

2. Лелюк В. Г. Ультразвуковая ангиология. / В. Г. Лелюк, С. Э. Лелюк. - М.: «Реальное время». - 2003. - 324 с.
3. Миронов С. П. Современные подходы к диагностике и лечению кист подколенной области / С.П. Миронов, А.К. Орлецкий, К.А. Николаев // *Кремлевская медицина* - 2005. - №2. - С.33-36.
4. Терзов К.А. Роль ультразвукового дослідження в оцінці уражень колінних суглобів у хворих на ревматоїдний артрит / К.А. Терзов, О.М. Масик, О.П. Борткевич // *Укр. ревматол. журн.* - 2006. - №1. - С. 57 – 61.
5. Хитров Н.А. Киста Бейкера: варианты течения, сонографический контроль и лечение / Н.А. Хитров // *Современная ревматология*. - 2009. - №1. - С.44 – 48.
6. Юдж М.Н. Ультразвуковые исследования костно-мышечной системы / Юдж М.Н. - Москва: Видар-М.-2007.-400с
7. Conaghan P. G. Clinical and ultrasonographic predictors of joint replacement for knee osteoarthritis: results from a large, 3-year, prospective EULAR study / P. G. Conaghan, M. A. D'Agostino, M. Le Bars [et al.] // *Ann. Rheum. Dis.* - 2010. - №69. - P. 644-647.
8. Isenberg D.A. Imaging in Rheumatology / D.A. Isenberg, P. Renton. - Oxford University Press - 2003. - 240 p.

Реферати

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ПРИПУХЛОСТЬЮ ПОДКОЛЕННОЙ ЯМКИ

Иваницкий И.В. Пономаренко С.А.

В статье изложены данные относительно дифференциальной диагностики припухлости подколенной ямки, описаны заболевания, при которых может встречаться этот симптом, перечислены клинические и ультразвуковые критерии, необходимые для постановки правильного диагноза. На основе клинико – ультразвуковых критериев разработан алгоритм определения целесообразности проведения ультразвукового исследования сустава, который состоит в следующем: при наличии заболеваний сустава в анамнезе – начисляется 2 балла, наличие травм в анамнезе оценивается в 5 баллов, отсутствие перечисленных признаков – 7 баллов. Оценка интенсивности боли проводится согласно количеству набранных баллов от 1 до 10, скорость развития боли оценивается следующим образом: мгновенно - 6 баллов, быстро - 4 балла, постепенно - 2 балла. Проба со сжиманием припухлости, если она положительная, оценивается в 2 балла, если негативная - 4 балла. На основе полученных данных нами был сделанный вывод относительно необходимости выполнения УЗИ коленного сустава немедленно, если сумма баллов составила более 15, планово, если сумма баллов составила от 10 до 15, и пациент не нуждается в проведении УЗИ коленного сустава, если сумма баллов меньше 10. Разработанный алгоритм позволяет определить необходимость и плановость проведения ультразвукового исследования коленного сустава в каждом конкретном случае.

Ключевые слова: коленный сустав, киста Бейкера, бурсит, тромбоз подколенной вены, диагностический алгоритм.

Статья надійшла 11.02.2014 р.

DIAGNOSTIC VALUE OF KNEE ULTRASOUND EXAMINATION IN PATIENTS WITH SWELLING OF THE POPLITEAL FOSSA

Ivanytskyi I. V. Ponomarenko S. O.

The article presents data on the differential diagnosis of swelling of the popliteal fossa, described the disease, which can occur with this symptom, clinical and ultrasound criteria necessary for the correct diagnosis. We developed an algorithm to determine the feasibility of ultrasound joint, which consists of the following: the presence of joint disease in history - 2 points, the presence of a history of injuries is estimated at 5 points, the lack of these symptoms - 7 points. Evaluation is carried out in pain intensity according to the number of points from 1 to 10, the rate of development of pain is estimated as follows: instant - 6 points, quickly - 4 points, gradually - 2 points. Sample with clenching swelling, if it is positive, estimated at 2 points, if negative - 4 points. Based on these results we concluded on the need to perform ultrasound knee immediately if the amount was more than 15 points, according to plan, if the sum of scores ranged from 10 to 15, and the patient does not need an ultrasound of the knee, if the amount is less than 10 points. The developed algorithm may be used to determine the planning of ultrasound examination of the knee joint in each case.

