

13. Vitra R.W.F. Computed tomography evaluation of temporomandibular joint alterations in class II Division 1 subdivision patients: condylar symmetry / R.W.F. Vitra, C.D.S. Telles // Am J. Orthod. Dentofacial Orthop. – 2002. – V. 121, No. 4. – P. 369-375.

Реферати

ПОШИРЕНІСТЬ ЗУБОЩЕЛЕПНИХ АНОМАЛІЙ У ДОРОСЛИХ І ДОЛЯ АСИМЕТРИЧНИХ ФОРМ СЕРЕД НИХ

Куросдова В.Д., Макарова О.М.

Проведена оцінка поширеності I,II,III класів порушення прикусу за E. Angle серед дорослих. Отримані результати оцінені в історичному аспекті. Поширеність зубощелепних аномалій серед дорослих склала 82%. За останні 113 років спостерігається зростання кількості аномалій I класу і зменшення аномалій III класу, що може бути пов'язано із значним зниженням жувального навантаження сучасної людини. Найменше зміни торкнулися поширеності аномалій II класу, що відображає певну незалежність дистальної оклюзії від еволюційних процесів. Вперше визначено і проаналізовано частоту зустрічальності односторонніх форм II класу за E. Angle, частка яких серед інших зубощелепних аномалій склала 13%.

Ключові слова: поширеність ЗЩА, односторонній II клас.

Стаття надійшла 22.11.2012 р.

PREVALENCE OF MALOCCLUSION IN ADULTS AND SHARE OF ASYMMETRIC FORMS AMONG THEM

Kuroedova V.D., Makarova A.N.

There has been performed the estimation of I, II, III classes of malocclusion prevalence in adults. These data has been assessed in historical perspective. Prevalence of malocclusion among adults was 82%. Over the last 113 years there has been an increase in the number of class I anomalies and the reduction of class III anomalies that may be associated with a significant reduction in masticatory loading of modern man. The smallest change undergone prevalence of class II malocclusion, which reflects a certain independence of the distal occlusion from evolutionary processes. First identified and analyzed the frequency of occurrence for class II subdivision, whose share among other malocclusion was 13%.

Key words: prevalence of malocclusion, class II subdivision.

Рецензент проф. Ковальов Є.В.

УДК 616.147.3-007.64-089

В.А. Ляховський, А.І. Боркунов, Д.Г. Дем'янюк, І.В. Сапун, Т.Ю. Ляховська, М.І. Кравців
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", Полтавська обласна клінічна лікарня ім. М.В. Склифосовського, м. Полтава

ЗАСТОСУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

З 2009 по 2011 роки у клініці з приводу варикозної хвороби оперували 537 осіб. Малоінвазивні втручання виконали 152 (28,3%) хворим. Серед них чоловіків було 32 (21,1%), жінок – 120 (78,9%). Вік хворих становив в середньому – 42,4±3,1 років. Всім пацієнтам виконували ультразвукове кольорове ангіосканування нижніх кінцівок. За даними ультразвукового кольорового ангіосканування встановлені основні причини особливостей перебігу та прогресування варикозної хвороби, що дозволяло вирішити питання про можливість виконання малоінвазивних втручань. Всі хворі оперовані. Доступи до вен проводили із невеличких розрізів. В ранньому післяопераційному періоді спостерігали наступні ускладнення: поширені підшкірні гематоми, парестезії, набряки гомілок, тромбози литкових вен, а також поширення тромботичного процесу з литкових вен на підколінну та тромбофлебіт великої підшкірної вени. Більшість хворих виписували на 3-4 добу після операції. Пацієнтів з явищами тромбофлебіту великої підшкірної вени та тромбозів глибоких вен виписували із стаціонару після досягнення "терапевтичного вікна" у показниках МНВ (2,0 – 3,0). Віддалені наслідки лікування через рік після виконання оперативного втручання простежили у 128 (84,2%) осіб. Добрі результати лікування протягом року досягли у 114 (89,1%), задовільні – у 14 (10,9%) пацієнтів.

