

перспективи. - 2012. - Т.17, №1, Ч.1.
- С. 117.
Сипливи В.О. Хірургічне лікування

хворих на важкі форми гострого пан-
креатиту: аналіз результатів та фак-
тори прогнозу /В.О.Сипливи,

В.І.Робак, Г.Д.Петренко //Українсь-
кий журнал хірургії. - 2011. -
№2(11). - С. 89-93.

Годлевский А.И., Саволук С.И., Томашевский Я.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТАКТИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ КУРАЦИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Резюме. В работе освещаются особенности течения острого панкреатита билиарной этиологии у больных с сахарным диабетом с позиции изучения отдельных звеньев патогенеза - динамики маркеров цитопатической гипоксии и показателей системы регионарной билиарной защиты. Выявлено, что сахарный диабет есть независимым предиктором тяжести острого панкреатита билиарной этиологии и возникновения осложнений со стороны внепеченочных желчных протоков. Доказана эффективность использования оптимизированной консервативной терапии, направленной на коррекцию степени гипоксии тканей, и технологий регионарного лечебного воздействия путем защищенного липосомного медикаментозного транспорта и сочетанного физиотерапевтического воздействия.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, сахарный диабет, лечебная тактика, цитопатическая гипоксия, регионарное лечебное воздействие.

Godlevsky A.I., Savoljuk S.I., Tomashevsky Y.V.

OPTIMIZATION OF THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC AND TACTICAL PRINCIPLES OF SUPERVISION ACUTE BILIARY PANCREATITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Summary. The paper highlights the features of acute biliary pancreatitis in patients with diabetes position with the study of individual pathogenesis - the dynamics of cytopathic hypoxia markers and indicators of regional biliary protection. Revealed that diabetes has an independent predictor of acute pancreatitis biliary etiology and occurrence of complications from bile duct. Pronounced efficiency optimized conservative therapy aimed at raising correction tissue hypoxia, and regional technology based on the therapeutic effects of liposomal protected medical transport and combined effects of physiotherapy.

Key words: acute biliary pancreatitis, diabetes, treatment tactics, cytopathic hypoxia, regional technology.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013р.

Годлевський Аркадій Іванович - д.м.н., проф., зав. кафедрою хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 26-98-14; ole_jik@i.ua

Саволук Сергій Іванович - д.м.н., доц. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua

Томашевський Ярослав Віталієвич - лікар-хірург хірургічного відділення Вінницької міської клінічної лікарні швидкої допомоги; +38 0432 67-07-15

© Петрушенко В.В., Стойка В.І.

УДК: 616.36-002.951.21-089

Петрушенко В.В., Стойка В.І.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

АРГОНОПЛАЗМОВА КОАГУЛЯЦІЯ У ЛІКУВАННІ КІСТ ПЕЧІНКИ

Резюме. Кістозне враження печінки складає особливий розділ гепатології і являється однією з нозологічних форм, які часто зустрічаються в практичній діяльності протягом останніх років. Проведено аналіз 37 історій хвороб пацієнтів з захворюванням гепатопанкреатобіліарної зони (ГПБЗ) у хірургічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова в період з 2008 по 2013 роки. Всі хворі були поділені на дві групи та прооперовані в плановому порядку з використанням новітніх технологій. Найчастіше виконувались радикальні операції з приводу видалення кіст - 15 випадків (30%) - в основній групі, які виконувались за допомогою ультразвукового дисектора з послідуною перев'язкою великих магістральних судин та жовчних проток та аргоноплазмозомою коагуляцією ложа кісти. При патогістологічному дослідженні коагульованого ложа кісти виділяли зони некрозу в ділянці біопсійного матеріалу та зону атрофії. Порівнявши отримані результати зони некрозу печінки при аргоноплазмозомій коагуляції (АПК) з зоною некрозу при дії класичної коагуляції, відмічаємо зменшення зони некрозу з послідуною тенденцією до покращення регенерації печінки.

Ключові слова: кісти печінки, аргоноплазмозомою коагуляція, зона некрозу.

Вступ

Захворювання гепатопанкреатобіліарної зони займають одне з провідних місць, що призводять до непрацездатності та смертності. Соціальне значення збільшується у всіх країнах світу. Це пов'язано із збільшенням діагностування злоякісних новоутворень даної ділянки, внаслідок циротичного та кістозного

враження печінки.

