

РГМУ, 2000. - С. 164.
Проскурязова О. В. Приватні питання венозного кровообігу внутрішніх статевих органів жінок /Проскурязова О. В. // Допплерографія в гінекології ; під ред. Зикіна Б.І., Медведєва М.В. - М.: РАВУЗДПГ, Реальний час, 2000. - С. 133-144.

Ющенко А. Н. Варикозная болезнь малого таза: казуистика или распространенная болезнь? / Ющенко А. Н. / / Новости медицины и фармации. - 2005. - №9. - С. 14-16.
Langeron P. Тазовый венозный стаз, тазовое расширение вен (варикоцеле): гемодинамические, патогенетические и клинические проблемы; пер. с фр. Langeron P. // Phlebologie, Annales Vasculaires. - 2005. - № 2. - P. 155-159.

Cheong Y. Chronic pelvic pain: aetiology and therapy / Y. Cheong, R. Stones // Best. Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. - 2006. - Vol. 20 (5). - P. 695-711.

Чечуга С.Б., Силин Г.А.

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С ОВАРИКОВАРИКОЦЕЛЕ. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Резюме. Статья посвящена поиску патогномоничных клинических признаков у женщин репродуктивного возраста с овариовариоцеле и болевым синдромом путем проспективного анализа жалоб пациентов данной категории. Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что признаками, которые характеризуют пеллалгию у женщин с варикозным расширением яичниковых вен являются постоянная тупая или тянущая тазовая боль с иррадиацией в подвздошную и пояснично-крестцовую область. Провоцирующими факторами этой боли являются физическая нагрузка, вынужденное положение стоя и сидя, прерванный половой акт и вторая половина менструального цикла. Паритет родов может быть фактором риска развития овариовариоцеле.

Ключевые слова: тазовая боль, овариовариоцеле, варикозное расширение вен яичника.

Chechuga S.B., Silin G.A.

PAIN SYNDROME AMONG WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH OVARIAN VARICOSITY. CLINICAL CHARACTERISTICS

Summary. The article is devoted to the study of pathognomonic signs of symptomatic ovarian varicosity among women of childbearing age by prospective analysis of the patients' complaints. The results of this research indicate that characteristic signs of pelvic pain among women with ovarian varicosity are chronic dull or heavy pelvic pain with irradiation in iliac and lumbosacral region. The factors that exacerbate the pain are physical exercises, forced standing and sitting position, coitus interruptus, the second half of menstrual cycle. Birth parity can be a risk factor of ovarian varicosity development.

Key words: pelvic pain, ovarian varicosity.

Стаття надійшла до редакції 16.12.2014 р.

Чечуга Сергій Броніславович - д.мед.н., доцент кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 57-03-60

Сілін Геннадій Анатолійович - здобувач кафедри акушерства та гінекології № 2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 066 55-05-969

© Чирка Ю.Л.

УДК: 616.8-009.7-089

Чирка Ю.Л.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб з курсом нейрохірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ВИБІР ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ЗАП'ЯСТКОВОГО КАНАЛУ

Резюме. Запропоновані десятки підходів до хірургічного лікування компресійної тунельної невропатії середнього нерву в ділянці карпального каналу (синдрому зап'ясткового каналу). На сучасному етапі розвитку хірургії застосовуються як методи прямої декомпресії через лінійний розріз на долоні так і ендоскопічне розсічення поперечної зв'язки зап'ястка з використанням спеціальних ретракторів. Актуальним є вибір оптимального методу в залежності від визначених критеріїв. Прооперовано 48 пацієнтів з синдромом зап'ясткового каналу. В 18 випадках використовувалась ендоскопічна декомпресія середнього нерву, в 30 - пряма декомпресія. Через 30 днів після операції пацієнти були обстежені в клініці. В процесі аналізу виконано розподіл отриманих даних в залежності від ступені зменшення поперечного січення середнього нерву в карпальному каналі (<10% та ?10%) та тривалості захворювання (<6 міс. та ?6 міс.). Визначено вплив ступені зменшення поперечного січення середнього нерву та тривалості захворювання на відновлення чутливості в пальцях кисті та термін відновлення працездатності руки у прооперованих хворих. На основі отриманих даних наведені рекомендації відносно вибору хірургічного методу лікування.

Ключові слова: синдром зап'ясткового каналу, серединний нерв, ендоскопічна декомпресія.

