

соціальних аспектів інвалідності. На основі проведення структурно-логічного аналізу з урахуванням принципів системності побудована графологічна модель рішення проблем інвалідності шляхом надання різних видів допомоги. З допомогою контент-аналізу проаналізовані правові аспекти інвалідності. Опіраючись на екстенсивні показники встановлена структура інвалідності за загальною захворюваністю. Визначено динаміку інвалідизації дорослого населення в періоді 2008-2012 років. Своєчасна діагностика новооб'язаних дасть можливість проводити радикальне комплексне лікування і підвищить його ефективність, що дозволить знизити рівень первинної інвалідності в Україні в результаті новооб'язаних.

Ключові слова: інвалідність, онкозахворювання, динаміка, показники здоров'я.

Стаття надійшла 18.02.2014 р.

medical and social aspects of disablement was held. On the basis of structural and logical analysis taking into account the principles of consistency a graphological model of solving problems of invalidity by providing various types of assistance was created. With the help of content analysis the legal aspects of disablement were analyzed. Relying on extensive index a structure of disablement by common diseases was set. Dynamics of invalidism among adult people during 2008-2012 years was defined. A well-timed diagnostics of tumors will give an opportunity to held the radical complex treatment and will increase its effectiveness that will decrease level of primary disability caused by tumors in Ukraine.

Key words: disablement, oncological diseases, dynamics, health indicators.

Рецензент Катрушов О.В.

УДК 616.728.3-073.48

І. В. Іваніцький, С. О. Пономаренко

**ВДІЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків**

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПРИПУХЛІСТЮ ПІДКОЛІННОЇ ЯМКИ

У статті наведені дані щодо диференційної діагностики припухлості підколінної ямки, описані захворювання, при яких може зустрічатися цей симптом, перелічені клінічні та ультразвукові критерії, необхідні для встановлення правильного діагнозу. На основі клініко – ультразвукових критеріїв розроблений алгоритм визначення доцільності проведення ультразвукового обстеження суглобу, який полягає в наступному: при наявності захворювань суглоба в анамнезі – нараховується 2 бали, наявність травм в анамнезі оцінюється в 5 балів, відсутність перерахованих ознак – 7 балів. Оцінка інтенсивності болю проводиться відповідно до кількості набраних балів від 1 до 10, швидкість розвитку болю оцінюється наступним чином: миттєво - 6 балів, швидко - 4 бали, поступово - 2 бали. Проба із стисканням припухлості, якщо вона позитивна, оцінюється в 2 бали, якщо негативна - 4 бали. На основі отриманих даних нами був зроблений висновок щодо необхідності виконання УЗД колінного суглобу негайно, якщо сума балів склала більше 15, планово, якщо сума балів склала від 10 до 15, і пацієнт не потребує проведення УЗД колінного суглобу, якщо сума балів менше 10. Розроблений алгоритм дозволяє визначити необхідність та плановість проведення ультразвукового дослідження колінного суглобу в кожному конкретному випадку.

Ключові слова: колінний суглоб, кіста Бейкера, бурсит, тромбоз підколінної вени, діагностичний алгоритм.

У практиці спеціалістів різної спрямованості зустрічаються пацієнти зі скаргами на біль та припухлість у підколінній ямці. Досить часто при первинному огляді буває важко розпізнати справжню причину цих скарг та призначити відповідне подальше обстеження, а тим більше, лікування. Саме тому ми намагались проаналізувати можливі причини розвитку цієї патології та особливості проведення диференційної діагностики, як клінічної, так і ультразвукової з метою визначення оптимального алгоритму діагностичного пошуку. Найбільш розповсюдженою патологією, що призводить до розвитку болю та припухлості у підколінній ямці є кіста підколінної ямки, або кіста Бейкера.

Вперше вона була описана у 1840 р. М. Adams, але зв'язок між ушкодженнями колінного суглобу, артрозами та розвитком кісти підколінної ямки був виявлений англійським хірургом Вільямом Бейкером (англ. William Marrant Baker) у 1877 р. [5]. Ця патологія розвивається на фоні синовіїту та виділення великої кількості рідини в порожнину суглоба. Найбільш типові захворювання, що супроводжуються виникненням кісти Бейкера: ревматоїдний артрит, деформуючий остеоартроз, псоріатичний артрит.

