МІНІСТЕРСТВО ОБОРОНИ УКРАЇНИ
ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
УКРАЇНСЬКА ВІЙСЬКОВО-МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ

ПРОБЛЕМИ ВІЙСЬКОВОЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Збірник наукових праць Української військово-медичної академії Випуск 46

Збірник наукових праць приурочено до Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні питання надання хірургічної допомоги та анестезіологічного забезпечення в умовах воєнного і мирного часу" та до Десятого ювілейного з'їзду військових хірургів і анестезіологів.

За редакцією Головного хірурга МО України полковника медичної служби, доктора медичних наук, професора Хоменка І.П.

Київ-2016

7. Анестезіологія та інтенсивна терапія: Підручник/Л.П.Чепкий, Л.В.Новицька-Усенко, Р.О. Ткаченко.- К.:Вища шк., 2003- 399 с.

8. www.critical.ru/actual/arina/intplev/intplev2.htm

9. Brennan F. "Pain management: a fundamental human right"//Brennan F., Carr D., Anesth Analg/ - 2007. – p.205-221.

10. Owen H., "Postoperative pain therapy: a surgery of patient expectation and their experiences."//Owen H., McMillan V. and Rogowski D. Pain. - 2010. P 303-309.

Summary. *In the article the expounded analysis of literary data, inrelation to realization of anaesthetizing for patients with firewounds in an early postoperative period .*

Keywords: *traumas of thorax, postoperative analgesia pain therapy after thoracotomy, intapleural analgesia.*

УДК 616.14-007.64

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Р.П. Стащук, І.П. Марцинковский

Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м.Вінниця

Резюме. *Проведено клінічний аналіз сучасних методів лікування варикозної хвороби за період з 2006 р. по 2016 р. у 1684 пацієнтів, що проходили обстеження та лікування в умовах відділення судинної хірургії клініки планової та ендоваскулярної хірургії ВМКЦ ЦР. Ендовенозна лазерна коагуляція з перев'язкою гирла великої та/або малої підшкірної вени виконана у 1695 випадках, з них 112 – двобічно. В 2016 році в клініці впроваджено в практику амбулаторні методи термооблітерації вен – РЧО та ЕВЛК радіальним світловодом без кросектомії. Радіочастотна облітерація виконана 36 пацієнтам, ЕВЛК радіальним світловодом виконана 24 пацієнтам. Застосування методів термооблітерації вен дозволяє значно знизити операційну травму, уникнути ризику гнійно-некротичних ускладнень, значно скоротити тривалість оперативного втручання, знизити тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі.*

Варикозна хвороба нижніх кінцівок по частоті займає одне із перших місць в структурі захворювань серцеве-судинної системи [1, 2, 6, 9]. Варикозне розширення вен відоме з історичних часів, його симптоми та лікування

згадувались ще Гіппократом та Галеном [7]. Різні форми цього захворювання зустрічаються у 28-36 % жінок та 10-20 % чоловіків працездатного віку [6].

До недавнього часу вибір методів лікування був зовсім невеликий і можливості були значно обмежені. Однак, за останні десятиріччя з'явились технології, які дозволяють при мінімальному втручанні та травматичності досягнути ефективного лікувального результату зі значно меншими супутніми ефектами [10, 12].

Головною метою лікування варикозної хвороби є покращення якості життя пацієнта [11,12]. Раніше вважалось, що необхідно лікувати варикоз для попередження ускладнень, однак, у багатьох пацієнтів ускладнення не розвиваються взагалі, також немає доказів превентивного лікування [3, 4, 5, 8]. Тому прийнято лікувати лише ті випадки варикозу, що проявляються симптоматично. Терапія грунтується на закритті вражених вен, або їх видаленні з метою перенаправити потік крові до здорових вен.

В даній публікації надається клінічна оцінка сучасних методів лікування варикозної хвороби, що існують на сьогоднішній день.

Матеріали і методи. За період з 2006 р. по 2016 р. в умовах відділення судинної хірургії клініки планової та ендоваскулярної хірургії ВМКЦ ЦР обстежено та проліковано 1684 пацієнта з варикозною хворобою нижніх кінцівок. З них 972 чоловіки та 712 жінки. Вік пацієнтів був різний та коливався від 21 до 78 років.

Перед операцією всім пацієнтам проводилось стандартне обстеження з обов'язковим виконанням ультразвукового дослідження венозної системи з маркуванням неспроможних сафено-феморального, сафено-поплітеального сполучень та перфорантних вен.

Розподіл пацієнтів за ступенем хронічної венної недостатності виконували за класифікацією CEAP (табл. 1).

Пацієнтам з С1 функціональним класом призначались компресійний трикотаж II класу, медикаментозна терапія та проводилась склерооблітерація.