Вступ

Компресійна тунельна невропатія середнього нерву (СН) в ділянці зап'ястка, або синдром зап'ясткового каналу (код МКХ 10 - G56.0), це захворювання пред-

ставлене комплексом симптомів, що викликані стисненням СН будь яким патологічним процесом в ділянці карпального каналу. Синдром зап'ясткового каналу (СЗК)

спричинений невідповідністю між розмірами зап'ясткового (капального) каналу і його вмістом [Szabo, 1991]. Симптоми СЗК часто є "пазлами", що симулюють інші захворювання. Прояви СЗК включають в себе акропарестезії особливо в 1, 2, 3 та половині 4 пальцях на кисті, біль в кисті, що може розповсюджуватись на всю руку до надпліччя, гіпо- або анестезія в дерматомі середнього нерву на кисті, зниження сили в долоні та пальцях, порушення сну через акропарестезії. Всі вищенаведені симптоми часто призводять до значної втрати функцій ураженої кисті та зниження якості життя хворих.

СЗК є найбільш розповсюдженою тунельною компресійною невропатією. Частота її виникнення в загальній популяції складає 1%, а симптоми які притаманні цій патології час від часу мають близько 10% дорослого населення [Occupational injuries..., 1982]. Більш ніж як 80% пацієнтів з КТС є старшими за 40 років. Відношення жінок до чоловіків складає як 4:1. Синдром є білатеральним в 50% випадків, але більше виражений в домінуючій руці.

Актуальним є визначення хірургічної тактики у хворих з СЗК. З часу Pierre Marie та Charles Foix (1913), які запідозрили розвиток цієї патології через стиснення СН в карпальному каналі, було запропоновано десятки різноманітних хірургічних методів декомпресії нерву. Кожна з них, враховуючи, по-перше, поліетиологічність СЗК, а по-друге, складність анатомічних структур та функцій кисті, має свої переваги і недоліки, що робить актуальним пошук диференційованого підходу до вибору методу хірургічного лікування.

Матеріали та методи

Метою всіх хірургічних втручань з приводу СЗК, незалежно від методики їх виконання, є розсічення поперечної зв'язки зап'ястку та звільнення СН від зовнішнього стиснення. Додатковим технічним прийомом, що використовується хірургами для досягнення регресу неврологічних розладів, є принцип віддаленості шкірного доступу та дистанційне розсічення поперечної зв'язки зап'ястку (ПЗЗ) з метою збереження природного захисту СН у вигляді шкіри, поверхневої фасції, жирової клітковини і долонного апоневрозу над СН в карпальному каналі, а також зменшення рубцювання на долонній поверхні кисті. Крім того, застосовується епіневротомія та видалення компресуючих факторів, таких як, синовіальні кісти, злукові зміни в карпальному каналі, новоутворення, остефіти тощо.

Класифікація хірургічних методів декомпресії СН в ділянці карпального каналу [Chow, 1989]:

I. Прямая декомпресія середнього нерву (ПДСН): 1. Зап'ястково-долонний доступ; 2. Долонний доступ; 3. Короткий долонний доступ (до 2 см).

II. Закрита декомпресія середнього нерву:

A. *Однопортові методики*: 1. Декомпресія карпального каналу ретикулотомом за Pain; 2. Декомпресія карпального каналу індіанатомом; 3. Декомпресія з відда-

леного зап'ястного доступу з обмеженою візуалізацією (Цимбалюк В.І., С.Панciera); 4. Техніка Chien

B. *Двопортові методики*: 1. Декомпресія карпального каналу з використанням направляючого провідника та пересіченням зв'язки напівмісяцевим скальпелем; 2. Декомпресія карпального каналу з використанням направляючого провідника та пересіченням ПЗЗ ножицями.

