

ПУНКЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З РІДИННИМИ УТВОРЕННЯМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ПЕЧІНКИ

Хворостов Є. Д., Цівенко О. І., Душик Л. М., Черкова Н. В., Скалозуб Т. Є.

Резюме. Діагностика і лікування рідинних утворень печінки і підшлункової залози непаразитарного генезу залишається дискусійною проблемою, незважаючи на сучасні досягнення малоінвазивної хірургії. Метою дослідження є покращення результатів хірургічного лікування хворих з рідинними утвореннями печінки і підшлункової залози непаразитарного генезу шляхом комплексного застосування мініінвазивних методів діагностики і хірургічного лікування. Пацієнтам виконувалися клінічні, лабораторні, інструментальні методи обстеження, при виконанні яких були виявлені рідинні утворення. За допомогою ультразвукового апарату лоціювали рідинну структуру, потім доплерографією визначали безсудинну зону для проходження пункційної голки. Для пункцій використовували спеціальні насадки на ультразвуковий датчик. Під місцевою анестезією виконували пункцію. Для пункції використовували голки типу Chiba, а для дренивання – катетери типу Pig tail від 6 до 9 F. Терміни встановлення дренажів визначалися індивідуально, враховуючи клінічні і сонографічні ознаки, при цьому середні терміни дренивання кіст підшлункової залози склали $24 \pm 4,3$ дні, а дренивання кіст печінки – $32 \pm 1,6$ дні. Були визначені показання до виконання пункції під контролем сонографії, лапароскопічного методу лікування. Пункційно-дренуючі втручання виконані 53 пацієнтам з непаразитарними кістами печінки, з них дренивання під ультразвуковим контролем виконано 30 пацієнтам, 23 пацієнтам виконано відеолапароскопічне дренивання. Також пункційно-дренуючі втручання виконані 72 пацієнтам з псевдокістами підшлункової залози, з них дренивання під УЗ контролем виконано 48 пацієнтам, 24 пацієнтам виконано відеолапароскопічне дренивання. При пункційному лікуванні кіст печінки, підшлункової залози для знеболювання ні в одному випадку не використовувалися наркотичні анальгетики. Післяопераційний період більш сприятливо протікав у пацієнтів, де використовувалися черезшкірні пункційні втручання. Відразу після черезшкірних втручань під ультразвуковим контролем і з другої доби після відеолапароскопічних операцій хворі поверталися до звичних для них режимів харчування і обсягу фізичної активності. Таким чином, порівнюючи різні методи хірургічного лікування непаразитарних рідинних утворень печінки, підшлункової залози встановлено, що застосування пункційно-дренуючих методів дозволило в значній мірі поліпшити медико-соціальні показники даної групи хворих.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: лапароскопія, непаразитарні псевдокісти, печінка, підшлункова залоза, пункції, ультразвукове дослідження

ІНФОРМАЦІЯ ПРО АВТОРІВ

Хворостов Євген Дмитрович, д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Цівенко Олексій Іванович, д.мед.наук, професор кафедри хірургічних хвороб Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, вул. Ігора Муратова, 9, Харків, Україна, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Душик Людмила Миколаївна, к.мед.н., доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, Харків, Україна, 61022, e-mail: dushiklyudmila@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8330-7221>

Черкова Наталія Вікторівна, к. мед. н., доцент кафедри хірургічних хвороб, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, Харків, Україна, 61022, e-mail: nat.vict@gmail.com, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4471-4684>.

