

Ключевые слова: рак пищевода, хирургическое лечение, торакальная, эпидуральная анестезия, торакальный паравертебральный блок, визуальная шкала боли (VAS), функция легких.

Usenko O.Yu., Sidyuk A.V., Mazur A.P., Sidyuk Ye.Ye., Klimas A.S.

WAYS OF IMPROVING THE CONTROL PAIN SYMPTOMS AND LUNG FUNCTION AFTER ESOPHAGECTOMY

Summary. The results of the application of advanced methods of postoperative pain in patients with cancer of the esophagus, which involved the use of two catheters are presented. A catheter was placed before the operation in the epidural space Th5-Th7 level, the second - in the intraoperative paravertebral space at the level of performance of thoracotomy. The study included 80 patients operated in NIST named after O.O. Shalimov for malignant tumors of the esophagus, who underwent radical surgery combined thoraco-abdominal access (Lewis or Osawa-Garlock): (control group - 40 patients who used the postoperative thoracic epidural analgesia (TEA); research group - 40 patients who used the combined post-operative analgesia (TEA + thoracic paravertebral block (TPB)). The results proved the effectiveness of the method used and the best parameters of pulmonary function after esophagectomy, as well as the absence of complications such as hypotension, and respiratory disorders.

Key words: esophageal cancer, surgery, thoracic, epidural anesthesia, paravertebral thoracic block, a visual pain scale (VAS), lung function.

Рецензент - д.мед.н., проф. Ничитайло М.Ю.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2016р.

Усенко Олександр Юрійович - д.мед.н., проф., заслужений лікар України, керівник відділу хірургії стравоходу, шлунку та кишечника, директор Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38(044)4081477; o.usenko@shalimov.org

Сидюк Андрій Володимирович - д.мед.н., пров. наук. співроб. Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38(050)7370935; siduk1978@gmail.com

Мазур Андрій Петрович - д.мед.н., керівник відділу анестезіології та інтенсивної терапії Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38(050)7894016; a.mazur@shalimov.org

Сидюк Олена Євгенівна - наук. співроб. Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38(050)9734923; siduk.elena@gmail.com

Клімас Андрій Сергійович - лікар-хірург Національного інституту хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова; +38(063)1036022; klimas.andrew@gmail.com

© Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р.

УДК: 616.14-007.64:617.58-002.44:615.849.19]-089-037-06

Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра хірургії та ендоскопії факультету післядипломної освіти (вул. Пекарська, 69, м. Львів, Україна, 79010)

ПЕРШИЙ ДОСВІД ПОРІВНЯННЯ ЕВЛК (1470) З КЛАСИЧНОЮ ВЕНЕКТОМІЄЮ У КЛІНІЦІ ХІРУРГІЇ ТА ЕНДОСКОПІЇ ФПДО

Резюме. Варикозна хвороба надзвичайно важлива медична та соціальна проблема та найбільш поширена патологія серед судинних захворювань нижніх кінцівок. Термічні методи абляції підшкірних вен займають провідне місце у сучасній флебології. Метою наукового дослідження було оцінити перші результати ендовазальної лазерної коагуляції у порівнянні з класичними методами стріпінгу підшкірних вен. Аналізовано 43 (53, 1%) традиційні венектомії та 38 (46,9%) ендовазальних втручань. Отримано достовірні ($p < 0,05$) результати гіперпігментації за ходом коагульованої вени та наявність твердо-еластичного тяжу після ендовазальних методик та субфасціальних гематом після венектомії.

Ключові слова: варикозна хвороба, ендовазальна лазерна коагуляція, 1470 нм, стріпінг вени.

Вступ

Варикозна хвороба (ВХ) - надзвичайно важлива медична та соціальна проблема та найбільш поширена патологія серед судинних захворювань. Венозна клапанна недостатність, яка є основою розвитку ВХ, наявна у 13-46% жінок та 11-29% чоловіків [1, 2]. Спектр патологічних проявів при ВХ надзвичайно широкий - від набряку, дискомфорту та болю в ногах до таких тяжких ускладнень, як тромбофлебіт підшкірних та тромбоз глибоких вен, трофічні виразки нижніх кінцівок, дерматосклероз і кровотечі з варикозних вузлів. Актуальним питанням сьогодення є реабілітація пацієнтів з тромбозом вен чи трофічними виразками, що призводить до стійкої втрати працездатності та дороговартісного

лікування. Враховуючи, що більш ніж у 70% випадків причиною такого стану є недостатність термінального клапану сафено-феморального гирла (СФГ) з подальшою клапанною дисфункцією та патологічним рефлюксом крові у великій підшкірній вені (ВПВ), перевагу надають хірургічним методам лікування. Враховуючи реалії сьогодення, конкуренцію методу класичної венектомії (КВ) ВПВ все більше складають термічні методи абляції вени (радіочастотна або лазерна) чи катетер асоційована пініста Ехо-склеротерапія.