III. Ендоскопічна декомпресія СН (ЕДСН)

A. *Однопортова*: 1. Методика J. Agee by ECTR (MicroAire); 2. Методика Menon; 3. Методика K.G. Krishnan (Karl Storz).

B. *Двопортова*: 1. Методика J.C. Chow; 2. Методика A. Gilbert.

У разі вибору ПДСН, хірургічне втручання пов'язане з розсіченням шкіри, поверхневої фасції, долонного апоневрозу над карпальною зв'язкою в повздовжньому напрямку відносно вісі долоні. Розмір доступу визначається такими факторами як необхідністю достатньої візуалізації компресованого СН, розмірами та розповсюдженням патологічного процесу, що стискає структуру карпального каналу, складністю хірургічного виділення анатомічних структур у разі грубого злукового процесу та досвідом хірурга. Перевагами прямої декомпресії, є повноцінна візуалізація об'єкту хірургічного втручання, можливість розширення доступу вздовж нерву у разі виникнення такої необхідності та виконання реконструктивних елементів, а також повноцінна ревізія всіх структур карпального каналу (рис. 1). До недоліків відносять післяопераційні рубцеві зміни на долоні і зап'ястку, що часто ведуть до порушень чутливості та больових відчуттів в ділянці зап'ястку і долоні та погіршення естетичного вигляду долонної поверхні кисті.

Закрита декомпресія полягає у тому, що шкіра, поверхнева фасція, жирова клітковина долоні та долонна

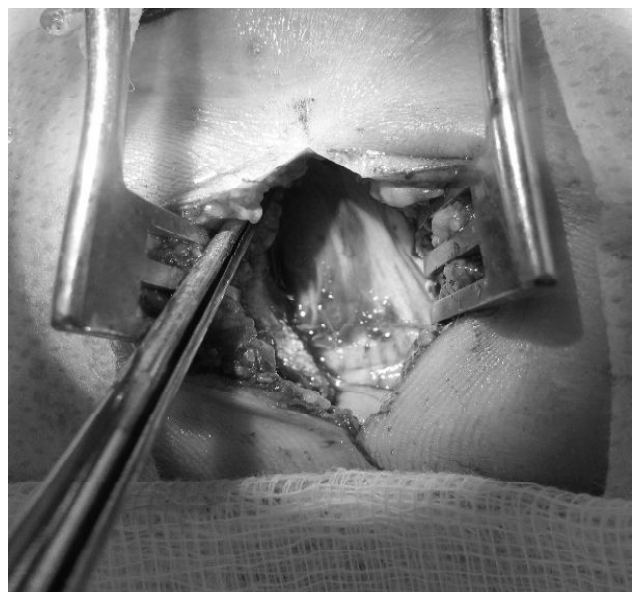


Рис. 1. Прямая декомпресія СН в ділянці карпального каналу.

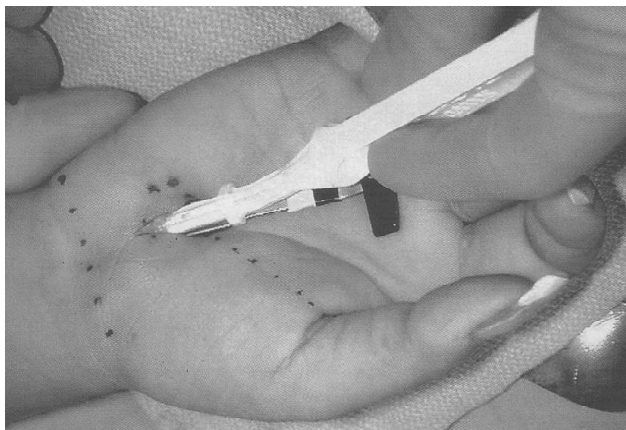


Рис. 2. Закрита однопортова декомпресія СН.

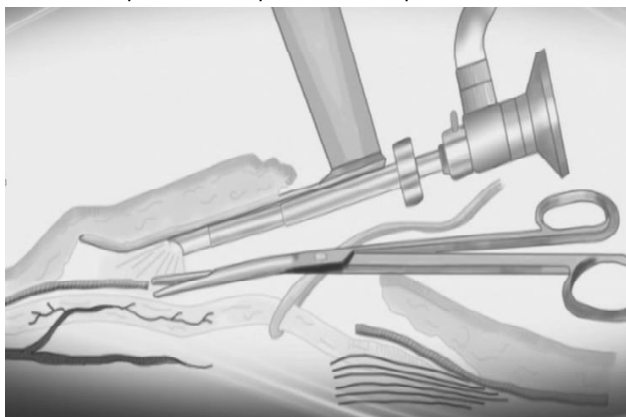


Рис. 3. Ендоскопічна декомпресія СН за методикою K. Krishnan (схема).

