

провідних причин продовження та прогресування захворювання в тиреоїдному залишку і виникнення ПРЗ.

7. Операції з приводу ПРЗ є технічно складними та супроводжуються значною кількістю ускладнень: транзиторні гіпокальціємії розвинулися у 21 (9,72%) хворого, постійними залишилися у 4 (1,85%).

8. Розроблені алгоритм і технологія виконання хірургічного втручання у хворих на ПРЗ дозволили зменшити кількість специфічних ускладнень операцій на ЩЗ: постійних травм поворотних гортанних нервів у 1,8 разу, верхніх гортанних (голосових) нервів — більше, ніж у 2 рази, а гіпокальціємії — у 2,6 разу.

В.І. Пантьо, В.М. Шимон, Р.М. Сливка, С.С. Чундак

ВИКОРИСТАННЯ ЛАЗЕРНОЇ ОСТЕОПЕРФОРАЦІЇ ТА РЕГІОНАРНОЇ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Ужгородський національний університет, Ужгород

За даними літератури, лише 50% хворих після ампутації кінцівки здатні пересуватись у межах квартири. У 50-70% випадків гнійно-некротичний процес розвивається й на другій кінцівці, що нерідко стає показанням до її ампутації. Саме тому лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок за цукрового діабету (ЦД) є складним, часто неефективним і вимагає значних моральних, матеріальних і фізичних витрат.

У патогенезі судинних розладів значне місце посідає стан мікроциркуляції, яка відіграє основну роль у компенсаторних механізмах за розвитку ішемії тканин. Переважно периферичний тип ураження судин нижніх кінцівок зі включенням у процес підколінних, гомілкових та артерій стопи, значні порушення мікроциркуляторного русла обмежують можливості судинного хірурга адекватно відновити кровообіг за діабетичних ангіопатій. На відміну від "чистого" атеросклерозу з ураженням стегнових і підколінних артерій, за діабетичної макроангіопатії процес, як правило, локалізується нижче коліна, у дистальних відділах кінцівок, що обумовлено раннім приєднанням характерних для діабету уражень дрібних судин. Консервативна терапія у цих хворих не дає очікуваного ефекту, сподіватися на задовільний результат реконструктивних операцій також не доводиться.

Ми провели обстеження та комплексне лікування 14 хворих на цукровий діабет 2-го типу з ішемічною формою синдрому діабетичної стопи (СДС), яким із тих або інших причин не проводились реконструктивні операції. Усі пацієнти перебували на лікуванні у хірургічному відділенні Ужгородської відділкової клінічної лікарні протягом

2007-2008 року. Вік хворих складав від 53 до 68 років, жінок було 3, чоловіків — 11.

Усім хворим виконано катетеризацію а. epigastrica inferior із наступним проведенням регіонарної внутрішньоартеріальної пролонгованої терапії (РВПТ), яка включала інфузію низькомолекулярних декстранів (реополіглюкіну); ангіопротекторів — пентоксифіліну, солкосерилу; антиагрегантів — діпіридамолу, курантилу; нікотинової кислоти; новокаїну, магнію сульфату, гепарину, антибактеріальних препаратів згідно з антибіотикограмою. РВПТ проводили безпосередньо через а. epigastrica inferior в а. iliaca externa та забезпечували інфузоматами "ВЕДА-2" та "Lineomat" цілодобово протягом перших 3-4 діб із наступним переходом на 8-10-годинні інфузії щоденно. Через переважання серед хворих людей похилого віку з тяжкою супутньою патологією (насамперед серцевою), прагнули до зменшення об'єму лікарських препаратів, які вводяться, що й забезпечували даною методикою.

Одночасно хворим проводили лазерну остеоперфорацію великогомілкової кістки з метою стимуляції неоангіогенезу за рахунок кровообігу кісток гомілки. Для цього використовували сертифікований вітчизняний високо інтенсивний діодний лазер "Ліка хірург" із довжиною хвилі 940 нм, потужністю до 32 Вт у постійному та модульованих режимах роботи. Оперативне втручання проводили під загальним знеболенням пункційним методом по бокових поверхнях великогомілкової кістки за допомогою моноволоконного світловоду діаметром 1,0 мм, який підводився до кістки через голку відповідного діаметра. Оперативне втручання займа-

ло 10-15 хвилин на одну кінцівку. У 8 хворих проведено остеоперфорацію з одного боку, у 6 — двобічну.