Key words: knee, Baker's cyst, bursitis, popliteal vein thrombosis, the diagnostic algorithm.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК 616.441-006.5-089

О. П. Ковальов, М. І. Кравців, О. М. Люлька, В. І. Лаховський, М. О. Дудченко, І. І. Немченко
ВНІЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

ДЕСЯТИЛІТНІЙ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗОБУ

Проведений аналіз 468 медичних карток стаціонарних хворих, які протягом 2004 – 2013 років оперовані з приводу зоба у відділенні хірургії №2 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави. Чоловіків було 58, жінок – 410. Вік хворих становив від 18 до 76, середній – 58,6±5,48 років. Хірургічний доступ і об'єм оперативного втручання обирався виходячи з даних доопераційного обстеження. Доступ, який ми застосовуємо при операціях на щитоподібній залозі анатомічно обгрунтований, забезпечує необхідну експозицію органа, добре загоєння рани і косметичний ефект. Екстрафасціальна методика видалення ЩЗ або її частини дозволяє оптимізувати візуальний контроль операції та забезпечує її радикальність. Досвід оперативних втручань на ЩЗ дозволяє покращити результати хірургічного лікування, при цьому знизити кількість післяопераційних ускладнень. Отримані дані свідчать про ефективність та достатню безпечність використаних нами підходів до лікування різних форм зобу.

Ключові слова: щитоподібна залоза, зоб, хірургічне лікування.

В останні роки змінюється тенденція поширеності та структури захворювань щитоподібної залози (ЩЗ). Деякі автори відмічають збільшення такої патології серед дорослого населення [3]. Причому, відбувається зменш До найбільш типових ознак розриву кісти Бейкера при проведенні УЗ дослідження ми

віднесли значне зменшення розміру кісти у порівнянні із попередніми значеннями, інколи кіста взагалі не візуалізувалась (рис. 4). Другою типовою ознакою була візуалізація анехогенної рідини між м'язами гомілки (рис. 3). Ще однією ознакою було збереження нормального кровотоку по судинам гомілки при проведенні кольорового доплерівського дослідження. У пацієнтів із розривом кіст Бейкера всі подальші загострення синовіїту колінного суглобу призводили до набряку не тільки самого суглобу, але і гомілки. Такий стан має назву хронічної кісти гомілки (рис. 5, 6) [3]. ення кількості дифузного токсичного зобу за рахунок покращення профілактики і консервативного лікування з одночасним збільшенням випадків вузлових форм зобу [2, 4], з яких близько 5 % складають злоякісні пухлини [1].

Не дивлячись на значний прогрес, який досягнутий у питаннях тактики лікування зобу, деякі питання залишаються бути дискусійними, особливо, що стосується показань, методів та об'єму хірургічного лікування [5]. При цьому залишаються актуальними питання застосування різних методик оперативних втручань при різних формах зобу з урахуванням онкологічних ризиків. У нашій клініці за десять останніх років накопичений досвід більш як 450 оперативних втручань виконаних на ЩЗ при різних формах її захворювань. Ми надіємося, що аналіз результатів лікування дозволить хірургічній спільноті покращити результати оперативних втручань на ЩЗ.

Метою роботи було проведення аналізу десятилітнього досвіду хірургічного лікування зобу, в результаті чого покращити методи та результати оперативного лікування хворих з даною патологією.

Матеріал та методи дослідження. Проведений аналіз 468 медичних карток стаціонарних хворих, які протягом 2004 – 2013 років оперовані з приводу зоба у відділенні хірургії №2 2-ї міської клінічної лікарні м. Полтави – клінічній базі кафедри хірургії №1. Чоловіків було 58, жінок – 410. Вік хворих становив від 18 до 76, середній – $58,6 \pm 5,48$ років. Однобічний вузловий нетоксичний зоб спостерігався у 163 (34,8%), багатовузловий нетоксичний – у 226 (48,3%), змішаний токсичний – у 25 (5,3%), тиреотоксична аденома – у 9 (1,9%) та дифузний токсичний зоб (ДТЗ) – у 45 (9,6%) хворих. При гістологічному дослідженні аутоімунний тиреоїдит (АТ) (вузлова форма) виявлений у 40 (8,5%), а рак – у 22 (4,7%) пацієнтів. Усі хворі оперовані в плановому порядку, після відповідної передопераційної підготовки в стані природного або медикаментозного еутиреозу. Пацієнтам з явищами тиреотоксикозу, передопераційну підготовку проводили в умовах ендокринологічного відділення з метою нормалізації тиреоїдної гормональної активності, гемодинаміки і нервово-психічного статусу, особливо при наявності супутньої серцево-судинної патології.