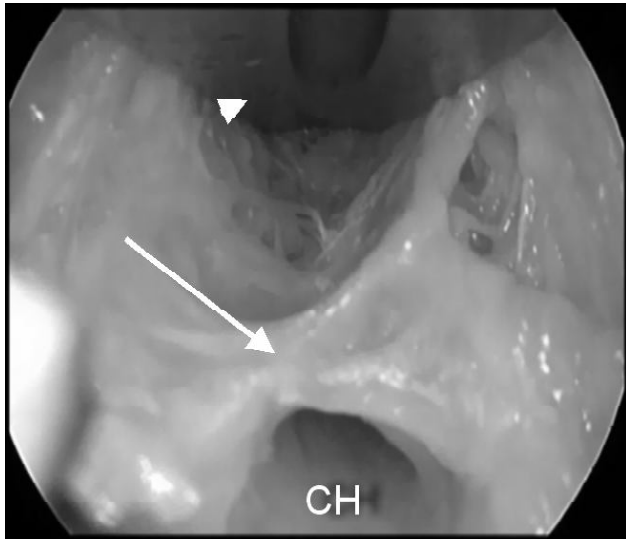


Рис. 4. Ендоскопічний вигляд ПЗЗ (стрілкою) та ретрактору ендоскопу (трикутником).

фасція залишаються інтактними, а доступ до ПЗЗ відбувається дистально та проксимально по відношенню до неї, у разі двопортової методики, і проксимально до зв'язки (на зап'ястку), у разі однопортової методики (рис. 2). Для виконання закритої декомпресії необхідний спеціальний пристрій, що направляє ріжучий інструмент згідно

анатомічних орієнтирів, який в свою чергу, розсікає ПЗЗ. Закрита декомпресія підкупає своєю простотою та швидкістю виконання, але має суттєві недоліки: відсутність візуалізації СН і ПЗЗ, що збільшує ризик ятрогенного ушкодження нерву та неповного розсічення зв'язки.

Альтернативою відкритої та закритої декомпресії є використання ендоскопічної техніки, що дає можливість контролювати стан СН та повноцінність розсічення ПЗЗ. Візуалізація операційної рани за допомогою ендоскопу нівелює недоліки закритої декомпресії, водночас дає можливість, зменшуючи розміри шкірного доступу, виконувати його на відстані від карпального каналу, таким чином, попередити рубцеві зміни над СН і на шкірі робочої поверхні долоні. Ендоскопічна декомпресія карпального каналу вперше була описана в 1989 році J.C. Chow. Для її виконання використовуються спеціальний інструментарій, що включає ендоскоп, стилет для ендоскопу, дільтатор каналу, хірургічний провідник. Процедура проводиться з двох коротких доступів проксимально та дистально до проекції ПЗЗ на шкірі зап'ястку та долоні. Вдосконалюючи ендоскопічну методику були запропоновані інші хірургічні ретрактори, що дозволили з одного короткого зап'ясткового доступу роз'єднувати ПЗЗ на всьому протязі під візуальним контролем. Це методика Agee (SmartRelease®ECTR, MicroAire) та методика K. Krishnan (Karl Storz). Незважаючи на спільну ідею цих методик, вони принципово розрізняються щодо техніки виконання та візуалізації структур каналу. У разі виконання ендоскопічної методики J. Agee стилет ендоскопа з ріжучим ножом розташовується між ПЗЗ та СН. Хірург під час операції бачить тільки внутрішню поверхню ПЗЗ та хід ріжучого ножа по зв'язці. При методиці K. Krishnan ретрактор вводиться в заздалегідь сформований канал між підшкірною жировою клітковиною та фасцією і апоневрозом долоні, з одного боку, та ПЗЗ з іншого (рис. 3). Таким чином досягається візуалізація не тільки зв'язки, яку розсікають, а також СН, жирової клітковини центрального долонного простору, поверхневої артеріальної дуги долоні. Крім того, можливим є виявлення додаткових утворень карпального каналу, що призводять до компресії СН (рис. 4).

До переваг ендоскопічної методики можна віднести зменшення інтраопераційного часу пацієнта, а найголовніше, більш швидке загоєння операційної рани, відновлення функцій кінцівки та повернення до роботи. За деякими даними, збереження шкіри та підшкірної клітковини, під час ендоскопічної декомпресії карпального каналу (ЕДКК), впливають на збільшення приросту сили при стисканні у кисті в післяопераційному періоді [Scholten, 2009].