Патогенез розвитку кісти передбачає розтягнення суглобової капсули та синовіальної оболонки колінного суглоба великою кількістю синовіальної рідини. При активних рухах у суглобі внаслідок підвищення внутрішньосуглобового тиску ця рідина переміщується у сухожилкові сумки литкового та напівперетинчастого м'язів та розтягує їх, формуючи утворення, яке власне і називається кістою Бейкера.

Клінічно кіста Бейкера проявляється у вигляді припухлості яйцеподібної форми, зазвичай у медіальній частині підколінної ділянки. Найбільш помітною вона є при повністю розігнутому коліні, при зігнутому - вона менш щільна і випукла. В той же час, в залежності від розмірів, це утворення може значно обмежувати рухливість в колінному суглобі. Досить часто кіста Бейкера зустрічається одночасно на обох колінних суглобах [5].

Кісти Бейкера невеликих розмірів зазвичай не мають симптоматики і бувають раптовою знахідкою під час обстеження колінних суглобів. За умови невеликих розмірів кісти, її непомітно під час загального

клінічного обстеження, пальпація її неможлива, і зазвичай відсутні будь-які клінічні прояви. Велика кіста Бейкера гарно пальпується як щільно-еластичне утворення продовгувато-овальної форми, яке локалізується в м'яких тканинах підколінної ямки, переважно в її медіальних відділах (до 90% випадків) [5]. При наявності великої кісти Бейкера, у пацієнтів можуть бути скарги на біль по задній поверхні колінного суглобу при фізичних навантаженнях, дискомфорт, наявність пухлиноподібного утворення в підколінній ямці. Одночасно може спостерігатись біль в литкових м'язах або порушення чутливості по задній поверхні гомілки, особливо після тривалої ходи (або сходами). Із збільшенням розміру кіста може стискати підколінну вену, провокуючи розвиток варикозного розширення вен гомілки. Іншим можливим ускладненням є стискання підколінного нерву, що зазвичай проявляється відчуттям оніміння, повзання мурашок при перебуванні ноги навіть у положенні фізіологічного згинання.

Однією із клінічних ознак, що дозволяє відрізнити кісту Бейкера від інших утворень підколінної ямки, є зв'язок кісти з порожниною суглоба за допомогою ніжки, для визначення його наявності проводиться проба із стисканням. Полягає вона у виконанні наступних дій. Лікар обережно стискає припухлість підколінної ділянки при напіврозігнутій нозі пацієнта, намагаючись не викликати відчуття болю. При цьому рідина повільно переходить із кісти Бейкера в порожнину суглоба. Враховуючи вузьке співв'язання між ними, зворотній рух рідини також уповільнений. Таким чином, наслідком проведення проби є зменшення розміру припухлості в підколінній ділянці. Проведення даної проби може дати хибнонегативний результат у тому випадку, коли в порожнині суглобу присутня велика кількість запальної синовіальної рідини, що унеможливило перетікання її із порожнини кісти Бейкера в порожнину суглобу. Найбільш оптимальним методом з точки зору доступності і якості діагностики при цьому стані є ультразвукове дослідження колінного суглобу.

Метою роботи було створити діагностичний алгоритм для визначення необхідності проведення ультразвукового обстеження та сформулювати ультразвукові диференційні критерії патології у пацієнтів із припухлістю підколінної ділянки.

Матеріал та методи дослідження. Нами було обстежено 68 пацієнтів (41 жінка та 27 чоловіків із середнім віком $54,5 \pm 5,2$ роки) зі скаргами на припухлість та біль в підколінній ділянці. Для оцінки інтенсивності болю в колінному суглобі нами використовувалась візуальна аналогова шкала (ВАШ). Ультразвукове обстеження колінного суглобу проводилось за стандартною методикою [6,8].