Ключові слова: варикозна хвороба, ультразвукова діагностика, мініінвазивні операції.

Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок є однією з найбільш розповсюджених захворювань. Вона зустрічається у 50% людей старших 50 років [3,6]. Новітні дослідження в Україні показали, що у 68% осіб, які вперше звернулися до лікаря, відмічено хронічне захворювання вен. Початкову стадію захворювання виявлено у 40% хворих. Пік захворювання припадає на 40-60 років. До фахівця люди з хронічним захворюванням вен, як правило, звертаються у важкій стадії захворювання. Перебіг ВХ небезпечний появою ускладнень, що призводять до інвалідності, загрожують життю хворих. У переліку захворювань, що найбільш часто викликають втрату працездатності, хронічні захворювання вен займають 14 місце [9].

Вилікувати хворих на ВХ можливо лише за допомогою оперативного лікування [3,7]. З різних причин щорічна кількість операцій з приводу ВХ в Україні залишається стабільно невеликою. Так, у 2008 році в Україні з приводу ВХ виконано 18 905, у 2009 – 17 016, а у 2010 – 17 306 операцій. З розрахунку на 10 тис населення це відповідно 4,09, 3,70, 3,79 втручань [4,5]. При високому рівні захворюваності населення на ВХ, число оздоровлених оперативним шляхом зовсім незначне. У пошуку причин такого стану варто відмітити, що у державах західної Європи операції з приводу ВХ лідирують серед планових. У Фінляндії виконуються близько 220 венектомій на 100 тисяч населення, а у Великій Британії – 90 тисяч операцій за рік [9]. Невелика кількість втручань з приводу ВХ, перш за все, відображає теперішню загальну тенденцію до зменшення кількості операцій при різних захворюваннях. На наш погляд, у даному разі це зумовлено двома причинами: необізнаністю населення щодо небезпечності захворювання на ВХ та зубожінням людей.

Хронічні захворювання вен нижніх кінцівок, зокрема ВХ, соціально досить значущі. При сучасній дорожничій медикаментів тривале консервативне лікування ВХ забирає значну частину сімейного бюджету. Оперативне лікування хворих теж має свої особливості.

Напрямок пошуку інтенсифікації праці по оздоровленню хворих на ВХ, перш за все, має стосуватися хірургічного розділу роботи. Зокрема, велику перспективу у цьому бачимо від запровадження малоінвазивних втручань. Відпрацьовані критерії визначення показань для таких втручань шляхом широкого запровадження ефективної діагностики першопричини ВХ дозволять більшу частину операцій перенести в амбулаторно-

поліклінічні умови [3,6]. Зараз для цього існує певна перспектива, яку необхідно продумати і закріпити організаційно.

Жителі України в очікуванні реформи охорони здоров'я. За попередніми даними, реформа має дещо змінити звичні підходи до організації і надання медичної допомоги населенню. У попередженні захворювань та при лікуванні хворих значно зміцніли значення поліклінічної ланки. Якщо відбудеться закриття хірургічних відділень у ряді теперішніх районних і міських лікарень, то на вивільнених площах бажано впровадження розширеного переліку амбулаторних оперативних втручань і, в першу чергу, це стосується патології вен. Можливо при цьому також доведеться переглянути та дещо змінити напрямок діяльності кабінетів діабетичної стопи при потужних медичних об'єднаннях. Проблема заслуговує вирішення, для цього настає вигідний час.

Метою роботи було виявлення причини розвитку та прогресування різних видів ВХ, які можна усунути за допомогою малоінвазивних втручань із збереженням незмінених стовбурів великої чи малої підшкірних вен.