Мета - оцінити перші результати ендовазальної лазерної коагуляції (ЕВЛК) у порівнянні з класичними методами стріпінгу ВПВ.

Матеріали та методи

Перспективним дослідженням охоплено 72 пацієнтів, оперованих в клініці з приводу ВХ за період 2015-2016 років. Середній вік - 45,3±12,1 років, частка хворих працездатного віку - 87,5 %. Значно переважали жінки - 73,6%. За класифікацією CEAP пацієнтів віднесено до 2 та 3 клінічних груп, рівень діагностики - I1 (клінічний огляд + ультразвукове ангіосканування (УЗАС)).

Критеріями включення в дослідження були наявність варикозної дилатації (С2-С3) ВПВ, патологічний рефлюкс по вені більше однієї секунди в вертикальному положенні при УЗАС, 3-4 стадія ВХ за класифікацією Nash [3] та письмова згода пацієнта.

Критеріями виключення - ретикулярний варикоз (С1), трофічні зміни шкіри нижніх кінцівок (С4-С6), ВХ малої підшкірної вени чи ізольований патологічний рефлюкс комунікантних вен, гострий тромбоз, супутнє захворювання артерій нижніх кінцівок (кісточно-плечовий індекс менше 0,9), рецидив ВХ на досліджуваній нозі, посттромботична хвороба, пацієнти, які постійно приймають антикоагулянти, встановлена тромбофілія, рак чи вагітність на момент обстеження.

Усі пацієнти оперовані за допомогою регіонарної перідуральної анестезії.

Проведено 81 операційне втручання, з них у 9 (12,5%) на обох нижніх кінцівках, у 3 (4,2%) виконано односторонньо КВ та контрлатерально ЕВЛК. Загалом методом КВ (1 група) виконано 43 (53,1%) операційних втручання, інші 38 (46,9%) - ЕВЛК (2 група). Тривалість операції у першій групі склала 88,4±23,1 хв, у другій - 65,2±19,2 хв. Терміни перебування в стаціонарі значно коротші у пацієнтів другої групи і в середньому склали 1,2±0,2 доби (р<0,05).

Класичну венектомію (короткий або довгий стріпінг) виконували шляхом виділення СФГ, виконанням кросектомії, антеградним чи ретроградним проведенням зонда Vabsock з подальшим стріпінгом ВПВ, видаленням комунікантних вен методом Нарата, субфасціальна перев'язка перфорантних вен.

ЕВЛК виконували універсальним лазерним коагулятором "ЛІКА-ХІРУРГ" (Черкаси, Україна), частотою хвилі 1470 нм, потужністю 7-10 Вт, в постійному або імпульсному режимі, радіальним чи торцевим світловодом. Для антеградного проведення останнього використовували кардіоваскулярний катетер 7F через мінідоступ в ділянці медіальної кісточки. З метою захисту навколишніх тканин від термічного впливу лазерного випромінювання виконували футлярну гідропротекцію ВПВ охолодженим розчином NaCl 0,9% в об'ємі 300-700 мл. Усі маневри контролювано інтраопераційно портативним ультразвуковим апаратом експертного класу GE

LOGIQ Book XP (США).

Сумарну кількість використаної енергії під час операційного втручання розраховували за формулою: $I = Q \times L \times D$, де I - кількість енергії (Дж), Q - розподіл енергії на одиницю площі (Дж/см²), L - протяжність коагульованої вени (см), D - середній внутрішній діаметр вени (см).

У 32 (84,2%) оперованих методом термічної абляції операцію доповнено мініфлебектомією за Muller комунікантних вен на стегні та/або гомілці.