У поопераційний період проводили РВПТ і лазеротерапію, яка полягала у проведенні ВЛОК червоним лазером (3 мВт, експозиція — 40 хв., кількість процедур — 8-10) і місцеву магніто-лазерну терапію (інфрачервоний лазер 80-100 мВт, магніт 50 мТл), що дозволяло швидше зняти запальні явища, пришвидшити неогенез із судин кістки.

Спостерігали ознаки поліпшення кровообігу, зменшення болю, подовження інтервалу ходи у більшості хворих. Рентгенологічно у місці остеоперфорації виявляли лінійні зони остеопору від коркового шару до зони кістковомозкового каналу. Відзначали також позитивну динаміку деяких імунологічних показників і показників ендотоксикозу.

Пункційні поопераційні рани загоїлись протя-

гом 4-6 діб. Початкові гнійно-некротичні процеси на дистальних ділянках нижніх кінцівок регресували з цілковитою епітелізацією дефектів у 10 хворих (71,4%), у 4 осіб проведено ампутації на різних рівнях: у 3 — в межах стопи (21,4%), у 1 — на рівні стегна (7,2%).

Використання регіонарної внутрішньоартеріальної терапії та малоінвазійних оперативних втручань із використанням високо інтенсивного напівпровідникового лазера, а також низько інтенсивного лазерного випромінювання у поопераційний період дозволяє зменшити ступінь ішемії, ліквідувати або обмежити гнійно-некротичні процеси на нижніх кінцівках у хворих з ішемічною формою СДС. Лазерна остеоперфорація великогомілкової кістки є мало травматичним ефективним оперативним втручанням, яке може бути використане за ішемії тканин нижніх кінцівок різного генезу.

Г.Д. Попандопуло, А.Г. Попандопуло, Д.А. Попандопуло, Е.П. Корчагін, С.В. Ярошак, Д.Е. Штода, І.Ю. Ваганова

ІНФОРМАТИВНІСТЬ МАЛОІНВАЗІЙНИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ ВУЗЛОВИХ УТВОРЕНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Інститут невідкладної і відновної хірургії імені В.К. Гусака АМН України, Донецьк

Через відсутність чітких патогномонічних ознак клінічна діагностика пухлин щитоподібної залози (ЩЗ) може становити значні труднощі. Наразі існують різні методи діагностики пухлин ЩЗ, такі як радіонуклідна діагностика, магнітнорезонансна томографія, комп'ютерна томографія тощо, проте всі вони не одержали широкого поширення через високу вартість і технічну складність дослідження.

Вузлові утворення ЩЗ шляхом пальпації виявляються у 4-7% населення, а за даними УЗД — у 30-50% жителів, але лише у 3-5% із них дані вузли є злоякісними й вимагають хірургічного втручання. Із введенням такого методу передопераційної діагностики, як тонкоіголова пункційна аспіраційна біопсія, кількість оперативних втручань за захворювань ЩЗ зменшилася значною мірою. Зараз не викликає сумніву, що будь-якому хірургічному втручання на ЩЗ має передувати цитологічне дослідження, від результатів якого багато в чому залежить обсяг оперативного лікування. Процедура проста, безпечна, порівняно дешева й може виконуватися в амбулаторних умовах. Метод цитологічного дослідження дає можливість значною мірою підвищити якість передопераційної діагностики ти-

реїдних пухлин. Також ТАПБ і наступне цитологічне дослідження дозволяють виявити злоякісні пухлини невеликого діаметру на ранній стадії захворювання.

На базі відділення абдомінальної хірургії і політравми ІНВХ ім. В.К. Гусака АМН України з 2005 року функціонує діагностична служба з інтервенційними малоінвазійними дослідженнями, основне завдання якої — виконання ТАПБ під контролем УЗД. За цей проміжок часу було проведено 677 ТАПБ ЩЗ, за результатами яких прооперовано 220 пацієнтів (32,49%). Ми використовуємо техніку стандартного забарвлення пунктату барвниками May-Grunwald та Giemsa (MGG).

За нашими даними, інформативність ТАПБ складала 78,1%. Результати цитологічного та гістологічного досліджень збігалися у 77,9% випадків. Злоякісні новоутворення виявлено у 26 спостереженнях. З них папілярний рак — у 15 пацієнтів, фолікулярний — у 6, медулярний — у 2, недиференційований рак (дрібноклітинний тип) — у 3 осіб. Отже, показники інформативності ТАПБ і збігу висновків цитологічного та гістологічного досліджень перебувають на досить високому рівні. У групі хворих, у яких за резуль-