Більше двох десятиліть в періодичній літературі точиться дискусія про переваги і недоліки відкритого та ендоскопічного методів. За результатами пошуку в The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE та PubMed, було знайдено 16 досліджень, де порівнюються ВДКК і ЕДКК, в одинадцяти з яких оцінювали результати в короткостроковій перспективі за різними шкалами (Atroshi, 2006;

Brown, 1993; Dumontier, 1995; Erdmann, 1994; Ferdinand, 2002; Hoefnagels, 1997; MacDermid, 2003; Saw, 2003; Stark, 1996; Trumble, 2002; Westphal, 2000) [Macdermid, 2003]. За результатами 9 з цих досліджень не виявлено статистичної різниці між групами дослідження протягом 3 або менше місяців спостереження. У двох дослідженнях значно кращий ефект спостерігався в групі ЕДКК хоча б по одному з критеріїв спостереження (Atroshi, 2006; Trumble 2002). Не знайдено ні одного дослідження, де порівнювали відкриту декомпресію з ЕДКК за методикою K.Krishnan (2000).

Враховуючи вищенаведені переваги методики K.Krishnan (2000), доцільним є проведення дослідження серед пацієнтів з СЗК з порівнянням прямої декомпресії СН та ендоскопічної декомпресії СН за методикою K.Krishnan для визначення критеріїв відбору хворих до кожної з них.

У клініці проведено 48 хірургічних втручань з приводу КТС. 13 чоловіків, 35 жінок. Пацієнти були рандомізовані в дві групи А і Б. Група А - пацієнти, яким виконувалась ЕДСН за методикою K.Krishnan (n=18), Група Б - пацієнти, яким виконувалась ПДСН з епіневротомією (n=30). Хірургічні втручання виконувались тільки у разі відсутності ефекту від медикаментозного лікування. У випадках виявлення під час втручання кіст, остеофітів, злукових процесів в карпальному каналі виконувалась класичний долонний доступ (4 см і більше) з широким оголенням СН та епіневротомією.

Досліджувалась ефективність методик ЕДСН та ПДСН у залежності від: 1. ступеня зменшення поперечного січення СН в карпальному каналі за даними УЗД, 2. терміну від початку симптомів до моменту госпіталізації, тобто тривалості захворювання.

Критеріями оцінки ефективності вказаних методик були обрані: регрес чутливих розладів в дерматомі СН з шкалою S0-S4, амплітуда М-відповіді м'язів тенору за даними ЕНМГ, динамометричні показники при стискальній пробі та день повернення кисті до працездатності після хірургічного втручання. Вищезгадані показники фіксували до хірургічного втручання та на 30 добу після операції.

Ступінь зміни поперечного січення СН оцінювали за формулою:

$$R = \left(1 - \frac{P(\text{seg C})}{P(\text{seg A})}\right) \times 100\%;$$

Де, R - ступінь зміни поперечного січення СН;

P (seg C) - площа поперечного січення СН в карпальному каналі (в ділянці найбільшого звуження СН);

P (seg A) - площа поперечного січення СН над карпальним каналом в проекції проксимальної зап'ясткової складки.

Результати. Обговорення

Як видно з результатів обстеження, після хірургічного втручання ступінь зміни поперечного січення СН відбувається в бік збільшення його в карпальному ка-

Таблиця 1. Показники отримані в оперованих пацієнтів при розподілі в залежності від ступеня зменшення поперечного січення СН у ділянці карпального каналу.

Критерії оцінки ефективності хірургічного лікування	R < 10% (n = 20)		R ≤ 10% (n = 28)	
	ЕДСН (n=10)	ПДСН (n=18)	ЕДСН (n=8)	ПДСН (n=12)
Кількість (%) пацієнтів, що досягли рівня S4 через 30 днів після хірургічного втручання	90	88,8	62,5	83,3
Стискальна проба (кг) через 30 днів після хірургічного втручання	21,5	19	18,3	17,8
Дані амплітуди М-відповіді з м'язів тенору через 30 днів після хірургічного втручання	4,7	4,9	4,6	5,9
День відновлення працездатності кисті	11,5	15,4	13,1	16,1

Таблиця 2. Показники, отримані у оперованих пацієнтів при розподілі в залежності від тривалості захворювання.

