47,55 \pm 0,072\%$).

Виявлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ($56,01 \pm 1,832\%$ проти $61,99 \pm 1,121\%$ у пацієнтів з еутиреїдним 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; $p < 0,01$).

Проаналізована також, залежність рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 5 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання однієї субтотальної резекції ЩЗ (2 випадки) та гемітиреїдектомії (3 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (19 випадків) та гемітиреїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (12 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреїдні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Гресько М.М.

НАШ ДОСВІД ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Лапароскопічна холецистектомія є золотим стандартом при лікуванні жовчнокам'яної хвороби. Однак, незважаючи на мініінвазивні переваги: менша травматизація передньої черевної стінки, скорочення тривалості лікування та непрацездатності, гарний косметичний ефект, особливої уваги заслуговують її специфічні ускладнення: пошкодження позапечінкових жовчних проток, пошкодження міхурової артерії, внутрішньочеревна кровотеча з ложа жовчного міхура, жовчопідтікання з ходів Люшка та інші.

З цією метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною та плановою хірургічною патологією шляхом аналізу найпоширеніших її ускладнень та встановити критерії, які вимагають проведення конверсії.

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).

Особливу увагу було приділено аналіз лапароскопічних втручань у 99 хворих у яких була конверсія та ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів. Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. Причини конверсії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки – 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху – 19 хворих (синдром Міррізі у 13 хворих); пенетруюча виразка ДПК – 9 хворих; виникнення масивної кровотечі – 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих – з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці – 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній кулці міхурової протоки – 9 хворих; наявність гематому брижі поперечно-ободової кишки – 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми – 1 хвора.

Локалізація пошкоджень холедоху була наступною: загальна жовчна протока – у 8 хворих; загальна печінкова протока – у 6 хворих; холедох разом із біфуркацією – у 4; загальна жовчна протока з пошкодженням конфлюєнс – у 1 хворого. У 5 хворих ятрогенні пошкодження жовчно-вивідних шляхів виявлені субопераційно а у 14 хворих – у ранньому після операційному періоді. Це призводило до вирішення надзвичайно важких та