Скалозуб Тетяна Євгенівна, лікар-УЗД консультативно-діагностичного відділення ХКЛ № 2 на залізничному транспорті філії «ЦОЗ» ПАТ «УКРЗАЛІЗНИЦЯ», вул. І. Муратова, 9, Харків, Україна, 61052

ВСТУП

Останні роки характеризуються неухильним зростанням панкреатиту, різноманітних і, часто, важких ускладнень і наслідків цього захворювання, таких як панкреатичні кісти,

нориці і т. д. Найчастіше утворенням кіст ускладнюються важкі форми гострого деструктивного панкреатиту, при якому частота кіст досягає близько 50 % [1]. Різноманітність морфології панкреатичних кіст, зокрема стану їх стінки, характеру

вмісту, не дозволяє однозначно у всіх випадках підходити до вибору тактики лікування хворих з кістозними утвореннями підшлункової залози. Показаннями до операції і вибір її конкретного методу в значній мірі визначається стадією формування панкреатичної кісти і її стінок, а також необхідністю корекції причин розвитку панкреатиту [2]. Одним з найскладніших і невирішених питань постнекротичних кіст підшлункової залози вважається їх лікування. Багато хірургів схиляються до ранніх операцій, як тільки виставляється діагноз, з огляду на можливість розвитку ускладнень кісти [2, 3]. При сформованій фіброзній капсулі в терміни, не раніше 3–4 місяців з моменту гострого панкреатиту, методом вибору в даній ситуації є один з варіантів внутрішнього дренивання. У разі розвитку загрозливих для життя ускладнень, незалежно від характеру стінок кісти, найбільш доцільним є зовнішнє дренивання з активною аспірацією [4]. Черезшкірне дренивання під сонографією досить ефективно при виявленні парапанкреатичних «свіжих» рідинних скупчень, в тому числі й інфікованого характеру [5].

Кісти печінки зустрічаються приблизно в 0,8 % населення, а за даними аутопсії, частота невиявлених непаразитарних кіст печінки досягає 1,86 %. Кісти печінки ділять на справжні і несправжні. Справжні кісти в печінці виникають з аберантних жовчних ходів, тобто під час ембріонального розвитку [6]. Псевдокісти печінки розвиваються після травматичного центрального або підкапсульного розриву печінки, після лікування абсцесу печінки, ехінококектомії, стінка цих утворень складається з фіброзно-зміненої тканини печінки [7].

При полікістозі печінки радикальною операцією вважається трансплантація печінки [7]. При хірургічному лікуванні кіст печінки використовують видалення кісти з її оболонками, резекцію ураженої частини печінки, висічення стінки кісти вважають умовно-радикальними операціями. Розтин і спорожнення кісти печінки, марсупіалізація кісти, цистоентеро-, цістогастроанастомоз вважають паліативними операціями. Невеликі солітарні кісти підлягають пункції або дрениванню під контролем ультразвукового дослідження або комп'ютерної

томографії з подальшим введенням в просвіт склерозуючого розчину (96 % етилового спирту, 87 % розчину гліцерину). Такі загрозливі стани, як нагноєння, розрив, кровотеча в кісту є абсолютними показаннями до оперативного лікування кіст печінки. Умовно-абсолютними показаннями є гігантська кіста будь-якої локалізації (більше 10 см в діаметрі), кіста з центральним розташуванням в воротах печінки (зі здавленням жовчного тракту і/або з явищами портальної гіпертензії), кіста з вираженими проявами. Відносними показаннями є кісти великих розмірів (від 3 до 10 см у діаметрі) ізольована кіста III–IV сегментів; рецидивні кісти печінки в разі неефективності методів пункційного лікування. Хворі з кістами печінки діаметром до 3 см підлягають диспансерному спостереженню [8].

Таким чином, відсутність єдиного підходу в діагностиці та лікуванні псевдокіст підшлункової залози та печінки, а також прагнення до удосконалення діагностично-лікувальних програм обумовили наш інтерес до даної проблеми.

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Поліпшити результати хірургічного лікування хворих з рідинними утвореннями печінки і підшлункової залози шляхом комплексного застосування мініінвазивних методів діагностики і хірургічного лікування.

