

без клінічних ознак атеросклеротичних уражень судин. Встановлено, що порушення ліпідтранспортної системи носили атерогенний характер і проявлялися збільшенням вмісту загального холестерину, тригліцеридів і ХС ЛПДНЩ, зниженням вмісту ХС ЛПВЩ. Вважаємо, що порушення ліпідтранспортної системи пов'язані з низькою активністю ліпопротеїнази, що слід розглядати як можливий патогенетичний механізм атеросклерозу.

Ключові слова: ліпідний профіль, ліпопротеїназа, атеросклероз.

Kotyuzhinskaya S.G., Gozhenko A.I.

PATHOGENETIC MECHANISMS MALFUNCTION LIPID TRANSPORT SYSTEM HYPERLIPIDEMIA

Summary. *The condition of lipid-transport system in patients with diffuse cardio sclerosis and ischemic heart disease without clinical signs of atherosclerotic vascular lesions was examined. We found that lipid-transport system disorders wore atherogenic character and manifested an increase in total cholesterol, triglycerides and VLDL, decreased HDL cholesterol content. We believe that violations of lipid transport system associated with low activity of lipoprotein lipase, which should be considered as a possible pathogenetic mechanism of atherosclerosis.*

Key words: lipids' profile, lipoprotein, atherosclerosis.

Стаття надійшла до редакції 15.04.2014 р.

Котюжинская Светлана Георгиевна - к. мед. н., доцент кафедры общей и клинической патологической физиологии Одесского национального медицинского университета; +38 098 437-84-22; sveta67kot@mail.ru

Гоженко Анатолий Иванович - д. мед. н., профессор, Заслуженный врач науки та техніки України, директор ДП "Український науково-дослідний інститут медицини транспорту" МОЗ України; +38 048 722-53-64; gozhenko@mail.ru

© Ерошкин А.А., Михайличенко В.Ю.

УДК: 616.5-008.811.1:616.839-089.87-072.1

Ерошкин А.А.¹, Михайличенко В.Ю.²

Центральный госпиталь МВД Украины¹ (ул. Бердичевская, 1, г. Киев, 04116, Украина); ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины"² (пр. Ленинский, 47, г. Донецк, 83045, Украина)

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛАДОННОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Резюме. *Видеоэндоскопическая торакальная симпатэктомия в настоящее время используется для лечения ладонного гипергидроза. В основу работы положен совместный анализ 110 торакоскопических симпатэктомий, выполненных по поводу идиопатического или первичного ладонного гипергидроза. Торакоскопическую симпатэктомию выполняли по классической методике на уровне Th 2-3. Торакоскопическая симпатэктомия при первичном гипергидрозе с 97,3% эффективностью, при минимальном количестве осложнений, позволило достичь желаемого эффекта. Дифференцированный выбор пациентов путем использования дооперационного теста с использованием лидокаиновой блокады позволяет снизить число осложнений на 6,3%.*

Ключевые слова: ладонный гипергидроз, торакоскопическая симпатэктомия.

Введение

Торакоскопическая симпатэктомия (ТСЭ) с каждым годом приобретает все большую популярность при различной патологии - облитерирующих заболеваниях артерий верхних конечностей, ладонном и подмышечном гипергидрозе, блашинг-синдроме и др. [Голубев и др., 2009; Каримов и др., 2011]. По современным данным ведущим звеном в патогенезе неокклюзионной ишемии верхних конечностей является дисфункция вегетативной нервной системы, главным образом, гипертонус симпатической системы, вызывающий стабильный спазм дистального периферического русла. Соответственно принципиальным направлением в лечении хронической дистальной ишемии верхних конечностей является устранение спазма сосудов [Гринь и др., 2014].

Цель - изучить эффективность использования торакоскопической симпатэктомии при лечении идиопатического или первичного ладонного гипергидроза.

Материалы и методы

В основу работы положен совместный анализ Цен-

трального госпиталя МВД Украины и ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины" 146, из которых 110 торакоскопических симпатэктомий выполненных по поводу идиопатического или первичного ладонного гипергидроза. Средний возраст пациентов был 24,3±5,6 лет, мужчин было 47 (42,7%), женщин - 63 (57,3%). Среди пациентов сочетание с аксиллярным гипергидрозом было в 24 случаях (21,8%), краниофасциальный - 11 (10%) и блашинг-синдром - 2 (1,8%). Основной жалобой пациентов до операции было выраженная потливость ладоней, в 36 (32,7%) случаях с явлениями мацерации кожи в межпальцевых промежутках, постоянно мокрая одежда в подмышечной области. Следует отметить, что более половины пациентов были заняты общественной работой, связанной с деловыми встречами, что приводило к социальному дискомфорту. Также у 87 пациентов (79,1%) повседневно работали на стационарном компьютере или ноутбуке, что также приводило к дискомфорту по понятной причине; 39 пациентов (35,5%) обратились после неуспешного лечения в косметичес-

ких центрах, где была попытка ликвидировать гипергидроз консервативными методами. Перед оперативным лечением всем пациентам выполняли рентгенографию грудной клетки, общепринятые клинические исследования, подписывали согласие на оперативное вмешательство и информировали про возможные осложнения. Группу сравнения составили 36 пациента с ладонным гипергидрозом, которых выбирали после отрицательного теста - лидокаиновой блокады грудного симпатического ствола на уровне Th 2-4. Тех пациентов, у которых временно наступал блэшнинг-синдром, синдром Горнера, оперативно не лечили.

