

щитоподібної залози. Чоловіків - 14, жінок - 164. Їх вік коливався від 15 до 65 років, тривалість захворювання від 3 місяців до 5 років. У 72 хворих була тяжка форма тиреотоксикозу, у 106 - тиреотоксикоз середньої ступені тяжкості. Гістохімічні дослідження видаленої під час операції тканини щитовидної залози проводили за загально визнаними методиками; мікроскопічні - на електронному мікроскопі УЕМВ -100 К.

В першій групі хворих (86 спостережень) гістохімічно в колоїді переважали кислі глікозаміноглікани, в цитоплазмі тиреоцитів накопичувалися рибонуклеопротейди, білково-вуглеводні сполучення, в основній речовині сполучнотканинної строми - гіалуронова кислота.

Електронномікроскопічно відмічались виражені дистрофічні та гіперпластичні зміни органел більшості тиреоцитів. Вони характеризувались набуханням матриксу мітохондрій, нерівномірним розширенням каналців цитоплазматичної сітки, зміною кількості вільних та мембранозв'язуючих полірибосом, накопиченням цитогранул та макровезикул поблизу цистерн пластинчатого комплексу. Таким хворим проводилась субтотальна резекція щитовидної залози з залишком до 3,0 грамів тканини залози з кожного боку.

У другій групі оперованих (92 спостереження), на відміну від першої, в тканині щитовидної залози переважали нейтрофільні глікозаміноглікани в складі колоїду, вміст рибонуклеопротейдів в цитоплазмі тиреоцитів знижений, в міжклітинній тканині невеликі ділянки лімфоїдної інфільтрації. Електронномікроскопічно цитоплазматична сітка представлена короткими каналцями, кількість вільних та мембранозв'язуючих полірибосом зменшена, мітохондрії нечислені, в деяких з них вогнищева деструкція кист та набухання матрикса, пластинчатий комплекс не змінений. Таким хворим проводилась економна резекція щитовидної залози із залишенням 6 - 8 грамів її тканини по обидва боки від трахеї.

Спостереження за оперованими хворими показали, що гістохімічні та електронномікроскопічні дослідження є цінним підґрунтям у виборі об'єму операції у хворих токсичним зобом.

ЗАСТОСУВАННЯ НОВИХ ШОВНИХ МАТЕРІАЛІВ В УРОЛОГІЇ

Ю.М. Кудрявцев, В.М. Пащенко, А.О. Яценко, А.С. Колесниченко (Суми)

Поряд із збільшенням складності оперативних втручань постійно зростають вимоги до якості їх виконання, так як від неї залежить кінцевий результат хірургічного лікування хворих. Одним із розповсюджених ускладнень хірургічних втручань в урології, які виникають в зв'язку з недоліками шовних матеріалів, є розходження швів з подальшим просочуванням сечі через рану.

В урологічній практиці при зашиванні органів сечостатевої системи широко вживаним є застосування кетгуту. Разом з тим, кетгут не відповідає вимогам до ідеального шовного матеріалу (біосумісність, біодеградація,

атравматичність, міцність нитки та її збереження до утворення рубця). Кетгут викликає виражену реакцію тканин, строки його розсмоктування непередбачені, він втрачає 50% своєї міцності на протязі 2-10 днів після операції, його міцність нижча, ніж більшості синтетичних ниток, що потребує ниток більшого діаметру, є дані про високу абсорбційну здатність кетгута, що підвищує ризик інфікування рани. У зв'язку з вищенаведеним, пошук нових надійних шовних матеріалів не втрачає своєї актуальності.

Метою даного дослідження була оцінка застосування синтетичних розсмоктуючих матеріалів при хірургічному лікуванні доброякісної гіперплазії простати. Під нашим спостереженням знаходились 46 хворих, яким в 2000-2001 рр. була виконана позадулонна позаміхурова простатектомія (ряд урологів застосовують термін аденомектомія). В залежності від виду застосованих шовних матеріалів всіх оперованих поділили на 2 клінічні групи. Основну групу склали 32 хворих, у яких при операції застосовувались синтетичні розсмоктуючі нитки: дексон II – 20 чол.; PDS (полідіаксонон) – 8 чол.; вікрил – 4 чол. В контрольну групу ввійшли 14 пацієнтів, у яких при операції застосовувався полірований кетгут американського виробництва. В обох клінічних групах застосовувались однакові методи дослідження, операції були виконані загальноприйнятими методами та в однакових умовах. По віку, функціональному стану сечостатевої системи, перенесеним соматичним захворюванням, а також по об'єму оперативного втручання та показам до нього основна та контрольна групи були ідентичні. В післяопераційному періоді в залежності від його перебігу всім хворим проводилась адекватна терапія (інфузійна, антибактеріальна, симптоматична).