Після збору анамнезу нами було виявлено наявність патології колінного суглобу в анамнезі у 59 пацієнтів з 68 обстежених, а саме: деформуючий остеоартроз (ДОА) в анамнезі у 25 пацієнтів (з них 5 вказали на наявність в минулому травми суглобу), ревматоїдний артрит (РА) у 16 пацієнтів (3 пацієнти із даними про травми суглобу), псоріатичний артрит (ПСА) у 4 пацієнтів, наявність в анамнезі тільки травм колінного суглобу – у 14 пацієнтів, у 9 обстежених не було даних в анамнезі за будь-яку патологію в ділянці колінного суглобу. Оцінку даних проводили наступним чином: при наявності захворювань суглоба (ДОА, РА, ПСА) в анамнезі – нараховували 2 бали, наявність травм в анамнезі оцінювали в 5 балів, відсутність перерахованих ознак – 7 балів. Оцінка інтенсивності болю за ВАШ проводилась відповідно до кількості набраних балів від 1 до 10, швидкість розвитку болю оцінювали наступним чином: миттєво - 6 балів, швидко - 4 бали, поступово - 2 бали. Пробу із стисканням припухлості, якщо вона була позитивна, оцінювали в 2 бали, якщо негативна - 4 бали.

Результати дослідження та їх обговорення. При проведенні ультразвукового дослідження кісту Бейкера зазвичай вдавалось візуалізувати по задній внутрішній поверхні колінного суглобу, тобто медіально від підколінної артерії і вени, що відповідало даним літератури [4]. Кіста Бейкера завжди пов'язана з колінним суглобом за допомогою співв'язання, яке переважно візуалізувалось позаду від медіальної голівки литкового м'яза (рис. 1) Кіста Бейкера у більшості випадків мала овальну форму або форму півмісяця і не витягувалась в трубчасту структуру при поздовжньому скануванні. Досить часто в кісті Бейкера візуалізувались множинні перегородки, септи, вміст кісти був неоднорідним за рахунок як дрібних часточок, так і великих хондромних тіл (рис. 2). При інфекційному запаленні кісти Бейкера, яке перебігало як ізольовано від суглобу, так і на фоні гнійного артрити, стінка кісти потовщувалась та розшаровувалась, а вміст кісти значно змінював властивості, зазвичай за рахунок підвищення ехогенності (рис. 5).

Найбільш типовим ускладненням тривало існуючої напруженої кісти Бейкера, за нашими даними, був її розрив. Клінічно він проявлявся виникненням різкого болю в підколінній та литковій ділянці, вираженим набряком гомілки. Така сама клінічна симптоматика часто супроводжує тромбоз вен нижніх кінцівок і тому потребує проведення швидкої і якісної диференційної діагностики.

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].

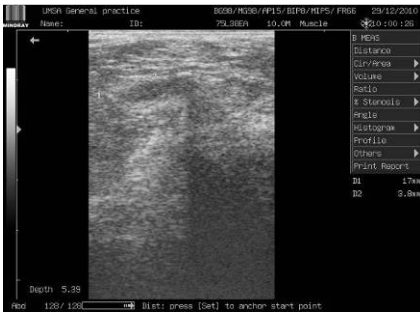


Рис. 1. Кіста Бейкера, що формується.

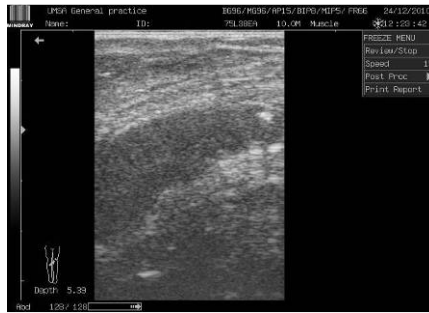


Рис. 2. Кіста Бейкера при ДОО.

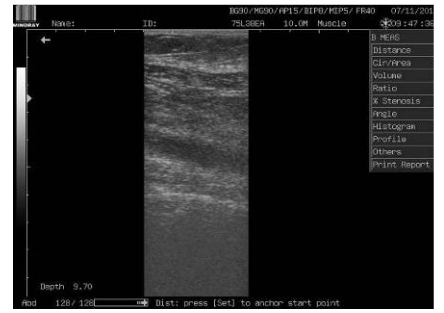


Рис. 3. Рідина у між'язових просторах.