Результати. Обговорення

Аналіз результатів дослідження вказує на задовільний результат обох методів операційного лікування ВХ. Усім пацієнтам виконували кросектомію з метою запобігання рецидиву ВХ (1 група) та реканалізації коагульованої вени (2 група).

За ходом наукової роботи оцінено ефективність епідурального знечулення як протипагу методу тумінісцентної анестезії, при якій виконується інфільтрація жирової клітковини в межах власної фасції ВПВ лікарськими препаратами на основі анестетиків тривалої дії та вазоконстрикторних препаратів. Проте, вважаємо перспективним вивчення знечулення шляхом тумінісценції за ходом ВПВ у поєднанні з провідниковою анестезією стегового та затульного нервів.

Відкритим залишається пошук клінічної та економічної ефективності використання радіального та торцевого світловода. Дискутабельним є питання внутр-

Таблиця 1. Ускладнення після класичної венектомії та ендовасальної лазерної коагуляції.

Ускладнення	Класична венектомія				Ендовасальна лазерна коагуляція			
	ранні		пізні		ранні		пізні	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Шкірне подразнення	2	4,7	1	2,3	4	10,5	1	2,6
Екхімоз за ходом вени	19	44,2	1	2,3	16	42,1	2	5,3
Пастозність	9	20,9	0	0,0	4	10,5	1	2,6
Гіперпигментація	2	4,7	0	0,0	12	31,6	2	5,3
Парестезії	9	20,9	4	9,3	11	28,9	3	7,9
Твердо-еластичний тяж	6	14,0	2	4,7	15	39,5	9	23,7*
Еритема	1	2,3	1	2,3	9	23,7	1	2,6
ТГВ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Лімфаденіт	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Субфасціальні гематоми	17	39,5*	0	0,0	2	5,3	0	0,0
Лімфорей з рани	5	11,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Нагноєння рани	1	2,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Примітка. * - p < 0,05 достовірність ознаки у порівнянні груп між собою.

ішнього діаметру ВПВ при якому досягнуто її ефективною коагуляції. Окремо клінічно оцінено ранні (24-48 год) та віддалені (1 міс.) післяопераційні ускладнення після ЕВЛК та порівняно їх з аналогічними після КВ (табл. 1).

Аналізуючи результати дослідження, звертаємо увагу на певну кількість ускладнень у ранньому післяопераційному періоді в обох групах порівняння, проте вони не носили загрозливого для здоров'я пацієнтів характеру. Слід відзначити, що ТГВ не спостерігалось у жодному з випадків, а нагноєння післяопераційної рани у місці доступу на гомілці мало легкий перебіг та швидке загоєння. Якщо ж оцінювати результати місячного спостереження, то констатовано значний регрес ускладнень, які знаходяться у межах повідомлень інших авторів [1, 4, 5].

Якщо ж порівнювати пацієнтів обох груп, звертаємо увагу збільшення кількості випадків гіперпігментації за ходом коагульованої вени та наявність твердо-еластичного тяжу ($p < 0,05$) після ЕВЛК, що пояснюється особливостями ендотермальних методик. На противагу кількість субфасціальних гематом ($p < 0,05$), болювого синдрому та нагноєння рани є вищими у групі після класичної венектомії. Це корелює з даними метааналізу 28 рандомізованих контрольованих досліджень (пошук по базах даних MEDLINE та Scopus за період 2000-2011 рр.), який декларує подібні кінцеві результати у пацієнтів, оперованих різними методами, проте відзначено зменшення числа гематом,

болювих відчуттів та нагноєння ран у пацієнтів після ендовенозних абляційних малоінвазивних втручань [5].

За ходом дослідження окремо відмічено кращі естетичні результати та значно коротший період післяопераційного відновлення у пацієнтів після ЕВЛК.

Ультрасонографічно досліджено стан венозної системи через шість місяців після операційного втручання. Інволюція вени наявна у 33 (86%) пацієнтів та жодного випадку її реканалізації після ЕВЛК. Отримані позитивні результати пов'язані з виконанням кросектомії у всіх пацієнтів та, можливо, коротким терміном спостереження. Неоваскуляризації та рецидиву ВХ при ультразвуковому обстеженні обох груп виявлено не було.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Варикозна хвороба є важливою медичною та соціальною проблемою, яка призводить до тяжких, інколи фатальних, ускладнень.