Робота виконана відповідно до комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургічних хвороб ХНУ імені В. Н. Каразіна «Розробка мініінвазивних методів лікування рідинних утворень паренхіматозних органів та черевної порожнини в плановій та невідкладній абдомінальній хірургії» № державної реєстрації 0109U001445.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження проведене в клініці хірургічних хвороб ХНУ імені В.Н. Каразіна на базі хірургічного відділення ХКЛ ЗТ № 2 Філії «ЦОЗ» АТ «УЗ» з 2010 року по теперішній час. Серед 72 пацієнтів з псевдокістами підшлункової залози дренивання під УЗ контролем виконано 48 пацієнтам – 1 група, а відеолапароскопічне дренивання проведено 24 пацієнтам – 2 група (рис.1).



Рис.1. Оперативні втручання пацієнтам з псевдокістами підшлункової залози.

Серед цих пацієнтів 53 чоловіків і 19 жінок, середній вік склав $42,3 \pm 11,6$ років. Серед 53 пацієнтів з непаразитарними кістами печінки дренування під УЗ

контролем виконано 30 пацієнтам – 1 група, а відеолапароскопічне дренування проведено 23 пацієнтам – 2 група (рис. 2).

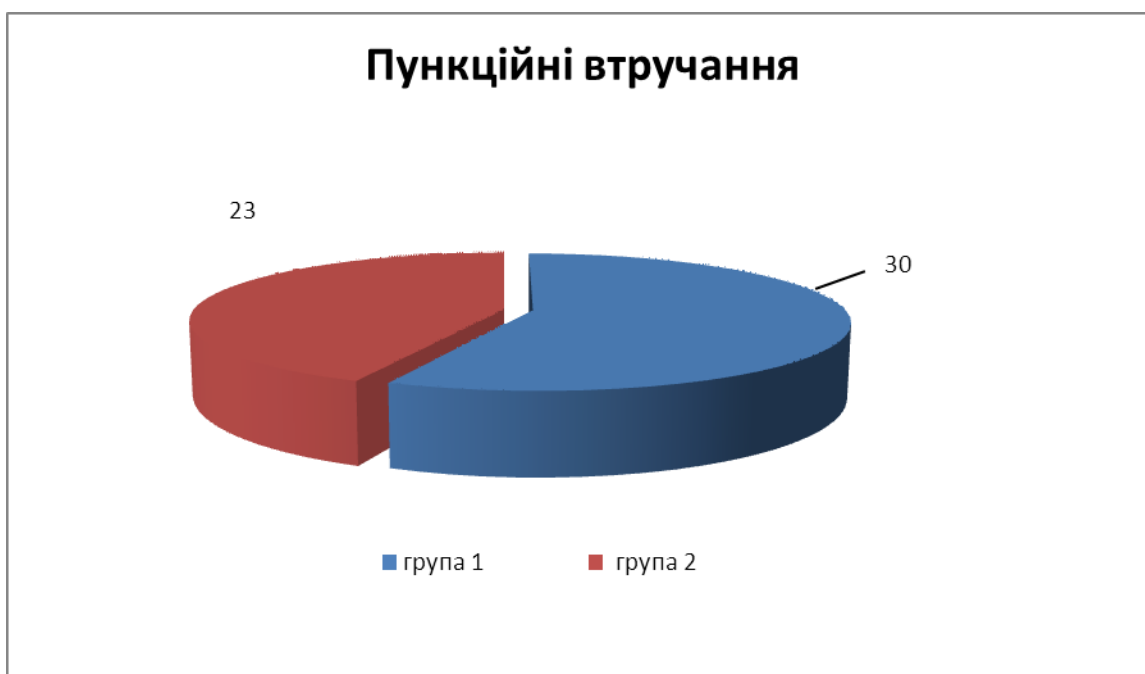


Рис.2. Оперативні втручання пацієнтам з непаразитарними кістами печінки.

Серед цих пацієнтів 29 чоловіків і 24 жінки, середній вік пацієнтів склав $48,7 \pm 9,4$ років, в одному випадку виявлено полікістоз.