Торакоскопическую симпатэктомию выполняли по классической методике на уровне Th2-3. Оперативное вмешательство выполняли под эндотрахеальной интубацией одного легкого, используя лапароскопическое оборудование фирмы "Olympus". Операционное поле ограничено: сзади - задней подмышечной линией, сверху - подмышечной впадиной, спереди - среднеключичной линией, снизу V ребром. Прокол для наложения карбокситоракса выполняли в V межреберье по передней подмышечной линии. Иглой Вериша пунктировали грудную клетку строго перпендикулярно к её поверхности. После прокола игле придавали наклонное положение, чтобы уменьшить опасность повреждения лёгкого при дыхательных движениях. В плевральную полость с помощью инсультатора нагнетали углекислый газ до создания давления 6,5-6,7 мм рт.ст. Второй троакары вводили в V межреберья по передней подмышечной линии или несколько медиальнее в намеченной ранее точке в центре межреберья делали разрез кожи длиной до 0,5-1 см параллельно ходу ребер, через разрез производили торакоцентез торакопортом, стилет которого удаляли. При правильной постановке камеры и рабочего инструмента они шли параллельно, что позволяло четко контролировать манипуляцию. При плохом колабировании легкого ее дополняли тракцией последнего камерой, чтобы четко визуализировать симпатический ствол. После этого проводили симпатотомию на уровне Th2-3 и дренировали по Бюлау. На следующие сутки выполняли контрольное рентгеновское исследование грудной клетки и при отсутствии патологических изменений (выпот, большое количество газа) удаляли дренаж и пациента выписывали на амбулаторное лечение. В послеоперационном периоде оценивали эффективность оперативного лечения, наличие стойкого эффекта и количества осложнений.

Результаты. Обсуждение

В послеоперационном периоде 89 (80,9%) использовали ненаркотические анальгетики в течении 1-2 дня послеоперационного периода для купирования невыраженного болевого синдрома в области постановки троакаров. Выраженный патологический болевой синдром встретили у 4 пациентов (3,6%), который был ликвидирован блокадой 2% лидокаина+дексаметазон в тече-

нии 4 суток. Подкожная эмфизема, не требующая какого-либо действия и проходящая самостоятельно в течении 3-5 дней была у 9 пациентов (8,2%), пневмоторокс был у 5 пациентов (4,6%), который наблюдался у пациентов, которым во время торакоскопии разъединяли спайки между легким и париетальной плеврой, после раннее перенесенных воспалительных заболеваний. Из них у 1 (0,9%) в связи с колабированием легкого, дренаж по Бюлау был удален на 3 сутки с благоприятным течением. Постооперационный экссудативный плеврит в раннем послеоперационном периоде был у 2 пациентов (1,8%), который был ликвидирован однократной пункцией с получением 120 и 150 мл экссудата. Как правило, выраженный положительный эффект операции был виден уже на операционном столе в виде потепление конечности со стороны операции и более сухой кожи ладони, чем на неоперированной. Пациенты с повторной жалобой на ладонный гипергидроз не возвращались в клинику наших учреждений. Невыраженный синдром Горнера наблюдался у 13 пациентов (11,8%), самостоятельно проходящий в течении 1 месяца послеоперационного периода. Выраженный компенсаторный гипергидроз был у 3 (2,7%) пациентов, что потребовало длительного консервативного лечения. Интраоперационные осложнения (кровотечения из межреберной вены) были в 4 случаях (3,6%). Из 107 прооперированных нами пациентов 97,3% были полностью удовлетворены оперативным лечением, 1 (0,9%) не заметили каких-либо изменений и 2 (1,8%) не были удовлетворены результатами операции. Свое дальнейшее лечение проводили по разным методикам в косметологических клиниках, в 1 (0,9%) случае нам удалось отследить результат: пациент также не получил желаемого эффекта ни со стороны операции, ни с интактной стороны. В в послеоперационном периоде в группе сравнения блиэшнинг-синдром не был зарегистрирован ни у одного пациента, а преходящий синдром Горнера диагностировали у 2 (5,5%).

Таким образом, дифференцированный выбор пациентов путем проведения дооперационного теста позволяет снизить число осложнений на 6,3%, что позволяет рекомендовать его для повсеместного применения перед торакоскопической симпатэктомией.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. На данный момент развития эндоскопической хирургии, лечение различных патологических состояний, а также первичного ладонного гипергидроза, позволяет добиться с высокой эффективностью (97,3%) желаемого успеха.