2. Клінічні післяопераційні результати пацієнтів, оперованих шляхом КВ та ЕВЛК є співставними, проте відзначено кращі естетичні та реабілітаційні показники у групі після ендовазальної методики.

Термічні абляційні методики проходять період становлення та потребують подальшого ґрунтовного дослідження, зокрема і тривалішого терміну спостереження.

Список літератури

- Campbell B. New evidence on treatments for varicose veins / B. Campbell // Br. J. Surg. - 2014. - Vol. 101:(9). - P. 1037-9.
- Editor's Choice - Management of Chronic Venous Disease: Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS) / C. Wittens, A.H. Davies, N. Błkgaard [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2015. - Vol. 49 (6). - P. 678-737.
- Hach W. Die Rezirkulationskreise der primären Varikose. Pathophysiologische Grundlagen zur chirurgischen Therapie / W. Hach, V. Hach-Wunderle. - Berlin/Heidelberg, 1995. - P. 126-163.
- Randomized trial of radiofrequency ablation versus conventional surgery for superficial venous insufficiency: if you don't tell, they won't know / C. Mendes, A. Martins, J. Fukuda [et al.] // Clinics (Sao Paulo). - 2016. - Vol. 71 (11). - P. 650-656.
- Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials comparing endovenous ablation and surgical intervention in patients with varicose vein // B. Siribumrungwong, P. Noorit, C. Wilasrusmee [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2012. - Vol. 44 (2). - P. 214-23.

Матвійчук Б.А., Федчишин Н.Р.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ФРЕДЧЕНИЯ ЭВЛК (1470) С КЛАССИЧЕСКОЙ ВЕНЭКТОМИЕЙ В КЛИНИКЕ ХИРУРГИИ И ЭНДОСКОПИИ ФПДО

Резюме. Варикозная болезнь чрезвычайно важная медицинская и социальная проблема и наиболее распространенная патология среди сосудистых заболеваний нижних конечностей. Термические методы абляции подкожных вен занимают ведущее место в современной флебологии. Целью научного исследования было оценить первые результаты эндовазальной лазерной коагуляции по сравнению с классическими методами стриппинга подкожных вен. Проанализированы 43 (53,1%) традиционные венектомии и 38 (46,9%) эндовазальных вмешательств. Получены значимые ($p < 0,05$) результаты гиперпигментации по ходу коагулированной вены и наличие твердо-эластического тяжа после эндовазальных методик и субфасциальных гематом после венектомии.

Ключевые слова: варикозная болезнь, эндовазальная лазерная коагуляция, 1470 нм, стриппинг вены.

Matviychuk B., Fedchyshyn N.

FIRST COMPARISON OF ENDOVASCULAR LASER COAGULATION (1470) TO TRADITIONAL VEINECTOMY IN THE DEPARTMENT OF SURGERY AND ENDOSCOPY FPGE

Summary. Varicose is an important medical and social problem. It is the most spread pathological process among vascular diseases of the lower extremities. Thermal ablation of subcutaneous veins has a leading role in modern phlebology. The purpose of the following research was to analyze the first results of endovascular laser coagulation as compared to classic stripping of the subcutaneous veins. 43 (53.1%) traditional veinectomies and 38 (46.9%) endovascular surgical conventions were analyzed. Reliable results ($p < 0.05$) were received on coagulated vein hyperpigmentation and appearance of solid-elastic strand after endovascular methods

and on subfascial hematomas after veinectomies.

Key words: varicose, endovascular laser coagulation, 1400 nm, striping of veins.

Рецензент - д.мед.н., проф. Заремба В.С.

Стаття надійшла до редакції 29.11.2016 р.

Матвійчук Богдан Олегович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького; +38(032)2529668; bmatviychuk@yahoo.com

Федчишин Назар Романович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії ФПДО ЛНМУ імені Данила Галицького; +38(063)1768648; fednaz@ukr.net

© Міщенко В.В., Грубник В.В., Ткаченко О.І., Кошель Ю.М.

УДК: 616.36-008.5-089-072.1

Міщенко В.В., Грубник В.В., Ткаченко О.І., Кошель Ю.М.