Діагностична програма включала в себе стандартне загально-клінічне, біохімічне (за уніфікованими методиками) та інструментальне обстеження (УЗД, ФГДС,

КТ, МРТ за показаннями). УЗД органів черевної порожнини виконували апаратами Toshiba Xario 200, Японія з конвексними датчиками з частотою від 2 до 5 МГц, в режимі реального часу. Під час ультрасонографії уточнювалась локалізація, кількість рідинних утворень, їх об'єм, при множинних рідинних утвореннях визначався зв'язок між ними. Надалі були визначені показання до виконання пункції під контролем ультрасонографії чи відеолапароскопічного методу лікування. Для уточнення діагнозу під контролем УЗД виконувалася пункція, аспіраційний забір матеріалу, який оцінювали макроскопічно, а також проводили цито-, гісто-, біохімічне та бактеріологічне дослідження.

Для проведення відеолапароскопічних хірургічних втручань використовували комплекти – Karl Storz, Німеччина; клінічні, біохімічні та бактеріологічні дослідження

виконували в сертифікованій лабораторії.

Для пункційних маніпуляцій користувались спеціальними насадками для датчика УЗ апарату, коли пункційна голка проходить по чітко заданій траєкторії. На екрані телемонітора УЗ апарату виводили орган-мішень, за допомогою кольорового доплерівського картування визначали акустичне вікно – безсудинну зону для проходження голки для пункції (рис. 3, рис. 4). В умовах місцевої анестезії виконували пункцію. Для пункції використовували голки типу Chiba, а для дренивання – катетери типу Pig tail від 6 до 9 F. Час установки дренажів визначався клінічними і сонографічними ознаками. В післяопераційному періоді проводили УЗ моніторинг: в перші 3 дні щодня, а потім за показаннями, у віддаленому періоді – через 1, 3, 6, 12 місяців.



Рис. 3. Кіста підшлункової залози

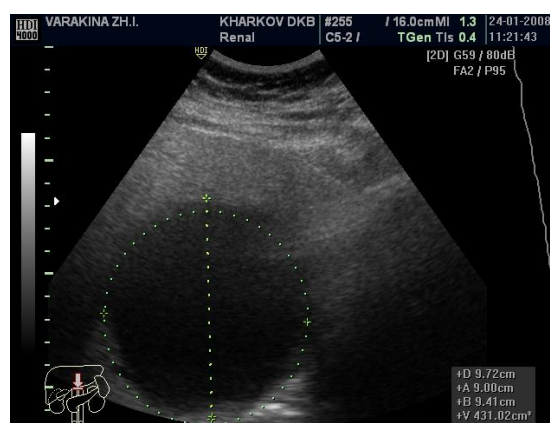


Рис. 4. Кіста печінки

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Пацієнтам у яких псевдокісти підшлункової залози розташовувалися в області хвоста і тіла застосовувались пункційно-дренуючі методики. Пацієнтам у яких псевдокісти підшлункової залози розташовувалися в області голівки підшлункової залози, а також, коли безсудинне акустичне вікно не визначалося, та коли псевдокісти підшлункової залози поєднувалися з жовчнокам'яною хворобою, застосовувались відеолапароскопічні дреноуючі методики. Для дренивання використовували катетери типу Pig tail F9. Об'єм кістозних утворень підшлункової залози коливався від 100 до 1500 мл. У

жодному разі у вмісті псевдокіст не виявлені мікроорганізми, атипівні клітини, високий рівень амілази. При візуальній оцінці вмісту кіст отримано серозно-геморагічний або серозний вміст. Терміни встановлення дренажів при дрениванні під УЗ-контролем і відеолапароскопічному дрениванні склали $24 \pm 4,3$ дні. При мініінвазивних методиках дренивання 1-шу групу пацієнтів активізували відразу, 2-гу групу пацієнтів – на наступну добу. Тобто пацієнти 1-ї групи раніше поверталися до звичного для них обсягу фізичної активності. Гнійно-септичних ускладнень не спостерігалось в жодній групі хворих з псевдокістами підшлункової залози. Проте, у одного пацієнта 1-ої групи виявлено неадекватне

дренування, що змусило в подальшому виконати відеолапароскопічне дренування. У 2-ій групі хворих у трьох пацієнтів більш функціональними виявились дренажі, що були встановлені з метою попередження виникнення затьоків та пов'язаних з ними ускладнень.