Поряд із загальноклінічними і лабораторними методами обстеження досліджували гормональну активність ЩЗ з визначенням вільного тироксину, трийодтиронину, тиреотропного гормону (ТТГ), антитиреоїдних антитіл до тиреотропного гормону. Крім того, проводили ультразвукове дослідження ЩЗ, а при її вогнищевих ураженнях виконували тонкоголкову аспіраційну біопсію (ТАБ), що є найбільш чутливою та специфічною серед інструментальних методів діагностики у диференціації доброякісних та злоякісних. Під час операції хворим при вузлових формах зобу обов'язково виконували гістологічне дослідження мазка-відбитка зі зрізу вузла, а також його експрес-гістологічну діагностику. У ранньому післяопераційному періоді (протягом трьох діб) контролювали рівень Ca^{2+} та P^{5+} у крові, а при змінах голосу або порушенні ковтання – консультація отоларинголога.

Результати дослідження та їх обговорення. У результаті проведеного аналізу встановлено, протягом останніх десяти років виконано 468 оперативних втручань, структура яких наведена у таблиці.

Таблиця

Оперативні втручання на щитоподібній залозі за 2004-2013 рр.

Типи операцій	Патологія щитоподібної залози				
	Однобічний вузловий нетоксичний зоб	Багатовузловий нетоксичний зоб	Змішаний токсичний зоб	Тиреотоксична аденома	ДТЗ
Тиреоїдектомія	4	149	14	-	-
Тиреоїдектомія+центральна дисекція ший		3	-	-	-
Гемітиреоїдектомія	103	-	-	5	-
Гемітиреоїдектомія + резекція контрлатеральної частки	44	46	9	3	3
Субтотальна резекція ЩЗ	-	28	2	-	42
Субтотальна резекція частки ЩЗ	12	-	-	1	
Всього:	163	226	25	9	45

Вважаємо, що методом вибору знеболення при операціях на щитоподібній залозі є комбінований наркоз із штучною вентиляцією легень. Починаючи з 2007 року, застосовували екстрафасціальну методику виділення щитоподібної залози з використанням прецизійного інструментарію та діатермокоагуляції, із візуалізацією і контролем нижніх гортанних нервів і паращитоподібних залоз, що забезпечує безкровність втручання, підвищує безпечність та гарантує радикальність операції. У більшості хворих (63,2%) з однобічним вузловим зобом, враховуючи онкологічні ризики, виконана гемітиреоїдектомія, а у 27% пацієнтів при локалізації вузла поблизу перешийка – гемітиреоїдектомія в

поєднанні з резекцією прилеглої до перешийка ділянки протилежної частки. У всіх випадках, незалежно від форми зоба, блоком з часткою видаляли перешийок. У 4 (2,5%) хворих з підозрою на формування вузлів в контрлатеральній частці виконана тиреоїдектомія.

При багатовузловому нетоксичному зобі проведені наступні оперативні втручання: екстрафасціальна тиреоїдектомія (ЕТ) у 65,9%, гемітиреоїдектомія разом з резекцією протилежної частки у 20,4% та субтотальна резекція ЩЗ у 12,4% пацієнтів. У 3 (1,3%) осіб при інтраопераційному гістологічному дослідженні виявлений рак. Їм виконана тиреоїдектомія, яка доповнена центральною дисекцією шиї.

При змішаному токсичному зобі тиреоїдектомія виконана у 56,0%, гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної долі у 36,0%, субтотальна резекція ЩЗ у 8,0% хворих. Нами прооперовано 9 пацієнтів з тиреотоксичною аденомою. Їм виконані наступні операції: гемітиреоїдектомія – у 55,6%, гемітиреоїдектомія в поєднанні з резекцією контрлатеральної частки у 33,3%, субтотальна резекція частки у 11,1% випадках. При ДТЗ перевагу віддавали субтотальній резекції ЩЗ, яку виконали у 93,3%, а у 6,7% хворих проведена екстрафасціальна гемітиреоїдектомія з резекцією протилежної частки залози. На наш погляд така операція за умов низького рівня АТ-рецепторів до ТТГ досить приваблива.