Матеріал та методи дослідження. У відділенні хірургії судин Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з 2009 по 2011 роки з приводу ВХ оперували 537 осіб. Малоінвазивні втручання виконали 152 (28,3%) хворим. Серед них чоловіків було 32 (21,1%), жінок – 120 (78,9%). Вік хворих становив від 23 до 52, в середньому – $42,4 \pm 3,1$ років. ВХ вен нижніх кінцівок хворіли протягом 5-11 років. Всі хворі обстежені в амбулаторних умовах з проведенням у повному обсязі лабораторних та інструментальних досліджень. Для визначення патології вен усім виконували ультразвукове кольорове ангіосканування нижніх кінцівок (УЗКАС) [1,2,3,7,8]. При цьому в осіб, у яких допускалася можливість проведення малоінвазивних втручань, досліджували усі підшкірні венозні гілки з метою визначення джерел їх заповнення. Визначили стан глибоких вен, спроможність сафено-феморального та сафено-поплітеального клапанів та виникнення вертикальних рефлексів, їх розповсюдженість, а також локалізацію та неспроможність перфорантних вен з визначенням горизонтальних рефлюксів. При обстеженні позначками на шкірі відмічали виявлену патологію.

Результати дослідження та обговорення. За даними УЗКАС встановлені основні причини, що спричиняли відповідний перебіг та прогресування ВХ, що дозволило вирішити питання про можливість виконання малоінвазивних втручань при варикозному розширенні поверхневих вен нижніх кінцівок. За цими даними, хворі були розподілені на групи. У першу групу увійшли 9 (5,9%) пацієнтів, у яких підшкірні вени верхньої третини стегна заповнювали через вени таза. У другу – 74 (48,7%) хворих, у яких встановлена неспроможність остіального клапана великої підшкірної вени (ВПВ) з вертикальним рефлюксом крові у її притоки на стегні без варикозного розширення стовбура вени. Через перфоранту вену Додда горизонтальний рефлюкс крові у притоки ВПВ відбувався у 16 (10,5%) госпіталізованих третьої групи та малий вертикальний рефлюкс через неспроможність сафено-поплітеального клапана у поверхневі вени гомілки, стегна та верхню третину стовбура малої підшкірної вени (МПВ) виявлений у 25 (16,5%) осіб четвертої групи. Горизонтальний рефлюкс венозної крові у ділянці сполучення магістральних та перфорантних вен на гомілці та стегні відмічений у 28 (18,4%) осіб п'ятої групи. Скарги, збір анамнезу, тривалість захворювання, дані огляду та інструментального обстеження дали підставу, згідно класифікації СЕАР (1994 р.) хворих розподілити за такими формами хронічної венозної недостатності: С2 – 64 (42,1%), С3 – 49 (32,3%), С4 – 37 (24,3%), С5 – 2 (1,3%) пацієнтів.

Дані обстеження дозволили для кожного хворого визначити необхідний об'єм оперативного втручання і уникнути стандарту – повного видалення великої чи малої підшкірних вен.

Всі хворі прооперовані. В залежності від об'єму хірургічного втручання операції виконували під внутрішньовенним наркозом у 96 (63,2%), місцевою анестезією – у 49 (32,2%) та епідуральним знеболенням – у 7 (4,6%) пацієнтів. Доступи до вен проводили із невеличких розрізів, варикозні вени на стегні та гомілці діаметром до 1,0 см видаляли із міні доступів. У першій групі шляхом розтину м'яких тканин за Наратом видалені розширені притоки на стегні, починаючи від стовбура ВПВ. У другій – виконували кросектомію та видаляли за Наратом розширені притоки ВПВ на стегні, що ретроградно заповнювалися венозною кров'ю [7]. У хворих третьої групи шкіру розсікали згідно маркеру, перфорантну вену Додда виділяли із тканин, перев'язували, пересікали. Неспроможність сафено-поплітеального клапана та малий вертикальний рефлюкс крові до верхньої третини гомілки та у поверхневі вени гомілки та стегна усували шляхом перев'язки МПВ у місці впадіння в підколінну, при необхідності з видаленням МПВ у верхній третині гомілки та варикозно змінених вен на гомілці та стегні за Наратом. Горизонтальний рефлюкс крові на стегні та гомілці у хворих п'ятої групи усували шляхом видалення недостатніх перфорантних вен за Кокетом та варикозних вен за Наратом.