Пацієнтам у яких непаразитарні кісти печінки були більше 50 мм в діаметрі та траєкторія для пункційної голки була в безпечній (безсудинній) зоні застосовувались пункційно-дренуючі методики. Пацієнтам, у яких солітарні кісти печінки поєднувалися з жовчнокам'яною хворобою, а також, коли не визначалося безсудинне акустичне вікно, застосовувались відеолапароскопічні дренуючі методики. У хворих 2-ої групи застосовувалося відеолапароскопічне висічення оболонки кісти з деепітелізацією частини кісти, що прилягає до печінки, діатермокоагуляцією або кріоаплікацією. У 41 випадках кісти були в правій частці (V–VI сегменти), в 12 випадках – в лівій частці (III, IV сегменти); на діафрагмальній поверхні кісти виявлені в 45 випадках, на вісцеральній – в 8, проте, таке розташування не впливало на вибір методу мініінвазивного лікування. Пацієнти з кістами малих (до 25 мм в діаметрі) розмірів підлягали динамічному спостереженню. Для дренування використовували катетери типу Pig tail F6. Об'єм кіст печінки склав від 400 до 2800 мл. При оцінці вмісту кіст отримано прозорий безбарвний вміст без домішки жовчі. При відео лапароскопічних методиках дренування хворих активували на наступну добу і одразу після

маніпуляції – після черезшкірних пункцій. Середній термін лікування при черезшкірних втручаннях і відеолапароскопічному дренуванні склав $32 \pm 1,6$ дні. Післяопераційний період у хворих, які перенесли мініінвазивні дренування перебігав легко. При дослідженні віддалених результатів після проведених втручань в терміни від 6 місяців до 10 років ніхто з пацієнтів, які були під наглядом, не висував скарг. При УЗД у 7 хворих виявлялися невеликі залишкові порожнини до 12 мм в діаметрі, які не збільшувалися в розмірах і не вимагали лікувальних заходів. Гнійних ускладнень у хворих з непаразитарними кістами печінки не спостерігалось. У двох випадках пацієнтів 1-ї групи виявлено міграцію дренажа, що змусило в подальшому виконати повторне пункційне дренування.

При пункційному лікуванні кіст печінки та підшлункової залози для знеболювання ні в одному випадку не використовувалися наркотичні анальгетики. Післяопераційний період більш сприятливо перебігав у пацієнтів, де використовувалися черезшкірні пункційні втручання. З другої доби після відеолапароскопічних операцій і відразу після черезшкірних втручань під УЗ-контролем хворі поверталися до звичних для них режимів харчування і обсягу фізичної активності.

Таким чином, найважливішим критерієм оцінки ефективності будь-якого методу лікування служать безпосередні результати – відсутність рідинних утворень при повторних УЗ спостереженнях. (рис. 5, 6).



Рис. 5. Відсутність порожнини кісти підшлункової залози після пункції

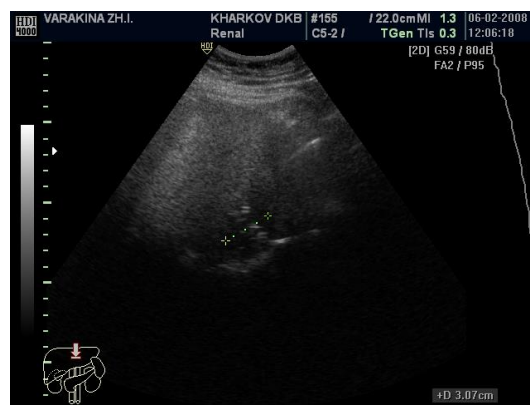


Рис. 6. Відсутність порожнини кіст печінки після пункції

ВИСНОВКИ

1. Використання пункційних дренажних методів в комплексі з консервативною терапією для лікування псевдокіст підшлункової залози і печінки є ефективним як для лікування, так і профілактики ускладнень.