За останні десятиріччя були розроблені та впроваджені малоінвазивні методи термооблітерації вен. При цих методах застосовують внутрішньовенний катетер, за допомогою якого виконується термічний вплив на венозну стінку за допомогою лазерного випромінювання або радіохвиль. Для термооблітерації підшкірних вен використовували ендовенозну лазерну коагуляцію (ЕВЛК) та радіочастотну облітерацію (РЧО). Ендовенозна лазерна коагуляція виконувалась за допомогою вітчизняного лазерного коагулятора «Ліка-хірург» (ТОВ «Фотоніка плюс») в інфрачервоному спектрі з довжиною хвилі 940Нм. Радіочастотна облітерація проводилась за технологією Venefit (виробник Covidien). Всі втручання виконувались під місцевим знеболенням.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за ступенем хронічної венної недостатності виконували за класифікацією CEAP

Ступінь ХВН (CEAP)	Кількість пацієнтів
1	101 (6%)
2	471 (28%)
3	539 (32%)
4	303 (18%)
5	152 (9%)
6	118 (7%)
Всього	1684 (100%)

Результати. Ендовенозна лазерна коагуляція з перев'язкою гирла великої та/або малої підшкірної вени виконана у 1695 випадках, з них 112 – двобічно.

ЕВЛК виконувалась в декількох варіантах:

а) ретроградна ЕВЛК, коли світловод заводився від пахової ділянки, при цьому велика підшкірна вена біля кісточки не виділялась (736 операцій).

в) антеградна ЕВЛК виконувалась у тих випадках, коли неможливо було провести світловод по велика підшкірна вена від пахової ділянки. Попереду медіальної кісточки виділялась ВПВ, в проксимальному напрямку вводився світловод та виконувалась ЕВЛК (959 операцій).

Тривалість ЕВЛК складала 20-40 хвилин та залежала від прохідності великої та/або малої підшкірної вени, кількості притоків, перфорантів.

Притоки та перфоранти обробляли за мініфлебектомічною технікою та за допомогою пінної склеротерапії.

Трофічні виразки відмічались у 118 пацієнтів. У зв'язку з малими розмірами виразкових дефектів (2-5 см2) необхідності у їх закритті не було.

Після закінчення операції виконувалась еластична компресія кінцівки. Пацієнтам дозволялось вставати через 2-3 години після операції. Середній ліжкодень після операції склав 1 добу.

Після виписки зі стаціонару рекомендувалось продовжити адекватну компресійну терапію протягом 1-2 місяців, а також прийом венотоніків.

Враховуючи специфічність контингенту, моніторинг пацієнтів в післяопераційному періоді, на жаль, не завжди можливий у повному обсязі. До ранніх післяопераційних ускладнень можливо віднести гематоми – 5,7 %, порушення чутливості – 2,4 %, пігментація - 6,2 %, нагноєння – 2,5%. Всі ускладнення були успішно усунуті в ранньому післяопераційному періоді.

В 2016 році в клініці впроваджено в практику амбулаторні методи термооблітерації вен – РЧО та ЕВЛК радіальним світловодом без кросектомії. Під ультразвуковим контролем виконується антеградна пункція та катетеризація великої підшкірної вени (ВПВ) або малої підшкірної вени (МПВ) за Сельдінгером. В просвіт вени заводиться катетер-електрод (РЧО) або радіальний світловод (ЕВЛК) за 2 см до остіального клапану. Термооблітерація виконується під тумінісцентною анестезію 0,25 % розчину новокаїну. Після видалення катетера на місце пункції накладається асептична пов'язка. Притоки та перфоранти обробляються за допомогою методу пінної ехосклерооблітерації. На кінцівку одягається компресійний трикотаж II класу. Після процедури пацієнту рекомендується ходити протягом 40-60 хвилин.

Радіочастотна облітерація виконана 36 пацієнтам, з низ 28 – ВПВ, 8 – МПВ. ЕВЛК радіальним світловодом виконана 24 пацієнтам, з них 20 – ВПВ, 4 – МПВ. У ранньому післяопераційному періоді ускладенень не відмічалось. Контрольні огляди призначались на 7 добу, через 1 місяць, 3 місяці та кожні 6 місяців після операції.

Висновки

1. Застосування методів термооблітерації вен дозволяє значно знизити операційну травму, уникнути ризику гнійно-некротичних ускладнень, значно скоротити тривалість оперативного втручання, знизити тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі.
2. Нові ендовенозні методи термооблітерації не потребують загального знеболення та можливі в амбулаторних умовах.
3. Ендовенозні методи термооблітерації вен (ЕВЛК, РЧО) приблизно рівні з точки зору ефективності, але відрізняються по рівню підготовки персоналу та необхідному устаткуванню, побічним ефектам, терміну реабілітації та економічним витратам.
4. Технологія термооблітерації вен набуває все більше прихильників в нашій країні та у світі. Це пов'язано як з простотою виконання, так і великим потенціалом для амбулаторної практики. Як і будь-яке інше хірургічне втручання, ЕВЛК та РЧО мають багато особливостей, знання яких може з'явитись лише з досвідом.