Критерії оцінки ефективності хірургічного лікування	Тривалість захворювання < 6 міс. (n = 26)		Тривалість захворювання ≥ 6 міс. (n = 22)	
	ЕДСН (n=7)	ПДСН (n=14)	ЕДСН (n=11)	ПДСН (n=16)
Кількість (%) пацієнтів, що досягли рівня S4 через 30 днів після хірургічного втручання	85,7	85,7	72,7	93,7
Стискальна проба (кг) через 30 днів після хірургічного втручання	23,4	19,8	22,1	20,2
Дані амплітуди М-відповіді з м'язів тенору через 30 днів після хірургічного втручання	4,4	5,8	5,7	6
День відновлення працездатності кисті	12,6	15	12,3	16,6

налі та зменшення в дистальній третині передпліччя. Це вказує на післяопераційний регрес набряку, покращення аксонального току в нерві та проростання нервових волокон в ділянку компресії. Процес відновлення поперечного січення СН в каналі асоціюється з регресом неврологічного дефіциту, больового синдрому та відновлення функцій кисті.

За критерієм тактильної чутливості в дерматомі СН відмічена значна різниця в групі з великим (≥10%) ступенем зміни поперечного січення нерву (62,5% проти 83,3%). На 20% більше пацієнтів через 30 днів після операції досягли рівня нормальної чутливості (S4), що вказує на позитивний ефект від епіневротомії при ПДСН. Значущої різниці між групами за критеріями стискальної проби та ЕНМГ не було. Враховуючи день відновлення працездатності кисті, в незалежності від ступеню зменшення поперечного січення СН, у пацієнтів в групі ендоскопічної хірургії, від був значно менший (11, 5 та 13, 1), ніж у тих, що перенесли прямі втручання (15,4 та 16,1).

Загальновідомо, що тривале стиснення нерву впливає на час потрібний для відновлення його функції. Як видно з таблиці 2, в групі з ПДСН відновлення чутливості настає скоріше, коли від початку захворювання минуло більше 6 місяців, ніж у хворих що були оперо-

вані із застосуванням ендоскопічного доступу. Про ступінь відновлення нервових волокон вказує також більш високі показники амплітуди М-відповіді м'язів тенору через 30 днів після хірургічного втручання. Хоча стискальна проба і день відновлення працездатності кисті значно кращі в групі ЕДСН. У разі виявлення на УЗД додаткових утворень (кісти, злукові зміни тощо) в карпальному каналі, що спричиняли компресію нерву результати завжди були кращі в групі ПДСН, через можливість видалення фактору компресії.

Очевидно, що результати лікування, з огляду на ступінь відновлення чутливості у пацієнтів з значним (≥ 10 мм) зменшенням поперечного січення та тривалістю захворювання ≥ 6 місяців кращі в групі прямої декомпресії СН. Тому рекомендації щодо вибору методу хірургічного лікування СЗК можуть бути представлені у вигляді алгоритму (рис. 5)

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Як пряма так і ендоскопічна декомпресія СН є

Список літератури

Chow J. C. Y. Endoscopic Release of the Carpal Ligament: A New Technique for Carpal Tunnel Syndrome / J. C. Y. Chow // Arthroscopy. - 1989. - № 5. - P. 19-24.
Macdermid J. C. Endoscopic versus open carpal tunnel release: a randomized trial / J. C. MacDermid // Journal of Hand Surgery. American Volume. - 2003. -

Vol. 28 (2). - P. 475-80.
Occupational injuries and illnesses in the United States by industry. Bureau of Labor Statistics Bulletin 2130. - Washington DC : US Government Printing Office, 1982.
Scholten R. J. Surgical treatment options for carpal tunnel syndrome / R. J. Scholten

// The Cochrane Collaboration. - 2009. - 60 p.
Szabo R. M. Carpal Tunnel Syndrome - General / R. M. Szabo // Operative nerve repair and reconstruction ; ed. by R. H. Gelberman - Philadelphia : J.B. Lippincott company, 1991. - Vol. 2, Ch. 60. - 869 p.