2. Застосування малоінвазивних методів дозволило в значній мірі

поліпшити медико-соціальні показники даної групи хворих.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку: подальша розробка в даній галузі хірургії полягає у використанні мініінвазивних, високотехнологічних методів візуалізації рідинних утворень паренхіматозних органів та їх хірургічної корекції з метою попередження розвитку ускладнень, таких як кровотеча, перфорація та нагноєння.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Marino K. A., Hendrick L. E., Behrman S. W. Surgical management of complicated pancreatic pseudocysts after acute pancreatitis. *Am. J. Surg.* 2016 Jan; 211 (1): 109–14. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.07.020.
2. Шевченко Б. Ф., Бабій О. М. Результати хірургічного лікування хронічного панкреатиту та кіст підшлункової залози з огляду на їх морфологічний стан на час операції. *Український журнал хірургії.* 2017; 1 (32): 80–90. DOI: 10.22141/1997-2938.1.32.2017.98496
3. Харьков Д. П., Федорук А. М., Савченко А. В., Руммо О. О. Псевдокисты поджелудочной железы: эффективность чрескожной миниинвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенте. *Анналы хирургич. гепатологии.* 2015; 20 (3):117–123. doi.org/10.16931/10.16931/1995-5464.20153117-123
4. Ярешко В. Г., Міхеєв Ю. О., Живиця С. Г., Криворучко І. В. Диференційований підхід до вибору методу лікування псевдокіст підшлункової. *Медичні перспективи.* 2017; 18(XXIII/4ч.1): 124–31. doi: [https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4\(part1\).145718](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145718)
5. Zerem E., Hauser G., Loga-Zec S., Kunosić S., Jovanović P., Crnkić D. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J. Gastroenter.* 2015 Jun; 21: 6850–60. doi: 10.3748/wjg.v21.i22.6850
6. Прокопчик Н. И., Цыркунов В. М. Клиническая морфология: печени доброкачественные опухоли. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2018; 16 (2) 2: 202–9. doi: 10.25298/2221-8785-2018-16-2-202-209
7. Мошківський Г. Ю. Методологічні та тактикотехнічні основи виконання черезшкірних ехоконтрольованих втручань. *Клініч. хірургія.* 2012; 9:25–8. PMID: 23285648
8. Carlos M, Sebastian U. Infected Hepatic Echinococcosis: Results of Surgical Treatment of a Consecutive Series of Patients. *Surg. Infect.* 2015 Oct; 16 (5): 553–7. doi: 10.1089/sur.2014.054

REFERENCES

1. Marino K. A., Hendrick L. E., Behrman S. W. Surgical management of complicated pancreatic pseudocysts after acute pancreatitis. *Am J. Surg.* 2016 Jan; 211 (1): 109–14. American. doi: 10.1016/j.amjsurg.2015.07.020.
2. Shevchenko B. F., Babiy A. M. [Results of surgical treatment of chronic pancreatitis and cysts of the pancreas in view of their morphological condition during surgery] *Ukrayins`ky`j zhurnal xirurgiyi.* 2017;1 (32): 80–90 Ukrainian. DOI: 10.22141/1997-2938.1.32.2017.98496
3. Khar`kov DP, Fedoruk AM, Savchenko AV, Rummo OO. [Pancreatic Pseudocysts: the Effectiveness of Percutaneous Minimally Invasive Technology of Pancreatocystogastrostomy Formation on the Stent]. *Annals of HPB Surgery.* 2015; 20 (3):117–123. Russian. doi.org/10.16931/10.16931/1995-5464.20153117-123
4. Yareshko V. G., Mikheiev I. O., Zhyvytsia S. G., Kryvoruchko I. V. [Diagnosis and differential approach to the choice of treatment of pseudocysts of the pancreas]. *Medichni perspektivi.* 2017; 18 (XXIII/4ч.1): 124–31.Ukrainian.doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4(part1).145718
5. Zerem E, Hauser G, Loga-Zec S, Kunosić S, Jovanović P, Crnkić D. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J. Gastroenter.* 2015 Jun; 21: 6850–60. Bosnia Herzegovina. doi: 10.3748/wjg.v21.i22.6850
6. Prokopchik N. I., Tsyrcunov V. M. [Clinical morphology of liver: benign tumors]. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2018; 16 (2) 2: 202–9. Belarusian. doi: 10.25298/2221-8785-2018-16-2-202-209