Кістозне враження печінки складає особливий розділ гепатології і являється однією з нозологічних форм, які часто зустрічаються в практичній діяльності протягом останніх років. З провадженням в клінічну практику високоінформативних методів діагностики,

таких як УЗД і КТ, частота виявлення кістозних утворень значно збільшилася і на сьогоднішній день складає близько 1-2% на 100 тис. населення за даними В.О. Вишневецького. Це, в свою чергу, вимагає більшої уваги до даного виду патології.

Безсимптомний перебіг захворювання на кісти печінки утруднює виявлення даної патології. Так, при виконанні оперативних втручань часто в ранньому післяопераційному періоді виявляються такі грізні ускладнення, як утворення зовнішніх та внутрішніх норниць, які не виявляються в фіброзній капсулі під час видалення ехінококових кіст. Це призводить до релапаратомії та хронічному носійстві дренажів внаслідок функціонуючих жовчних норниць. Проблеми пов'язані з хірургічним лікуванням кістозних уражень печінки, потребують пошуку нових малоінвазивних операцій з використанням новітніх технологій.

Безумовно, такі показники є ознакою того, що в сучасній гепатології та гепатохірургії проблема лікування захворювань ГПБЗ залишається складною та має багато запитань. Успіх сучасної гепатології безпосередньо пов'язаний з прогресом в технічному оснащенні хірурга, та потребує подальшого дослідження з їх використанням та вивчення впливу на органи ГПБЗ.

Матеріали та методи

Роботу виконано у Вінницькому національному медичному університеті ім. М.І. Пирогова на клінічній базі кафедри хірургії з курсом ендоскопічної, лазерної та малоінвазивної хірургії у хірургічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова.

В основу дослідження покладений аналіз 37 історій хвороб пацієнтів з захворюванням гепатопанкреатобіліарної зони у хірургічному відділенні ВОКЛ ім. М.І. Пирогова в період з 2008 по 2013 роки. Серед даних пацієнтів можна виділити наступну структуру захворювань гепатопанкреатобіліарної зони: ехінококові кісти печінки - 22; не паразитарні кісти печінки - 15.

Чоловіків було 6 (16,22%), жінок - 31 (83,78%) у віці від 18 до 80 років.

Відповідно до діагнозу були сформовані групи дослідження, а саме: основна група, до якої увійшли пацієнти з паразитарним ураженням (кістами) печінки; контрольна група - пацієнти з не паразитарними кістами печінки.

Для урахування безпосередніх наслідків всіх втручань з приводу кістозних уражень печінки використовували показники: віку, ліжко-дня, виду та об'єму операції, ускладнення до та після операції, повторні втручання, показники крові до операції, на 1-у, 3-у та 7-у добу, гістологічні дані (зона некрозу та зона атрофії).

У всіх хворих зібрано анамнестичні дані, виконано первинний огляд: пальпація, перкусія, аускультация та проведено об'єктивні інструментальні обстеження. По завершенні всіх методів обстеження необхідних для підтвердження діагнозу (огляд хворого, аналізу крові,

УЗД органів черевної порожнини, ФГДС, КТ та консультації суміжних спеціалістів) всі хворі були прооперовані в плановому порядку.

В 80% операцій використовувались новітні технології (ультразвуковий дисектор та аргоноплазмова коагуляція), а саме при видаленні та дренажуванні кіст у 23 випадках, при резекції печінки - 2.

Під час оперативних втручань в основній групі пацієнтів в ділянці АПК ложа кісти було взято біопсію на патогістологічне дослідження у 17 хворих.

Результати. Обговорення

Аналіз анамнестичних даних показав, що до госпіталізації за допомогою звертали 3 хворих, одному з яких виконано розкриття та дренажування кісти правої долі печінки. Інші 34 хворих відмічали важкість та болі в правому підребр'ї, загальна слабкість, які з часом наростали та гіркоту в роті. За допомогою звернулися після значного погіршення стану.

Під час аналізу виявлено, що у значній частині пацієнтів з захворюванням гепатобіліарної зони виявлені супутні захворювання, а в 27 випадках спостерігалось два та більше супутніх захворювань.

Всі хворі госпіталізовані в плановому порядку, дообстежені всіма необхідними інструментальними методами обстеженнями, після яких тільки один хворий прооперований в ургентному порядку протягом 6-8 годин з моменту госпіталізації, всі інші хворі були більш детально дообстежені, отримали необхідну передопераційну підготовку та були прооперовані на протязі від 1-ї до 6-и діб. В ургентному порядку хворим виконано дренажування нагноєної кісти під місцевою анестезією в зв'язку з важкою супутньою серцевою та нирковою патологією.