Рис. 4. Зменшення розмірів та неправильна форма кісти Бейкера на тлі її розриву.



Рис. 5. Кіста Бейкера, що нагноїлась.



Рис. 6. Хронічна кіста гомілки у пацієнтки із розривом кісти Бейкера.

Гострий тромбоз глибоких вен гомілки, який може нагадувати за клінічними проявами розрив кісти Бейкера, при УЗД характеризується наявністю гіпо- і анехогенних тромботичних мас в судині. Діаметр вени збільшений (більше 11 мм), вона не стискається при компресії датчиком, кровоток в ній або не реєструється або значно знижений. Тромботичні маси в просвіті судини не зміщуються при натисканні датчиком, тобто вони пов'язані зі стінкою судини. У випадках підгострого і хронічного тромбозу тромботичні маси стають гіперехогенними, може бути реканалізація тромбів. Стінки вени при тромбозі можуть бути потовщені (рис. 7, 8).

Необхідно пам'ятати, що вена в підколінній ямці завжди візуалізується поряд із артерією, тому, якщо поряд із розтягнутим гіпоехогенним не стискаємим неоднорідним утворенням візуалізується артерія із відповідним кровотоком при доплерівському дослідженні і не вдається знайти типову вену з характерним потоком при доплерографії, це свідчить про тромбоз підколінної вени. Необхідно провести обстеження в вертикальному положенні, візуалізувати стегову та великогомілкову вени, провести тест дистальної компресії. В той же час необхідно пам'ятати, що частота виявлення кісти Бейкера у хворих з тромбозом глибоких вен гомілки складає 3,1 – 4,1 %, а поєднання кісти Бейкера з тромбофлебітом глибоких вен – 0,2 - 11 % [2].



Рис. 7. Тромбоз підколінної вени, поперечний зріз.



Рис. 8. Тромбоз підколінної вени, поздовжній зріз.



Рис.9. Невринома малогомілкового нерву.



Рис.10. Бурсит сухожилку двоголового м'яза.



Рис. 11. Кіста заднього рогу медіального меніска в підколінній ямці.

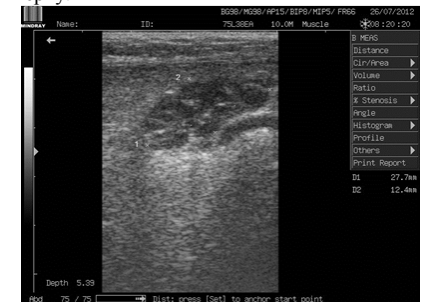


Рис. 12. Фрагмент пошкодженого заднього рогу медіального меніска.

Використання доплерівських методів при проведенні УЗД підколінної ділянки дає можливість віддиференціювати ці патології. Ці ж методи дозволяють діагностувати аневризму підколінної артерії, яку при звичайному огляді можна помилково сплутати із кістою Бейкера. У той же час, пальпація цього утворення дозволяє виявити його пульсацію, що не є характерним для кісти Бейкера. Якщо при пальпації припухлості хворий відчуває біль, що іррадіює в стопу, це може свідчити про наявність пухлини загального малогомілкового нерву. Проведення УЗД дозволяє виявити пухлинне утворення із характерним розташуванням по латеральній поверхні колінного суглобу, що пов'язане із стовбуром нерву (рис. 9).

Бурсит сухожилку двоголового м'яза (bursitis tendinis m. bicipitis femoris) проявлявся болем та припухлістю зовнішнього краю підколінної ямки. При ультразвуковому дослідженні вдавалось візуалізувати сумку сухожилку двоголового м'яза із внутрішнім рідинним вмістом, що розташовувалась між сухожилком і зовнішньою бічною зв'язкою (рис. 10).