7. Moshkivs'kyi H Iu. [Methodological and Tactico-Technical Basics of Transcutaneous Echocontrolled Interventions]. *Klin Khir.* 2012 Sep; (9): 25–8. Ukrainian. PMID: 23285648
8. Carlos M, Sebastian U. Infected Hepatic Echinococcosis: Results of Surgical Treatment of a Consecutive Series of Patients. *Surg. Infect.* 2015 Oct; 16 (5): 553–7. American. doi: 10.1089/sur.2014.054

PUNCTURE METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH FLUID FORMATIONS OF THE PANCREAS AND LIVER

Khvorostov Ye.D., Tsivenko A. I., Dushyk L. N., Cherkova N. V., Skalozub T. Ye.

Summary. Diagnosis and treatment fluid formations of the liver and pancreas non-parasitic genesis remains a controversial issue, despite current advances in minimally invasive surgery. The aim of the study is to improve the results of surgical treatment of patients with fluid formations of the liver and pancreas non-parasitic genesis through the integrated use of mini-invasive methods of diagnosis and surgical treatment. Patients were carried out clinical, instrumental, laboratory methods of examination, in the course of which liquid formations were revealed. With the help of ultrasound of the apparatus the liquid structure was elucidated, then dopplerography determined the non-vascular zone for passing the puncture needle. For punctures we used special nozzles on the ultrasonic sensor. The puncture was performed under local anesthesia. Chiba-type needles were used for the puncture, and Pig tail catheters from 6 to 9 F were used for drainage. The timing of the puncture was determined individually, taking into account clinical and sonographic signs, with the average time of drainage of pancreatic cysts being $24 \pm 4,3$ days, and drainage of liver cysts – $32 \pm 1,6$ days. Indications for puncture under the control of sonography and laparoscopic treatment were determined. Puncture-draining interventions were performed in 53 patients with non-parasitic liver cysts, of which 30 patients were drained under ultrasound control, and 23 patients underwent video laparoscopic drainage. Also punctuation-drainage interventions were performed in 72 patients with pseudo-pancreatic cysts, of which ultrasonic drainage was performed in 48 patients, 24 patients had video laparoscopic drainage. In the case of puncture treatment of liver cysts and pancreas, narcotic analgesics were not used for pain relief. The postoperative period was more favorable in patients where percutaneous puncture interventions were used. Immediately after percutaneous interventions under ultrasound control and from the second day after videolaparoscopic operations, patients returned to their usual diet and volume of physical activity. Thus, comparing different methods of surgical treatment of non-parasitic fluid formations of the liver and pancreas it was established that application of puncture-draining methods allowed to improve significantly medical and social indices of this group of patients.

KEY WORDS: laparoscopy, non-parasitic pseudocysts, liver, pancreas, puncture, ultrasound

INFORMATION ABOUT AUTHORS

Khvorostov Yevgen, MD, PhD, Full Professor, Head of department surgical diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052, e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Tsivenko Olexii, MD, PhD, Full Professor, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 9, Igora Muratova str., Kharkiv, Ukraine, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Dushyk Liudmyla, MD, PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 6, Svobody sq., Kharkiv, Ukraine, 61022, e-mail: dushiklyudmila@gmail.com, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8330-7221>

Cherkova Nataliia, MD, PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases, V. N. Karazin Kharkiv National University, School of Medicine, 6, Svobody sq., Kharkiv, Ukraine, 61022, e-mail: nat.vict@gmail.com, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4471-4684>.