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65082)

РОЛЬ І МІСЦЕ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ У ВЕДЕННІ ХВОРИХ З МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ РІЗНОГО ҐЕНЕЗУ

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу, у діагностично-лікувальному алгоритмі яких застосовано мініінвазивні втручання. У хворих, де причиною механічної жовтяниці є пухлини голівки підшлункової залози, пухлини великого дуоденального сосочка, онкологічне ураження жовчовивідних шляхів, первинний рак жовчного міхура, метастатичне ураження печінки, черезшкірне черезпечінкове дренирування протокової системи печінки з установкою зовнішньо-внутрішнього стента та холецистостомія під контролем УЗД є методом вибору. У хворих, де причиною механічної жовтяниці були жовчо-кам'яна хвороба з гепатико- або холедохолітіазом, резидуальний холедохолітіаз, стриктури холедоха після холецистектомії, набрякова форма гострого панкреатиту, стенозуючий папіліт великого дуоденального сосочка, псевдотуморозна форма хронічного панкреатиту, лікувальна тактика полягала у ендоскопічній папілосфінктеротомії з літоекстракцією, літотрипсією з літоекстракцією з контрольною виконання ЕРХПГ.

Ключові слова: механічна жовтяниця, мініінвазивні втручання.

Вступ

Синдром механічної жовтяниці (МЖ) виникає у 15-40% хворих з жовчокам'яною хворобою і практично у всіх хворих з пухлинними ураженнями жовчних шляхів [2]. МЖ вважається однією з найбільш важких проблем захворювань печінки та позапечінкових жовчних шляхів. Проблеми діагностики та диференційної діагностики причин і лікувальної тактики обтурації жовчних шляхів є актуальними на теперішній час. Хірургічні втручання у хворих МЖ, що виконуються за екстреними показаннями, супроводжуються великою кількістю ускладнень, алетальність досягає 15-30%, що в 4 рази вище, ніж у тих випадках, коли МЖ вдається ліквідувати до операції [3]. У 29-43% хворих гострим холециститом в патологічний процес втягаються органи гепатопанкреатодуоденальної зони з розвитком порушень у печінці від дистрофічних змін у гепатоцитах до цирозу [4].

Механічна жовтяниця може бути проявом постхолецистектомічного синдрому: резидуальний холедохолітіаз, стриктури, стенози холедоха, холангіту [5].

Декомпресія біліарної системи є головним завданням у лікувальному алгоритмі даної категорії хворих [1]. Методи ендоскопічної папілосфінктеротомії та зовнішньо-внутрішніх методик дренирування протокової системи печінки є найбільш прийнятні для створення умов вільного відтікання жовчі [6].

Мета - покращити результати лікування хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу шляхом застосування мініінвазивних втручання.

Матеріали та методи

Проведено аналіз результатів лікування 186 хворих з механічною жовтяницею різного ґенезу, у діагностично-лікувальному алгоритмі яких застосовано мініінвазивні втручання.

Осіб чоловічої статі було 56 (30,1%), жіночої - 130 (69,1%). За віком хворі розподілялись таким чином: 21-30 років - 11 (5,9%), 31-40 років - 9 (4,8%), 41-50 років - 31 (16,7%), 51-60 років - 36 (19,4%), 61-70 років - 50 (26,9%), 71-80 років - 40 (21,54%), 81 рік і старіше - 9 (4,89%).

Причини і частота механічної жовтяниці представлена у таблиці 1. У 45 (24,2%) випадків причиною механічної жовтяниці був резидуальний холедохолітіаз, у 43 (23,1%) - пухлини голівки підшлункової залози, у 22 (11,8%) - жовчокам'яна хвороба з гепатікохоледохолітіазом, у 18 (9,7%) - онкологічна поразка жовчовивідних шляхів. Механічна жовтяниця у 58 (31,2%) випадках виникла в наслідок інших причин.

Клінічними проявами захворювань були жовтушність шкіри, іктеричність склер у 186 (100%) хворих, шкіряний свербіж - у 60 (32,3%), потемніння сечі - у 186 (100%), болі у правому підребер'ї - у 104 (55,9%), гіпертермія з ознобом - у 115 (61,8%). При біохімічному дослідженні рівні загального білірубіна коливались від 44 мкмоль/л до 392,7 мкмоль/л, рівні активності трансаминаз (АсАТ, АлАТ) сягали 1,36±0,07 мкмоль/ч і 5,2±0,26 мкмоль/ч відповідно. У хворих з