При оперативних втручаннях особливу увагу звертали на оптимальний хірургічний доступ, що в значній мірі забезпечує успіх операції та задовільний перебіг післяопераційного періоду. В той же час малопомітний післяопераційний рубець є одним із критеріїв якості оперативного втручання. Нами застосовувався хірургічний шийний доступ за Кохером у такій модифікації. При дифузному збільшенні щитовидної залози лінію розрізу помічаємо за допомогою нитки з шовного матеріалу по лінії, яку раніше провели або по нижній складці на шкірі шиї, віддаваючи вузький жолобок з чіткими контурами. При деформації шиї зобом – розтин по проекції нижньої шийної складки на 2,5 см вище рівня яремної вирізки. Краї розрізу при зобі II - III ступеню доходять до рівня внутрішньої третини кивальних м'язів, III - IV ступеню – до середньої і при великих зобах – зовнішньої третини. Верхній шкірно-підшкірно-фасціальний клапоть з пересіченими та перев'язаними передніми яремними венами відшаровується до висоти стояння верхніх полюсів часток залози. Нижній клапоть препарується у тому ж анатомічному шарі до верхнього краю вирізки грудини. При подовженій шиї і розмірах зобу до III ступеню претиреоїдні м'язи розводимо, при короткій шиї і великих розмірах малорухомої щитоподібної залози – пересікаємо. Після видалення ЩЗ рану промиваємо 5% розчином епсилон-амінокапронової кислоти, проводимо остаточну гемостатичну діатермокоагуляцію. Дренуємо ложе видалених часток двома хлорвініловими трубочками перехресно і виводимо їх в латеральних відділах розрізу. Створюємо від'ємний тиск в рані за допомогою гумових спринцівків А-1. Дренажі видаляємо на першу добу після операції, шви знімаємо на 4 добу, а у останні роки накладаємо внутрішньо-шкірний косметичний шов. Із впровадженням цієї методики такі ускладнення, як "хвороба" відшарованих клаптів, сероми, гематоми в ділянці післяопераційних ран або її нагноєння не спостерігалися.

Післяопераційний транзиторний гіпопаратиреоз спостерігали у 11 (2,4%), однобічне ураження нижнього гортанного нерва – у 10 (2,1%), верхнього – у 5 (1,1%) пацієнтів. Більша частина цих ускладнень відбулася впродовж перших 5 років дослідження і мали тимчасовий характер. Післяопераційної летальності серед усіх оперованих в нашій клініці пацієнтів з різними формами зобу за останніх десять років не спостерігали. Впродовж даного періоду також не відмітили явищ післяопераційного тиреотоксичного кризу.

Висновки

1. Досвід оперативних втручань на ЩЗ дозволяє покращити результати хірургічного лікування, при цьому знизити кількість післяопераційних ускладнень.
2. Доступ, який ми застосовуємо при операціях на щитоподібній залозі анатомічно обґрунтований, забезпечує необхідну експозицію органа, добре загоєння рани і косметичний ефект. Екстрафасціальна методика видалення ЩЗ або її частини забезпечує візуальний контроль операції та її радикальність, мінімізує ризик виникнення специфічних ускладнень.
3. Отримані дані свідчать про ефективність та достатню безпечність використаних нами підходів до лікування різних форм зобу.

Список літератури

1. Ларін О. С. Аналіз діяльності ендокринологічної служби України у 2010 році та перспективи розвитку медичної допомоги хворим з ендокринною патологією / О.С.Ларін [та ін.] // Міжнародний ендокринологічний журнал. – 2011. – Т. 35, № 3. – С. 10–18.
2. Осадчук Д. В. Морфо-функціональне обґрунтування вибору об'єму оперативних втручань та післяопераційної реабілітації у хворих на вузловий колоїдний зоб // Автореф. дис. канд. мед. наук, 14.00.27 – хірургія / Д.В. Осадчук – Тернопіль. - 2010 – 20 с.
3. Hegedus L. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. / L.Hegedus, S. J. Bonnema, F. N. Bennedbaek // Endocr. Rev. – 2003. – Vol. 1, № 24. – P. 102-32.

Реферати

**ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЗОБА**

Ковалёв А. П., Кравцов Н. И., Ляховский В. И., Дудченко М. А., Люлька А. Н., Немченко И. И.