Skalozub Tatyna, MD, The Consultative and Diagnostic department of the Kharkiv Railway Clinical Hospital N2 of branch «Health Center» of the joint stock company «Ukrainian Railway», 9, str. Igora Muratova, Kharkiv, Ukraine, 61052

ПУНКЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖИДКОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПЕЧЕНИ

Хворостов Е. Д., Цивенко А. И., Душик Л. Н., Черкова Н. В., Скалозуб Т. Е.

Резюме. Диагностика и лечение жидкостных образований печени и поджелудочной железы непаразитарного генеза остается дискуссионной проблемой, несмотря на современные достижения малоинвазивной хирургии. Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения больных с жидкостными образованиями печени и поджелудочной железы непаразитарного генеза путем комплексного применения миниинвазивных методов диагностики и хирургического лечения. Пациентам выполнялись клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования, при выполнении которых были выявлены жидкостные образования. При помощи УЗ аппарата лоцировали жидкостную структуру, затем доплерографией определяли бессосудистую зону для прохождения пункционной иглы. Для пункций использовали специальные насадки на ультразвуковой датчик. Под местной анестезией выполняли пункцию. Для пункции использовали иглы типа Chiba, а для дренирования – катетеры типа Pig tail от 6 до 9 F. Сроки установки дренажей определялись индивидуально, учитывая клинические и сонографические признаки, при этом средние сроки дренирования кист поджелудочной железы составили $24 \pm 4,3$ дня, а дренирования кист печени – $32 \pm 1,6$ дня. Были определены показания к выполнению пункции под контролем сонографии, лапароскопического метода лечения. Пункционно-дренирующие вмешательства выполнены 53 пациентам с непаразитарными кистами печени, из них дренирование под ультразвуковым контролем выполнено 30 пациентам, 23 пациентам выполнено видеолапароскопическое дренирование. Также пункционно-дренирующие вмешательства выполнены 72 пациентам с псевдокистами поджелудочной железы, из них дренирование под УЗ контролем выполнено 48 пациентам, 24 пациентам выполнено видеолапароскопическое дренирование. При пункционном лечении кист печени, поджелудочной железы для обезболивания ни в одном случае не использовались наркотические анальгетики. Послеоперационный период более благоприятно протекал у пациентов, где использовались чрескожные пункционные вмешательства. Сразу после чрескожных вмешательств под ультразвуковым контролем и со вторых суток после видеолапароскопических операций, больные возвращались к привычным для них режимам питания и объемам физической активности. Таким образом, сравнивая различные методы хирургического лечения непаразитарных жидкостных образований печени, поджелудочной железы установлено, что применение пункционно-дренирующих методов позволило в значительной степени улучшить медико-социальные показатели данной группы больных.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: лапароскопия, непаразитарные псевдокисты, печень, поджелудочная железа, пункции, ультразвуковое исследование

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Хворостов Евгений Дмитриевич, д.мед.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: evgeniy.d.khvorostov@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7167-2478>

Цивенко Алексей Иванович, д.мед.н., профессор кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052, e-mail: olexiy.i.tsivenko@karazin.ua, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0839-9768>

Душик Людмила Николаевна, к. мед. н., доцент кафедры хирургических болезней, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, Харьков, Украина, 61022, e-mail: dushiklyudmila@gmail.com, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8330-7221>

Черкова Наталия Викторовна, к. мед. н., доцент кафедры хирургических болезней, Харьковский национальный университет имени В. Н. Каразина, пл. Свободы, 6, Харьков, Украина, 61022, e-mail: nat.vict@gmail.com, ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-4471-4684>.

Скалозуб Татьяна Евгеньевна, врач-УЗИ консультативно-диагностического отделения ХКБ № 2 на железнодорожном транспорте филиала «ЦОЗ» ПАО «УКРЗАЛІЗНИЦЯ», ул. Игоря Муратова, 9, Харьков, Украина, 61052