В післяопераційному періоді хворі отримували знеболюючі препарати, флеботоніки, профілактичні дози антибіотиків, а при перев'язці гирла ВПВ та МПВ – і профілактичні дози низькомолекулярних гепаринів до 7 діб. Оперативні втручання закінчували накладанням еластичних бинтів, які після 2 тижнів носіння заміняли на компресійні панчохи. Однак, в ранньому післяопераційному періоді спостерігали наступні ускладнення: поширені підшкірні гематоми – у 24 (15,9%), парестезії – у 11 (7,2%), набряки гомілок – у 9 (5,9%), а їх поєднання – у 15 (9,9%) пацієнтів. Для визначення стану поверхневих та глибоких вен всім пацієнтам на 2-3 добу після операції виконували УЗКАС. При цьому ізольовані тромбози литкових вен виявлені у 3 (2,0%), поширення тромботичного процесу з литкових вен на підколінну – у 1 (0,7%) та тромбофлебіт ВПВ – у 4 (2,6%) пацієнтів. Їм додатково призначали непрямі антикоагулянти у терапевтичних дозах під контролем коагулограми та з регулярним моніторингом міжнародного номенклатурного відношення (МНВ). Хворих виписували на 3-4 добу після операції.

Всіх пацієнтів оглядали і обстежували через 1 та протягом 6-9 місяців. Віддалені наслідки лікування через рік після виконаного оперативного втручання простежили у 128 (84,2%) осіб. У 3 (2,3%) оперованих хворих з першої групи у верхній третині стегна по передньо-зовнішній поверхні відмічено контурування варикозно змінених притоків великої підшкірної вени, що підтверджується даними УЗКАС. У 5 (3,9%) оперованих третьої та п'ятої груп, у яких перев'язували перфорантну вену Додда та перфорантні вени на стегні та гомілці, по передне-внутрішній поверхні стегна та гомілки визначалися варикозні вени. За допомогою УЗКАС встановлена їх причина – наявність горизонтальних рефлексів через неспроможні клапани перфорантних вен. Помітний початок трофічних розладів на шкірі нижньої третини гомілки відмічений у 2 (1,6%) пацієнтів п'ятої групи, які оперовані з приводу недостатності перфорантних вен. Парестезія шкіри на невеликій ділянці передне-внутрішньої поверхні стегна і гомілки протягом року спостереження зберігалася у 4 (3,1%) хворих. Вважаємо, що добрі результати лікування у віддаленому періоді протягом року досягли у 114 (89,1%), задовільні – у 14 (10,9%) пацієнтів.

Висновки

1. Сучасне ультразвукове кольорове сканування вен нижніх кінцівок дозволяє визначити і локалізувати причини появи та прогресування ВХ і дає можливість виконувати малоінвазивні втручання без видалення незмінених стовбурів великої чи малої підшкірних вен.
2. В ранньому післяопераційному періоді тромботичні ускладнення діагностовані за допомогою проведення ультразвукового кольорового ангиосканування у 8 (5,3%) хворих.
3. При спостереженні пацієнтів після проведення мініінвазивних венектомій протягом одного року встановлено наявність ускладнень, пов'язаних з прогресуванням варикозної хвороби у 10 (7,8%) та із проведенням оперативного втручання у 4 (3,1%) пацієнтів.

Література

1. Венозний тромбоемболізм: діагностика, лікування, профілактика / Міждисциплінарні клінічні рекомендації. – Київ. – 2011. – 63 с.
2. Захарьян А.Л. Малоінвазивные венэктомии в хирургическом лечении варикозного расширения вен нижних конечностей с сафенофemorальным рефлюксом / А.Л. Захарьян, В.М. Йовбак, М.А. Потапенко и др. // Клиническая флебология. – 2009. – Т.1 – №2. – С. 123-124.
3. Константинова Г.Д. Практикум по лечению варикозной болезни / Г.Д. Константинова, П.К. Воскресенский, О.В. Гордина [и др.] // Под ред. Г.Д. Константиновой. – М.: «Профиль». – 2006. – 188 с.
4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2008-2009 р.р. – Київ. – 2011. – 327 с.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2009-2010 р.р. – Київ. – 2011. – 329 с.
6. Савельев В.С. Флебология: руководство для врачей / В.С. Савельев, В.А. Гологорский, В.А. Кириенко [и др.] // Под ред. В.С. Савельева. – М.: «Медицина». – 2001. – 664 с.
7. Савинов С.Г. Опыт хирургического лечения варикозной болезни методом CHIVA / С.Г.Савинов, В.А.Томин, С.Г.Гривенко [и др.] – Клиническая флебология. – 2009. – Т. 1. – № 2. – С 129-131.
8. Український консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок. – Київ. – 2005. – 90 с.
9. Чернуха Л.М. Заболевания вен – проблема, требующая решения / Л.М.Чернуха. – Здоров'я України. – 2011. – №6. – С. 2-3.