Проведен анализ 468 медицинских карт стационарных больных, которые на протяжении 2004 – 2013 годов оперированы по поводу зоба в отделении хирургии №2 2-й городской клинической больницы г. Полтавы. Мужчин было 58, женщин – 410. Возраст больных колебался от 18 до 76, а средний составлял $58,6 \pm 5,48$ лет. Хирургический доступ и объем оперативного вмешательства выбирали исходя из данных дооперационного обследования. Доступ, который мы применяем при операциях на щитовидной железе, анатомически обоснован, обеспечивает необходимую экспозицию органа, хорошее заживление послеоперационной раны и косметический эффект. Экстрафасциальная методика удаления щитовидной железы или ее части позволяет оптимизировать визуальный контроль операции и обеспечивает ее радикальность. Опыт оперативных вмешательств позволяет улучшить результаты хирургического лечения, при этом снизить количество послеоперационных осложнений. Полученные данные свидетельствуют об эффективности и достаточной безопасности использованных нами подходов к лечению различных форм зоба.

Ключевые слова: щитовидная железа, зоб, хирургическое лечение.

Статья надійшла 12.02.2014 р.

**TEN-YEAR EXPERIENCE OF SURGICAL
TREATMENT OF GOITER**

Kovalev O. P., Kravtsov N. I., Liakhovskiy V. I., Dudchenko M. O., Lyulka O. M., Nemtchenko I. I.

The analysis of medical records of 468 patients has been made. They were operated on for goitre in the Department of Surgery № 2 in the 2-nd Local Clinical Hospital of Poltava during 2004 - 2013. Among them there were 58 male and 410 female. The average age of the patients was $58,6 \pm 5,48$ years old. Surgical access and the amount of surgery was chosen on the basis of data of the preoperative examination. The access, which we use to operating on the thyroid gland is anatomically justified, provides the necessary exposition of the organ, good postoperative wound healing and cosmetic effect. Extrafascial technique of thyroid gland resection provides bloodlessness and radicality of surgery. The experience of surgical interventions can improve the results of surgical treatment with reducing the number of postoperative complications. The mentioned above findings show that used approaches are effective and safe enough to the treatment of various forms of goiter.

Key words: thyroid gland, goiter, surgical treatment.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК 616.72:615.825

Н.М. Кулик, Ю.В. Бобрик, Г.А. Мороз

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ
СПОНДИЛОАРТРИТОМ**

В данной статье представлены современные представления о методах восстановительного лечения больных анкилозирующим спондилоартритом и особенностях использования при этом физической реабилитации. Также описан новый авторский способ физиотерапии пациентов с болезнью Бехтерева.

Ключевые слова: физическая реабилитация, анкилозирующий спондилоартрит.

Работа является фрагментом НИР "Использование физиотерапевтических факторов и ЛФК с учетом конституционального и генетического полиморфизма для повышения эффективности адаптации и реабилитации", № государственной регистрации 0110U003984.

Количество больных анкилозирующим спондилоартритом (АС) составляет 0,5-2% в популяции в разных странах. Преимущественно данному заболеванию подвержены молодые люди, чаще мужчины 15-40 лет, т.е. наиболее трудоспособного возраста. Поскольку для лечения данной категории больных используются нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды, при тяжёлом течении – иммунодепрессанты [4], то зачастую у пациентов возникают осложнения. Побочные эффекты в результате применения вышепредставленных фармакологических препаратов – заболевания ЖКТ (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, гастродуоденит, энтероколонопатии и их осложнения: кишечная непроходимость, дивертикулит, анемия, кровотечения и перфорации), сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульты, тромбозы), ЦНС (асептический менингит, экстрапирамидные реакции, депрессия, психозы, снижение слуха), печени (гепатопатии), почек (обратимая почечная недостаточность, канальцевый некроз, острый интерстициальный нефрит, нефротический синдром), нарушения зрения, бронхоспазм, гематологические побочные эффекты (апластическая анемия, изолированная эритроцитарная аплазия, тромбоцитопения, нейтропения, гемолитическая анемия), нарушения электролитного обмена (задержка натрия и воды, отёки, артериальная гипертензия), кожные реакции (фоточувствительность, полиморфная эритема, крапивница, иногда синдром Лайелла), иммуносупрессия и др. [3, 5]. Поэтому актуальным является широкое использование физической реабилитации (ФР) в восстановительном лечении больных АС. Рациональное сочетание ЛФК, физиотерапии и курортных методов лечения и реабилитации позволяет, избежав возникновения побочных эффектов лекарственных препаратов, достигнуть отличных