2. В наших наблюдениях мы не встретились с серьезными осложнениями торакоскопической симпатэктоми. Двустороннее вмешательство нами было выполнено с промежутком 3 суток у 14 пациентов (12,7%) с положительным эффектом. Одномоментно двустороннее вмешательство не проводили. В случаях техничес-

ких трудностей мы ставили дополнительно третий троакар с введением вспомогательного инструмента у 3 пациентов (2,7%).

3. Таким образом, оперативное лечение первичного гипергидроза позволяет при условиях "хирургии одного дня", минимальных экономических затрат и удовлетворительной социальной адаптации пациентов, малотравматичности достичь отличный эффект лечения, что позволяет рекомендовать ее к широкому клиническому применению.

4. Использование предоперационной лидокаиновой блокады симпатического грудного ствола, позволило исключить из группы риска пациентов, что позволило снизить почти в 2 раза количество осложнений в послеоперационном периоде.

Перспектива дальнейшего использования лидокаиновой блокады перед выполнением торакоскопической симпатэктомии позволит минимизировать количество послеоперационных осложнений и корректировать уровень десимпатизации.

Список литературы

- Комплексный регионарный болевой синдром верхней конечности: новые возможности лечения с помощью торакоскопической симпатэктомии / В.Г.Голубев, А.И.Крупаткин, В.Т.Зейналов [и др.] // Медицинская сестра. - 2009. - №5. - С.10-12.
- Наш опыт торакоскопических и лапароскопических операций на органах грудной и брюшной полости / В.К.Гринь, О.И.Миминошвили, Г.Д.Попандопуло [и др.] // Вестник неотложной и восстанов. медицины. - 2014. - Т.15, №2. - С.124-128.
- Опыт торакоскопической симпатэктомии при дистальных поражениях артерий конечностей / Ш.И.Каримов, У.Б.Беркинов, Н.Ф.Кротов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2011. - Т.17, №1. - С.131-136.

Ерошкин О.А., Михайличенко В.Ю.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ТОРАКОСКОПІЧНОЇ СИМПАТЕКТОМІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ДОЛОННОГО ГІПЕРГІДРОЗУ

Резюме. Відеоендоскопічна торакальна сімпатектомія в цей час використовується для лікування долонного гіпергідрозу. В основу роботи покладений спільний аналіз 110 торакоскопних сімпатектомій виконаних із приводу ідіопатиченого або первинного долонного гіпергідрозу. Торакоскопичну сімпатектомію виконували за класичною методикою на рівні Th2-3. Торакоскопична сімпатектомія при первинному гіпергідрозі з 97,3% ефективністю, при мінімальній кількості ускладнень, дозволило досягти бажаного ефекту. Диференційований вибір пацієнтів шляхом використання доопераційного тесту з лідокаїною блокою, дозволяє знизити число ускладнень на 6,3%, що дозволяє рекомендувати його для повсюдного застосування перед операцією торакоскопичної сімпатектомії.

Ключові слова: долонний гіпергідроз, торакоскопична сімпатектомія.

Yeroshkin A.A., Mykhalychenko V.Yu.

THORACOSCOPIC SYMPATHECTOMY IN TREATING OF PALMAR HYPERHIDROSIS

Summary. Endoscopic thoracal sympathectomy in the present time is used for treatment of palmar hyperhidrosis, stressful blush (blushing syndrome), and complex regional pain syndrome of upper extremity, vasospastic acrocyanosis as well as other pathologies. In the study basement was put a combined analysis of Central Hospital of Home Affairs of Ukraine and SI "Institute of Urgent and Recovery Surgery n.a. V.K. Gusak of NAMS of Ukraine" of 110 thoracoscopic sympathectomies on the occasion of idiopathic or primary palmar hyperhidrosis. Thoracoscopic sympathectomy in the primary hyperhidrosis was successful in 97,3%. Bilateral intervention was provided with three-day interval in 14 patients (12,7%) with the positive effect. In the case of technical complications we implemented additional third troacar with the introduction of subsidiary instrument for three patients (2,7%). Differentiated method for patient's choose by implementation of pre-operative test with Lidocaine blockade allows to decrease the complication number on 6,3%.

Key words: palmar hyperhidrosis, thoracoscopic sympathectomy.

Стаття надійшла до редакції 24.04.2014 р.

Ерошкин Алексей Андреевич - к. мед. н., врач-нейрохирург Центрального госпиталя МВД Украины, Киев; +38 066 724-38-65; yaroshkin@gmail.com

Михайличенко Вячеслав Юрьевич - д. мед. н., с. н. с., ученый секретарь ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины"; +38 050 981-18-00; pancreas1978@mail.ru

© Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю.

УДК: 616.14-07.64-056.24-085-089

Кузьменко О.В., Михайличенко В.Ю.

ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины" (пр. Ленинский, 47, г.Донецк, 83045, Украина)

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ И ФОАМ-FORM СКЛЕРОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН КЛАССА C2

Резюме. Применение комбинированных малоинвазивных методик лечения варикозной болезни нижних конечностей на данный момент почти полностью вытеснили традиционные оперативные вмешательства. Проанализированы резуль-