Реферати

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ляховский В.И., Боркунов А.Л., Демянюк Д.Г., Сапун Л.В., Ляховская Т.Ю., Кравцов Н.И.

С 2009 по 2011 года в клинике по поводу варикозной болезни оперировали 537 лиц. Малоинвазивные вмешательства выполнили 152 (28,3%) больным. Среди них мужчин было 32 (21,1%), женщин – 120 (78,9%). Возраст больных составлял в среднем – 42,4±3,1 лет. Всем пациентам выполнили ультразвуковое цветное ангиосканирование нижних конечностей. По данным ультразвукового цветного ангиосканирования установлены основные причины особенностей течения и прогрессирования варикозной болезни, что позволило решать вопросы о возможности выполнения малоинвазивных вмешательств. Все больные оперированы. Доступы к венам выполняли с небольших разрезов. В раннем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: большие подкожные гематомы, парестезии, отеки голеней, тромбозы вен голени, а также распространение тромботического процесса с вен голени на подколенную и тромбозы большой подкожной вены. Большинство больных выписывали на 3-4 сутки после операции. Пациентов с явлениями тромбоза большой подкожной вены и тромбозов глубоких вен выписывали из стационара после достижения “терапевтического окна” в показателях МНО (2,0 – 3,0). Отдаленные результаты лечения через год после выполнения операции проследили у 128 (84,2%) лиц. Хорошие результаты лечения на протяжении года достигли в 114 (89,1%), удовлетворительные – в 14 (10,9%) пациентов.

Ключевые слова: варикозная болезнь, ультразвуковая диагностика, малоинвазивные операции.

Стаття надійшла 22.11.2012 р.

MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS FOR LOWER LIMB VARICOSITY

Lyakhovskiy V.I., Borkunov A.L., Demyanyuk D.G., Sapun L.V., Lyakhovska T.U., Kravtsov M.I.

537 persons were operated about varicose veins at the Department of Vascular Surgery of the Poltava Regional Clinical Hospital. NV Sklifosovsky from 2009 to 2011. Minimally invasive interventions were performed for 152 (28.3%) patients. 32 men were (21.1%), women were 120 (78.9%) among them. The age of patients was 42.4 ± 3.1 years on average. They suffered from varicose veins of the lower limbs for 5-11 years. All patients were performed ultrasound color angioscanning of lower extremities. Data for ultrasound color angioscanning installed the main reasons of course and progression of varicose veins, allowed the ability to perform minimally invasive treatments for varicose superficial veins of the lower extremities. All patients were operated on. Access to the veins were made through small incisions. The following complications were observed in the early postoperative period: large subcutaneous hematoma, paresthesia, shins swelling, calf vein thrombosis, the spread of thrombotic process with the calf veins to the popliteal ones and saphenous vein thrombophlebitis. Most patients were discharged from the hospital in 3-4 days after surgery. Patients with symptoms of the great saphenous vein thrombophlebitis and deep vein thrombosis were discharged from the hospital after the "therapeutic window" in terms of the INR (2.0 - 3.0). Long-term results of treatment in a year after surgery were observed in 128 (84.2%) individuals. The good results of treatment were achieved in 114 (89.1%), satisfactory – in 14 (10.9%) patients.

Key words: varicose disease, ultrasound diagnosis, minimally invasive interventions.

Рецензент проф. Лігоненко О.В.