Чирка Ю.Л.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА

Резюме. Предложены десятки подходов к хирургическому лечению компрессионной туннельной невропатии срединного нерва в области карпального канала (синдром запястного канала). На современном этапе развития хирургии используются как методики прямой декомпрессии через линейный разрез на ладони, так и эндоскопическое рассечение поперечной связки запястья с использованием специальных ретракторов. Актуальным является выбор оптимального метода в зависимости от определенных заранее критериев. Прооперировано 48 пациентов с синдромом запястного канала. В 18 случаях использовалась эндоскопическая декомпрессия срединного нерва, в 30 - прямая декомпрессия. Через 30 дней после операции пациенты были обследованы в клинике. В процессе анализа полученные данные распределили в зависимости от степени уменьшения поперечного сечения срединного нерва в карпальном канале ($<10\%$ та $\geq 10\%$) и длительности заболевания (<6 мес. и ≥ 6 мес.). Определено влияние степени уменьшения поперечного сечения срединного нерва и длительности заболевания на восстановления чувствительности в пальцах кисти и срок восстановления трудоспособности руки у прооперированных пациентов. На основе полученных данных приведены рекомендации относительно выбора хирургического метода лечения.

Ключевые слова: синдром запястного канала, срединный нерв, эндоскопическая декомпрессия.

Chyrka Yu.L.

CHOICE OF THE SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF THE CARPAL TUNNEL SYNDROME

Summary. Dozens of approaches to surgical treatment of compression neuropathy of the median nerve tunnel in the carpal tunnel

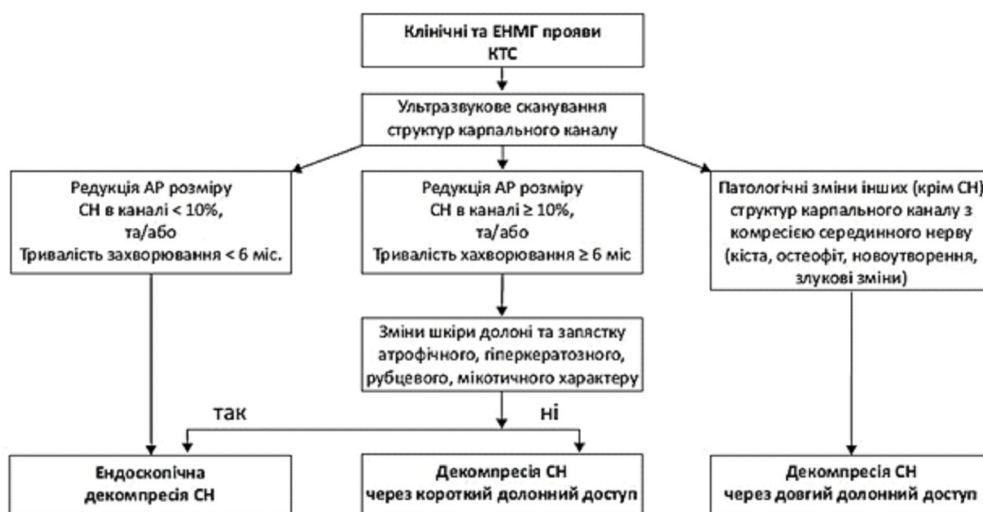


Рис. 5. Алгоритм вибору методики хірургічного втручання у хворих з СЗК.

ефективними хірургічними методами лікування синдрому зап'ясткового каналу.

2. Диференціальний підхід до вибору методики хірургічного лікування ґрунтується на визначенні ступені зміни (зменшення) срединного нерву в карпальному каналі за даними УЗД та оцінці тривалості захворювання.

При виконанні ендоскопічної декомпресії СН, завдяки малоінвазивному доступу та розташуванню розрізу шкіри поза робочою поверхнею долоні (на зап'ястку), спостерігається більш швидке відновлення працездатності кисті, ніж у разі прямої хірургії, що дозволяє рекомендувати цей метод до широкого використання у медичній практиці.

(carpal tunnel syndrome) was offered. At the present stage of development of surgery are used as well as methods of direct decompression via a linear incision in the palm of hand and endoscopic dissection of the transverse carpal ligament with use of special retractors. The selection of the optimal method depending on certain predetermined criteria is essential. 48 operations were performed in patients with carpal tunnel syndrome. In 18 cases, we used endoscopic decompression of the median nerve, 30 - direct decompression. Patients were examined 30 days after the operation. The obtained results were analyzed according to the degree of reduction of the cross section of the median nerve in the carpal canal ($<10\%$ and $\geq 10\%$) and disease duration (<6 and ≥ 6 months). The influence of these criteria on the degree of sensitivity and rehabilitation recovery period of at operated hand was determined. On the basis of obtained data was presented recommendations on the choice of surgical treatment.