Ще однією причиною виникнення припухлості підколінної ямки можуть бути кісти менісків [1]. Візуально припухлість, обумовлена кістою меніска, за нашими спостереженнями, може мати різні розміри, від горошини до грецького горіха. Дрібні кісти зазвичай не пальпувались, у цьому випадку хворих турбував біль у суглобовій щілині, що посилювався при напруженні та зменшувався у спокої. При порівняно невеликих розмірах кісти, вона візуально зникла при згинанні суглобу і з'являлась при розгинанні. Найбільших розмірів кісти меніску досягали в положенні неповного розгинання колінного суглобу. Кіста зовнішнього меніска зустрічається набагато частіше, ніж внутрішнього, із частотою 5:1 [3]. Кіста зовнішнього меніска розташовується зазвичай в середній третині меніска, як правило, в зовнішній його частині. Порівняно рідко кіста з'являється у передньому або задньому розі поблизу прикріплення меніска до великогомілкової кістки. Кіста не поєднується з капсулою суглобу, остання натягнута на кісті і в цьому місці витончена і розслаблена, якщо кіста не дуже велика. В більшості випадків кіста зовнішнього меніска випинається позаду зовнішньої бічної зв'язки, але інколи може з'явитись і попереду від неї. У наших спостереженнях кіста зовнішнього меніска викликала біль настільки інтенсивний, що хворий звертався до лікаря ще до виникнення припухлості. Кіста медіального меніска може випинатись попереду або позаду внутрішньої бічної зв'язки, а інколи кіста випинається через саму внутрішню зв'язку (рис. 11). Із часом кіста цього меніска може збільшуватись за розмірами і ставати менш фіксованою.

Ультрасонографічно виявлене пухлиноподібне утворення із солідним компонентом, потребує диференційної діагностики між фрагментами ушкоджених внутрішньосуглобових структур (рис. 12) та синовіою, яка є злоякісною пухлиною. Використання доплерівських методів дозволяє провести диференційну діагностику в цьому випадку, оскільки фрагменти менісків не мають кровообігу, в той час, як синовіома має досить інтенсивний внутрішній кровоток. Результати проведеного ультразвукового дослідження колінних суглобів та сумарне визначення оцінюваних ознак наведені в таблиці:

Патологія колінного суглобу	Кіста Бейкера	Розрив кісти Бейкера	Кісти меніску	Тромбоз підколінної вени	Бурсит сухожилку двоголового м'яза	Фрагментація заднього рогу меніска	Невринома малогомілкового нерву
Кількість пацієнтів	35	8	7	9	7	1	1
Патологія суглобу в анамнезі (бали пацієнта)	1,31	1,75	0,58	0,44	0,86	-	-
Наявність травми в анамнезі (бали пацієнта)	1,43	3,75	4,28	-	1,43	-	-
Біль за ВАШ	5,2±1,1	8,5±1,9	3,5±0,8	8,9±0,7	5,9±1,2	6	5
Проба із стисканням припухлості (бали)	1,71	4	4	4	4	4	4
Швидкість розвитку болю (бали)	2	5,75	2,5	4,9	2	2	2
Сума балів на 1 пацієнта	11,65	23,7	14,86	18,24	14,19	12	12

На основі отриманих даних нами був зроблений висновок щодо необхідності виконання УЗД колінного суглобу негайно, якщо сума балів склала більше 15, планово, якщо сума балів склала від 10 до 15, і пацієнт не потребує проведення УЗД колінного суглобу, якщо сума балів менше 10.

Висновок

Таким чином, диференційний діагноз припухлості підколінної ямки повинен мати міждисциплінарний підхід і поєднувати клінічне обстеження із досконалим аналізом отриманих даних, що обумовить доцільність та своєчасність проведення ультразвукового дослідження. Ультрасонографія колінного суглобу дає можливість правильно діагностувати, і в цілому вчасно і правильно проводити необхідне лікування.

Перспективою подальших досліджень є вдосконалення розробленого алгоритму оцінки симптомів з метою більш якісної та своєчасної діагностики з використанням наявних ресурсів.

Список літератури

1. Коваленко В. Н. Застосування МРТ і УЗД у діагностиці остеоартрозу / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич // Укр. ревматол. журн. – 2010. - № 39. – С. 55–86.

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