Як показали наші спостереження, у більшості хворих основної групи післяопераційний період протікав благополучно, не потребував додаткових методів лікування, лише у 1 хворого (3%) спостерігалась серома передміхурового простору, яка потребувала дренивання. Просочування сечі та нагноєнь післяопераційної рани в цій групі ми не спостерігали. В контрольній же групі післяопераційні ускладнення спостерігались значно частіше, так у 4 хворих (28,5%) було просочування сечі через п/о рану, причому у 1 хворого (7%) з подальшим її інфікуванням. Ці явища потребували додаткової антибактеріальної терапії, негативно вплинули на вартість лікування хворих. Ми провели порівняльний аналіз кількості ліжко-днів, проведених пацієнтами в стаціонарі після хірургічного лікування. В основній групі середній післяопераційний ліжко-день склав 9 ± 2 , тоді як у контрольній – 17 ± 4 доби ($p < 0,01$).

Відмітимо, що суб'єктивним недоліком монофіламентної нитки PDS була висока вірогідність розпускання першого вузла. Найбільш зручним в роботі матеріалом був дексон II, його покриття зменшує травмування тканин при протягуванні нитки, відмінно тримається перший вузол.

Таким чином, застосування синтетичних розсмоктуючих шовних матеріалів дозволило суттєво скоротити перебування пацієнтів в стаціонарі після операції. В силу обмеженого поступлення на наш ринок, відносно до-

роговизни, а також не в останню чергу внаслідок консерватизму хірургів, ці матеріали в нашій країні поки що не знайшли широкого застосування. Виробництво сучасних видів хірургічних ниток на вітчизняному ринку допоможе покращити якість надання спеціалізованої хірургічної допомоги.

УРАЖЕННЯ ХРЕБТА ТА КРИЖОВО-КЛУБОВОГО З'ЄДНАННЯ ПРИ ПСОРІАЗІ

О.А. Бур'янов, В.П. Кваша (Київ)

Однією з найбільш складних проблем сучасної ортопедії і травматології являється попередження, рання діагностика та лікування дегенеративно-дистрофічних уражень хребта загалом та при псоріатичному артриті (ПА) зокрема. ПА зустрічається від 5 до 60 % випадків серед пацієнтів хворих на псоріаз, в два рази частіше серед чоловіків у віці від 25 до 54 років (63,63 %). Ураження апарату руху та опори при псоріазі призводить до втрати працездатності та інвалідизації пацієнтів. Слід вказати на зростання кількості пацієнтів на ПА.

Лікування ПА викликає значні труднощі не тільки в зв'язку з відсутністю чітких уявлень про генезис структурно-функціональних змін апарату руху та опори, але й поєднанням шкіряних та суглобових уражень. Ці патологічні процеси взаємо підсилюють перебіг захворювання, а в багатьох випадках створюють неможливість використання тих чи інших препаратів, так як останні негативно впливають на перебіг однієї з цих складових.

При обстеженні 252 пацієнтів, ураження хребта встановлено в 21,6% випадків, а крижово-клубового з'єднання в 53,2%.

По характеру перебігу уражень хребта розрізняли гостре, підгостре та хронічне. На основі аналізу структурно-функціональних порушень виділяли 4 фази: адаптації, напруження компенсаторних механізмів, зрив компенсації, декомпенсація. В залежності від ступеню прогресування декомпенсації трофічних систем хребцевого сегменту та регуляторних центрів розрізняли наступні типи перебігу захворювання: стабільний, прогресуючий, регресуючий і рецидивуючий.

Комплексне лікування уражень хребта при ПА можливо розділити на наступні групи:

- медикаментозні заходи і способи, які використовуються з метою патогенетичної терапії для прискорення реституції та регенерації, стимуляції компенсації, імунної та гормональної корекції і т.п.;
- фізіо-, бальнеологічні заходи;
- методи мануальної терапії;
- лікувальна фізкультура, масаж / при відсутності уражень шкіри в патологічній ділянці/;
- корсето- та ортезотерапія;