Key words: carpal tunnel syndrome, median nerve, endoscopic decompression.

Стаття надійшла до редакції 28.11.2014 р.

Чирка Юрій Леонідович - лікар-нейрохірург Вінницької обласної психоневрологічної лікарні імені О.І. Ющенка, викладач кафедри нервових хвороб з курсом нейрохірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 50-79-39; yuridata@hotmail.com

© Ярмук О.А.

УДК: 616.366-003.7-089:616.367-003.7-07

Ярмук О.А.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СПОСІБ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРАНЗИТОРНОЇ БІЛІАРНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЙ НА ЖОВЧНИХ ПРОТОКАХ

Резюме. В дослідженні проводилась оцінка середніх показників залишкового тиску в загальній жовчній протоці та добового дебіту жовчі по зовнішньому дренажу на 1-6 добу після одноетапного відкритого або малоінвазивного лікування хворих на холецистохоледохолітіаз ($n=71$), що супроводжувалось холедохотомією чи ревізією холедоха через міхурову протоку. В I (основній) групі ($n=41$) крім зовнішнього дренивання холедоха інтраопераційно виконувалась катетеризація круглої зв'язки печінки з інтраопераційним та подальшим пролонгованим краплинним введенням суміші розчинів Lidocaine 2% та Dextran 10% з почерговим введенням запропонованої комбінації препаратів. В основній групі хворих в перші 5 діб визначались достовірно нижчі середні показники залишкового тиску в загальній жовчній протоці та добового дебіту жовчі по зовнішньому дренажу.

Ключові слова: біліарна гіпертензія, зовнішнє дренивання холедоха, залишковий тиск, дебіт жовчі.

Вступ

Необхідність декомпресії позапечінкових жовчних протоків доведена великою кількістю робіт, присвячених вимірюванню тиску і в'язкості жовчі, які вказують на тимчасовий стаз жовчі та транзитору біліарну гіпертензію, що пов'язані з набряком нижніх відділів загальної жовчної протоки (ЗЖП), слизової оболонки в області великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДПК), спазмом сфінктера Одді внаслідок хірургічних маніпуляцій (літоекстракція, зондування, введення контрастних розчинів при холангіографії) [Ничитайло та др., 2013]. Після кожної холедохотомії та внутрішньопротокових маніпуляцій розвивається "травматичний холедохіт" та відмічається виражена жовчна гіпертензія [Шалімов та ін., 1993]. В умовах післяопераційної біліарної гіпертензії нормалізація тиску в жовчних протоках відбувається на 3-5 добу після оперативного втручання. У зв'язку з цим визначено, що для нормалізації гідродинамічного режиму в системі вивідних протоків печінки і профілактики ускладнень необхідно проводити заходи, направлені на декомпресію жовчних протоків, зокрема, зовнішнє "розвантажувальне" дренивання [Климов, 2008]. Однак, зовнішній дренаж не позбавлений своїх недоліків, до яких можна віднести можливість висхідної інфекції по дренажу в протоки, виникнення запаль-

них явищ в зоні перебування дренажу, підтікання жовчі повз дренаж, формування зовнішніх жовчних нориць, рубцевих стриктур протоків, часткова чи повна евакуація жовчі назовні, яка при тривалій наявності дренажу викликає серйозні електролітні втрати. Варто відмітити незручності соціального та психологічного характеру, які виникають від моменту постановки дренажу до його видалення і необхідність догляду за ним, подовження строків госпіталізації. Використання методики зовнішнього дренивання протокової системи печінки нівелює всі переваги лапароскопічних втручань перед відкритими оперативними втручаннями. В літературі описано спосіб попередження біліарної гіпертензії після оперативних втручань на жовчних протоках за допомогою внутрішнього прихованого транспапільярного дрениажу [Гарелик та др., 2010]. Проте, недоліками даної методики є компресія панкреатичної протоки, що може бути причиною транзитору гіперамілаземії та гострого панкреатиту, можливість рефлюксу в жовчні протоки дуоденального вмісту, можливий больовий синдром у пацієнтів в післяопераційному періоді, пов'язаний з наявністю транспапільярного дрениажу, в окремих випадках необхідність ендоскопічних маніпуляцій для видалення дренажу, специфічними для транспапільярних