

УДК 616.36–006.2–073.4–8–089.819

ЗАСТОСУВАННЯ МІНІІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРИВОДУ НЕПАРАЗИТАРНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

С. В. Малик, М. В. Безручко, О. С. Осіпов, С. П. Кравченко, А. В. Хоменко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,
Козельщинська центральна районна лікарня, Полтавська область

APPLICATION OF MINIINVASIVE INTERVENTIONS UNDER ULTRASONOGRAPHIC CONTROL FOR NONPARASITIC HEPATIC CYSTS

S. V. Malyk, M. V. Bezruchko, O. S. Osipov, S. P. Kravchenko, A. V. Khomenko

Ukrainian Academy of Medical Dental, Poltava,
Kozelshchina Central District Hospital, Poltava region

Останнім часом відзначають збільшення кількості пацієнтів з НКП, частота їх виявлення становить 5 – 6%. Це пов'язане з широким впровадженням в діагностику таких неінвазивних методів, як УЗД та комп'ютерна томографія [1 – 3]. Велику увагу приділяють питанням своєчасної діагностики та вибору ефективного методу лікування НКП. У більшості хворих НКП не мають виражених клінічних симптомів, в 11 – 19% – проявляються незначним больовим синдромом, дискомфортом у правій підребровій ділянці, жовтяницею тощо. Частота ускладнених НКП становить 5 – 5,9% [4 – 7].

Сучасний рівень технологій в хірургії дозволяє значно підвищити ефективність хірургічного лікування вогнищевих захворювань печінки [1, 5]. При цьому збільшилася частота використання мініінвазивних методик, до яких належать лапароскопічні та черезшкірні пункційні втручання під контролем УЗД, що поєднують високу ефективність і малу травматичність маніпуляцій [5 – 8].

Метою дослідження є оцінка ефективності мініінвазивних хірургічних методик у лікуванні НКП.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 21 хворого у хірургічному відділенні І – ї міської клінічної лікарні м. Полтави за період з 2010 по 2015

Реферат

Проаналізовані результати лікування 21 хворого з приводу непаразитарних кіст печінки (НКП) з застосуванням лапароскопічного дренирування і пункції під контролем ультразвукового дослідження (УЗД).

Перевагами такого методу є мінімальний травматизм втручання, відсутність необхідності застосування загального знеболювання; низька частота післяопераційних ускладнень (7,1%), зменшення тривалості лікування хворих у стаціонарі до (3,3 ± 0,61) дня, зменшення економічних витрат на лікування.

Ключові слова: непаразитарні кісти печінки; пункційні втручання під контролем ультразвукового дослідження.

Abstract

The results of treatment of 21 patients, suffering nonparasitic hepatic cysts, using laparoscopic draining and puncture under ultrasonographic control, were analyzed. Minimal traumaticity of the intervention, absence of necessity to apply general anesthesia, low rate of postoperative morbidity (7.1%), reduction of duration of the patients stationary treatment down to (3.3 ± 0.61) days, reduction of economic wastes on the treatment constitute the advantages of such method.

Key words: nonparasitic hepatic cysts; the puncture interventions under ultrasonographic control.

р. з приводу НКП з застосуванням мініінвазивних методик.

Для оцінки ефективності лікування залежно від застосованого методу мініінвазивного втручання пацієнти розподілені на 2 групи: у 7 (33,3%) пацієнтів (І група) здійснивали дренирування кісти під відеолапароскопічним контролем; у 14 (66,7%) хворих (ІІ група) – проводили черезшкірну пункцію під контролем УЗД.

Вік пацієнтів від 23 до 79 років, у середньому (54,3 ± 1,59) року. Чоловіків було 8 (38,1%), жінок – 13 (61,9%). Основними скаргами пацієнтів були дискомфорт, відчуття тяжкості, біль у правій підребровій та надчеревній ділянках, диспептичні явища, загальна слабкість. Ус-

кладнення у вигляді нагноєння вмісту кіст відзначене у 6 (28,6%) хворих. У 12 (57,1%) пацієнтів діагностовані супутні захворювання: жовчнокам'яна хвороба та хронічний холецистит – у 4, хронічний панкреатит – у 3, виразка дванадцятипалої кишки – у 2, ішемічна хвороба серця – у 3. Групи зіставні за віком, статтю пацієнтів, тривалістю захворювання, тяжкістю загального стану.

Всім пацієнтам з діагностичною метою проведено УЗД органів черевної порожнини та, при необхідності, для уточнення локалізації кісти – спіральна комп'ютерна томографія. Визначали: вид, локалізацію, розміри кіст, наявність ускладнень, розташування по відно-

шенню до судинно—трубчастих структур печінки, наявність безпечного "акустичного вікна" для пункції. Для УЗД та пункцій використовували ультразвуковий сканер HD11XE фірми Philips (Голландія) з мультичастотним конвексним датчиком з частотою 5 — 7,5 МГц і пакетом доплерівських режимів; застосовували пункційну голку Chiba № 26 G за методикою "free hand" [5]. Аспірат направляли на лабораторне дослідження. Після неповної аспірації рідини в порожнину кісти вводили 96% розчин етилового спирту у співвідношенні 1 : 3 залишеного об'єму рідини, експозиція 10 хв, що забезпечувало асептичну деструкцію внутрішньої (ендотеліальної) оболонки кісти, денатурацію білків у зоні контакту склерозанта з стінкою кісти.

