

Кудрицкий Д. В.

СРАВНЕНИЕ АНАЛЬГЕЗИРУЮЩЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАСТВОРОВ ДЛЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ СИСТЕМ

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Шахрай С. В.

Кафедра неотложной хирургии

Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск

Актуальность. В настоящее время развитие лазерных технологий позволяет выполнять ряд хирургических вмешательств, используя малоинвазивные техники. Так, классическая флебэктомия заменяется эндовазальной лазерной облитерацией, открытое удаление липом – лазер-ассистированной липодеструкцией с последующей аспирацией эмульсии, открытое удаление гигром – чрескожной аспирацией с последующей лазерной деструкцией стенки. Данные методики не уступают классическим по количеству осложнений, и превосходят их по косметическому результату, комфорту и длительности периода реабилитации (как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах). Кроме того, применение местной анестезии позволяет выполнять данные вмешательства амбулаторно.

Цель: сравнить анальгезирующую эффективность различных растворов для местной анестезии, применяемых при операциях с использованием лазерных хирургических систем.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 102 человека (средний возраст $46,52 \pm 23,46$, $p=0,05$, соотношение М:Ж =1,00:0,96). 72 пациентам (70,59%) выполнялась эндовазальная лазерная облитерация ствола большой подкожной вены по поводу варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей, 21 пациенту (20,59%) – лазер-ассистированная липодеструкция по поводу доброкачественных новообразований подкожной жировой клетчатки различных локализаций, 9 пациентам (8,82%) – чрескожная пункция гигром различных локализаций с последующей лазерной деструкцией внутренней стенки. Методом блоковой рандомизации все пациенты были разделены на три группы. В первой группе для тумесцентной анестезии применялся раствор Кляйна (1000 мл физиологического раствора, 25 мл 2% раствора лидокаина, 1 мл 1:1000 раствора адреналина, 12,5 мл 8,4% раствора натрия бикарбоната). У пациентов второй группы применялся раствор Ханстадта (1000 мл раствора Рингера, 25 мл 2% раствора лидокаина, 1 мл 1:1000 раствора адреналина). У пациентов третьей группы применялся раствор Кляйна с добавлением 4 мг дексаметазона. Оценивались интенсивность болей во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде (использовалась визуально-аналоговая шкала оценки боли от 0 до 100). Операции выполнялись с использованием лазерной хирургической системы Mediola Compact (ЗАО «Фотэк», РБ) под ультразвуковым контролем.

Результаты и их обсуждение. Для сравнения результатов трех независимых выборок с нормальным распределением (нормальность подтверждена критерием Шапиро-Уилка) использовался однофакторный дисперсионный анализ. Так, интенсивность болей во время операции для пациентов первой и третьей группы достоверно выше, чем для пациентов второй группы (субъективно пациенты ощущают «жжение» при введении раствора Кляйна, не характерное при введении раствора Ханстадта). В послеоперационном периоде интенсивность болей после выполнения эндовазальной лазерной коагуляции достоверно ниже у пациентов 3 группы. У пациентов, оперированных по поводу гигром и липом, достоверных отличий интенсивности боли в послеоперационном периоде в зависимости от раствора для анестезии не наблюдалось. Интраоперационных и послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Выводы. При выполнении эндовазальной лазерной облитерации вен целесообразно добавлять в раствор для тумесцентной анестезии глюкокортикоиды с целью снижения интенсивности болей в послеоперационном периоде. Применение раствора Ханстадта вызывает меньший дискомфорт у пациентов во время операции, чем применение раствора Кляйна.