Література

1. Варикозная болезнь вен нижних конечностей: Стандарты диагностики и лечения (совещание экспертов). М., 2000. 16 с.
2. Введенский А.Н. Варикозная болезнь. Л., 1983. 207 с. 2.
3. Кохан Е.П., Заварина И.К. Рецидивы варикозной болезни // Военно-медицинский журнал. 1989. (2). 29–32.
4. Вилянский М.П., Проценко Н.В., Голубев В.В., Енукашвили Р.И. Рецидив варикозной болезни. М., 1988.
5. Покровский А.В. Клиническая ангиология: Руководство в двух томах. М., 2004. 1400 с.
6. Савельев В. С., Гологорский В. А., Кириенко А. И. и др. Флебология: Руководство для врачей / Под редакцией В. С. Савельева. - Москва: Медицина, 2001. – 647-664 с.
7. Adams F. The Seven Books of Paulus Aegineta (translated). London: Sydenham Soc., 1844. Vol. 2. P. 406–408.
8. Bachoo P. Interventions for uncomplicated varicose veins // Phlebology. 2009. Vol. 24. (Suppl. 1). P. 3–12.
9. Dwerryhouse S., Davies B., Harradine K., Earnshaw J.J. Stripping the long saphenous vein reduces the rate of reoperation for recurrent varicose veins: fiveyear results of a randomized trial // J. Vasc. Surg. 1999. 29. (4). 589–592.
10. Ellis H. Case Histories from the past: Benjamin Collins Brodie–Varicose Vein Surgery // Surgery. 1996. 14. (8).
11. Kaplan R.M., Criqui M.H., Denenberg J.O. et al. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study//J. Vasc. Surg. 2003. Vol. 37. P. 1047–1053.
12. O'Hare J.L., Earnshaw J.J. Varicose veins today//Brit. J. Surg. 2009. Vol. 96. P. 1229–1230.

Резюме. *Проведен клинический анализ современных методов лечения варикозной болезни в период с 2006 г. по 2016 г. у 1684 пациентов, которые проходили обследование и лечение в условиях отделения сосудистой хирургии клиники плановой и эндоваскулярной хирургии ВМКЦ ЦР. Эндовенозная лазерная коагуляция с перевязкой устья большой и/или малой подкожных вены выполнена в 1695 случаях, из них 112 – на обеих конечностях. В 2016 году в клиники внедрены в практику амбулаторные методы термооблитерации вен – РЧО и ЭВЛК радиальным световодом без кроссэктомии. Радиочастотная облитерация выполнена 36 пациентам, ЭВЛК радиальным световодом – 24 пациентам. Применение методов термооблитерации вен позволяет значительно снизить операционную травму, избежать риска гнойно-некротических осложнений, значительно*

сократить длительность оперативного вмешательства, уменьшить длительность пребывания пациента в стационаре.

Summary. *An analysis of current clinical treatments for varicose veins in the period from 2006 to 2016 in 1684 patients undergoing examination and treatment in the department of vascular surgery clinic planned and endovascular surgery. Endovenous laser coagulation ligation of the mouth of a large and / or small saphenous vein made in 1695 cases, of which 112 - bilateral. In 2016 the clinic put into practice outpatient methods termoobliteration veins - RHA and EVLT radial fiber without crossectomy. Radiofrequency obliteration made 36 patients, EVLT radial fiber made 24 patients. Application of termoobliteration veins can significantly reduce operating trauma, avoid the risk of necrotic suppurative complications, significantly reduce the duration of surgery, reduce the length of stay of patients in hospital.*

УДК 616-001

ДОЦІЛЬНІСТЬ ПРОВЕДЕННЯ РЕГІОНАРНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ПРИ ПЛАНОВИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАННЯХ ЗПРИВОДУ ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

М.Й. Тодікаш, І.І. Ремень
Українська військово-медична академія
НВМКЦ «ГВКГ»

Резюме. *Проведено порівняння різних видів анестезії під час планових оперативних втручань з приводу вогнепальних поранень верхніх кінцівок. Встановлено, що провідникова анестезія є більш безпечною та доступною для пацієнта. Дозволяє забезпечити достатній рівень анестезії протягом оперативного втручання та аналгезії в ранній післяопераційний період без застосування наркотичних анальгетиків.*

Ключові слова: *загальна анестезія, регіонарна анестезія, фентаніл.*

Збільшення кількості пошкоджень верхніх кінцівок в результаті бойових дій на території України стало поштовхом для удосконалення анестезіологічного забезпечення оперативних втручань.

На сьогодні ультразвуковий контроль вважається «золотим стандартом» сучасної провідникової анестезії [2,3]. Блокада плечового сплетення використовується з метою провідникової анестезії при оперативних втручаннях на верхніх кінцівках.

Принципи провідникової анестезії залишаються незмінними, а саме: мінімальний час на підготовку пораненого до операції, мінімальний набір