У 16 (76,2%) пацієнтів кісти були поодинокими, у 5 (23,8%) — множинними. Кісти правої частки печінки виявлені у 9 (42,9%) хворих, лівої — у 7 (33,3%), обох часток — у 5 (23,8%). Діаметр кіст від 4,3 до 10,8 см, у середньому ($6,2 \pm 0,64$) см.

Всі пацієнти обстежені у повному обсязі відповідно до наказу МОЗ України № 297 від 02.04.10. Також в усіх пацієнтів досліджували наявність онкологічних маркерів та антитіл до ехінококу.

Статистичний аналіз даних проведений з застосуванням пакета прикладних програм MS Excel. Відмінності вважали достовірними за $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих I групи діаметр кіст становив від 5,1 до 10,8 см. У них здійснювали лапароскопічну коагу-

ляцію кіст, а за наявності великих кіст (діаметром понад 7 см) — фенестрацію. У 4 хворих (НКП діаметром 5 — 7 см) здійснено пункційне видалення вмісту з електрокоагуляцією стінки кіст, у 3 — фенестрацію кісти з коагуляцією залишків її оболонки, у 4 — операцію виконували одночасно з лапароскопічною холецистектомією.

Ускладнення в ранньому післяопераційному періоді виникли в 1 (14,3%) пацієнта у вигляді гематоми печінки після фенестрації солітарної кісти діаметром 8,3 см (у C_{VI}). Гематома усунута шляхом прицільної пункції під контролем УЗД. Після лапароскопічних втручань тривалість лікування пацієнтів у стаціонарі становила у середньому ($7,1 \pm 0,59$) дня.

У 14 хворих II групи діаметр кіст становив від 4,3 до 9,5 см. В 11 хворих застосована одноразова пункція. Під час динамічного УЗД у 12 хворих відзначали спадіння порожнини кісти або її повну облітерацію, клінічно — значне зменшення вираженості або зникнення скарг вже після першої пункції. У 3 пацієнтів позитивний клінічний та ультразвуковий ефект досягнутий після виконання 2 — 3 пункцій. У 2 пацієнтів для усунення кісти двічі виконували пункційне втручання під контролем УЗД, в 1 — тричі. УЗД після пункції проводили на 2—гу добу та перед виписуванням пацієнтів. Періодичність пункцій визначали індивідуально, як правило, повторну пункцію здійснювали за наявності великих кіст. В 1 (7,1%) хворого виникло ускладнення у вигляді гематоми порожнини кісти, видалена під час повторної пункції. Тривалість лікування хворих у стаціонарі становила у середньому ($3,3 \pm 0,61$) дня.

Після виписування пацієнтів для аналізу віддалених результатів лікування проводили контрольний огляд через 6, 12 і 18 міс з оцінкою клінічних даних та контролю стану порожнини кісти за даними УЗД. В I групі повне стійке зникнення кісти відзначено у 6 (85,7%) хворих, стійке значне зменшення її розмірів — в 1 (14,3%), рецидиву кісти не було. У II групі повне стійке зникнення кісти відзначено в 11 (78,6%) хворих, стійке значне зменшення кісти — у 3 (21,4%), рецидивів кісти не спостерігали. За стійкого значного зменшення кісти в обох групах виявляли залишкову порожнину діаметром від 0,5 до 1,8 см, під час динамічного спостереження її розміри не змінювалися, проте, це не впливало на якість життя пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Перевагами методу лікування НКП з застосуванням пункції під контролем УЗД є мінімальний травматизм втручання; відсутність необхідності застосування загального знеболювання; низька частота післяопераційних ускладнень (7,1%) у порівнянні з такою після лапароскопічних втручань (14,3%).

2. Найближчі й віддалені результати лікування при застосуванні лапароскопічного дренивання та пункції кіст під контролем УЗД достовірно не різнилися.

3. Застосування пункції під контролем УЗД сприяло зменшенню тривалості лікування хворих у стаціонарі до ($3,3 \pm 0,61$) дня у порівнянні з такою після лапароскопічних втручань — ($7,1 \pm 0,59$) дня та економічних витрат на лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Альперович Б. И. Хирургия печени / Б. И. Альперович. — М. : ГЭОТАР, 2010. — 352 с.
2. Результаты хирургического лечения истинных кист печени / А. И. Лобаков, В. Б. Румянцев, Ю. И. Захаров [и др.] // Альманах хирургии. — 2011. — Т. 6, № 2. — С. 104 — 105.
3. Polanivelu S. Laparoscopic management of benign nonparasitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study / S. Polanivelu, K. Jani, V. Malladi // South. Med. J. — 2006. — Vol. 99, N 10. — P. 1063 — 1067.
4. Бондаревский И. Я. Алгоритм хирургического ведения больных с кистами печени / И. Я. Бондаревский // Вестн. новых мед. технологий. — 2011. — № 3. — С. 77 — 80.
5. Ничитайло М. Ю. Вибір методу хірургічного лікування непаразитарних кіст печінки / М. Ю. Ничитайло, Г. Ю. Мошківський, О. Й. Іжовський // Шпитал. хірургія. — 2008. — № 3. — С. 34 — 37.
6. Решение тактических вопросов при билиарных кистах печени / О. Г. Скипенко, Н. Н. Багмет, М. П. Кочиева [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 9 — 13.
7. Giuliani F. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts / F. Giuliani, F. D'Acipito // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17, N 11. — P. 1735 — 1738.
8. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / А. А. Третьяков, А. Г. Петренко, А. Н. Неверов [и др.] // Альманах хирургии. — 2011. — Т. 6, № 2. — С. 117 — 118.