

Змін шкіри: білі стрії на грудях, на стегнах, сідницях спостерігали в 26,5 % пацієнтів, гіпереластоз – в 15,6 %, геморагічні телеангіоектазії – в 7,2 %. Грижі діагностовано в 6 % хворих, сколіоз хребта – в 9,6 %, остеохондроз – в 18,9 %. У 19,3 % пацієнтів з аритмією виявлено гіпермобільність суглобів різного ступеня. Про неповноцінність сполучної тканини при аритміях свідчили стигми дизембріогенезу (малі аномалії розвитку), серед яких зустрічали аномалії вушних раковин (великі та малі вуха, відкоплені деформовані вушні раковини) – у 14,6 %, макродактилія великого пальця стопи – в 36,1 %.

У серцево-судинній системі часто діагностували аномальні хорди шлуночків серця (АХШС) – у 29,1 % осіб. Деформація порожнини шлуночків серця, турбулентний потік крові при АХШС викликали діастолічну дисфункцію, створювали особливі умови функціонування серця, провокуючі тригерні фактори призводили до розвитку аритмій. Найчастіше серед порушення провідності спостерігали: блокади ніжок пучка Гісса – в 4,7 % осіб, АВ-блокади 1 ступеня – в 4,1 %, АВ-блокади 3 ступеня – в 1,6 %. Серед порушень ритму серця поширені фібриляція передсердь – у 17,7 % хворих, шлуночкова екстрасистолія – в 13,1 %, синусова тахікардія – в 5,7 %, надшлуночкова тахікардія – в 2,2 %, шлуночкова тахікардія – в 1,7 %, синусова аритмія – в 1,7 %. У 11,2 % хворих спостерігали варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Вроджені вади серця, зокрема коарктацію аорти виявили – в 2,2 % осіб. Зміни судин, зокрема аневризма аорти – в 2,2 %, стеноз гирла аорти – в 3,6 %, пролапс мітральної стулки – в 2,4 %.

Серед внутрішніх ознак ДСТ у 6,1 % пацієнтів виявлено кісти нирок, полікістоз – у 3,6 %, неповне подвоєння нирки – в 9,6 %, нефроптоз – у 3,2 %. Частим проявом дисплазії сполучної тканини внутрішніх органів є патологія зору у вигляді ангіопатії – в 38,5 %, міопії – в 8,3 %. Аномалії жовчового міхура (перегини, перетинки) діагностовано в 16,9 %.

При лабораторному обстеженні ліпідного спектру крові виявлені зміни, характерні для активації атерогенезу: підвищення в крові рівня загального холестерину в 39,8 % випадків, холестерину ЛПНЩ – у 47,1 %, зниження вмісту холестерину ЛПВЩ – у 14,4 %, достовірне підвищення коефіцієнту атерогенності – у 48,3 %. Підвищення показників тригліцеридів спостерігали в 15,5 % хворих, С-реактивного протеїну – в 18 %, серомукоїдів – в 12,1 %.

Висновки. Отриманні результати свідчать про широке розповсюдження недиференційованої дисплазії сполучної тканини в хворих з порушенням ритму та провідності серця. Частота поширення аритмій достовірно вища серед пацієнтів з більш вираженими клінічними проявами дисплазії сполучної тканини.

Визначення ступеня вираженості дисплазії сполучної тканини в поєднанні з показниками активності запального процесу (С-реактивного протеїну, серомукоїдів) і ліпідного спектру крові в хворих з аритмією допомагає прогнозуванню тяжкості клінічного перебігу захворювання, може бути використане при плануванні профілактичних та лікувальних заходів.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТКОВОГО ПАНАРИЦІЮ КІСТІ

Шекера Г. Г.

Житомирський обласний центр Медико-соціальної експертизи (Україна)

Актуальність. Кістковий панарицій кисті є одним з найбільш поширених захворювань в хірургічній практиці, про що свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених цій патології. Значна поширеність захворювання, поява нових клінічних особливостей перебігу та різноманітності проявів трактує необхідність розробки сучасних методів профілактики, діагностики та лікування.

Мета дослідження: покращення хірургічного лікування кісткового панарицію кисті.

Матеріали та методи. У відділенні Чернігівського Центрального військового госпіталю ЗС України Північного оперативного командування за період з 1992-2001 рр. прооперовано 76 хворих з кістковим панарицієм. Серед них у 32 хворих діагностовано ураження 1-го пальця, у 23 хворих ураження 2-го пальця та у 19 хворих інші пальці. Вік хворих складав від 18 до 45 років. У службовців строкової служби було 65 (85,5 %), офіцерів – 1 (1,3 %), інших -10 (13,2 %) хворих – всі чоловіки. Незначна кількість серед хворих офіцерів та відсутність жінок пов'язана з тим, що основна частина хворих відмовлялась від стаціонарного лікування і знаходилася на амбулаторному лікуванні або лікувалась у міських лікарнях. На початковій стадії на рентгенограмах відмічається остеопороз бугристості нігтьової фаланги, а ознаки краювої деструкції (68,4 %) з'являються на 11-14 добу, а на середній через 18-20 діб від початку захворювання, що вирішує питання хірургічної тактики. Причинами були: садно - у 44 хворих (57,8 %), занози - у 22 хворих (22,8 %), подряпини - у 8

(10,5%), колоті рани у 2 (2,6%) хворих. У залежності від методики хірургічного лікування хворі були розділені на 3 групи. В першій групі - у 20 хворих виконувався розтин гнійника. Другу групу склали 52 хворих, яким виконувалась крайова секвестректомія. Третя група - класична методика субтотальна секвестректомія у хворих.

Результати та їх обговорення. Середній ліжко-день склав 27,3 доби. Більша частина 50 хворих прибувала з ускладненням, як недостатньо лікованого підшкірного панарицію, що склало 65,8% (лікувалися в лікарнях за місцем служби, в МП частин). Інша частина складала 26 (5,3%) хворих у зв'язку з пізнім зверненням за медичною допомогою (лікувалась амбулаторно при МП частини і вдома після того, як проходила безсонна ніч і з'явилась відсутність руху в пальці). Кістковий панарицій середньої та основної фаланги пальців кисті зустрічається значно рідше і є ускладненням підшкірного та сухожильного панарицію, і як первинна форма виникає рідше. Дефектів, що привели до зміни категорії придатності до військової служби – не було.

Висновки. Оперативне лікування кісткового панарицію кисті має бути невідкладним і виконуватися в найближчі 1-3 дні після появи гострого запалення в хірургічних відділеннях за всіма правилами лікування гнійної хірургічної інфекції.