При діагностованих паразитарних кістах до операції у 7 хворих, п'ятеро з яких з передопераційною підготовкою та антипаразитарною метою за рекомендаціями інфекціоніста приймали "Ворміл" по 800 мг/день на протязі 21 доби.

Під час дообстеження хворих з патологією гепатобіліарної зони локалізовано ділянки ураження при яких найчастіше вражалась печінка, деталізація яких подана в таблиці 1.

Характер оперативних втручань, які виконали у хворих з патологією гепатобіліарної зони подано в таблиці 2.

Найчастіше виконувались радикальні операції з приводу видалення кіст - 15 випадків (30%) - в основній групі, які виконувались за допомогою ультразвукового дисектора з послідуною перев'язкою великих магістральних судин та жовчних проток та аргоноплазмовою коагуляцією ложа кісти.

В післяопераційному випадку мали три випадки (8,1%) ускладнень після видалення кіст печінки: один - кровотеча з ложа кісти (на фоні розвитку ДВС синдрому), хвора 2 рази оперована з метою зупинки кровотечі та 3-й раз у віддаленому періоді з метою вида-

Таблиця 1. Сегментарна локалізація уражень печінки.

Сегменти печінки	Кількість	
	абсолютне число	%
I	2	5,4
II	0	0
III	2	5,4
IV	3	8,1
V	6	16,2
VI	2	5,4
VII	9	24,3
VIII	6	16,2
Ліва доля (II та більше сегментів)	5	13,5
Права доля (II та більше сегментів)	8	21,6
Всього	37	100

Таблиця 2. Структура оперативних втручань у хворих з захворюванням гепатобіліарної зони.

Характер операції	Основна група		Контрольна група	
	к-сть	%	к-сть	%
Видалення кісти. АПК ложа кісти	15	40,5		
Холецистектомія. Видалення кісти. АПК ложа кісти	4	10,8		
Холецистектомія. Видалення кісти			3	8,1
Крайова резекція печінки. Видалення кісти. АПК	1	2,7		
Екскохлеація кісти. АПК ложа кісти	1	2,7		
Розкриття та дронування кісти. АПК ложа кісти	1	2,7		
Розкриття та дронування кісти			4	10,8
Холецистектомія. Дронування кісти			3	8,1
Холецистектомія. Холедохолітотомія. Літоекстракція. ХДА. Кістектомія			1	2,7
Кістектомія			1	2,7
Лівобічна гемігепатектомія. АПК	1	2,7		
Правобічна гемігепатектомія. Кістектомія			1	2,7
Видалення кісти. Дронування кісти			1	2,7
ВСЬОГО	23	62,1	14	37,8

лення сторонніх тіл (тампонів); другий - "Гострий гангренозний холецистит. Дифузний перитоніт", хворому виконано "Холецистектомію. Санацію та дронування черевної порожнини".

Показники крові в обох групах змінювались майже з однаковими відхиленнями та відповідали нормальній реакції організму.

При патогістологічному дослідженні виділяли зони некрозу в ділянці біопсійного матеріалу та зону атрофії. Зона некрозу в основній групі складала $0,71 \pm 0,05$ мм, зона атрофії - $0,29 \pm 0,02$ мм.

Таким чином, кістами печінки частіше хворіють па-

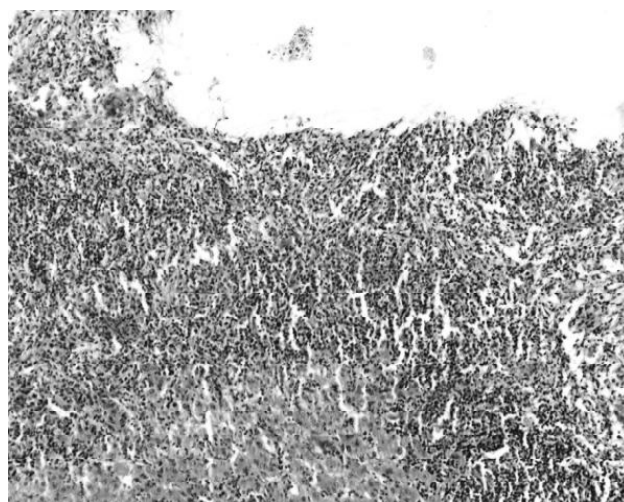


Рис. 1. Гістологія біопсії ложа кісти.

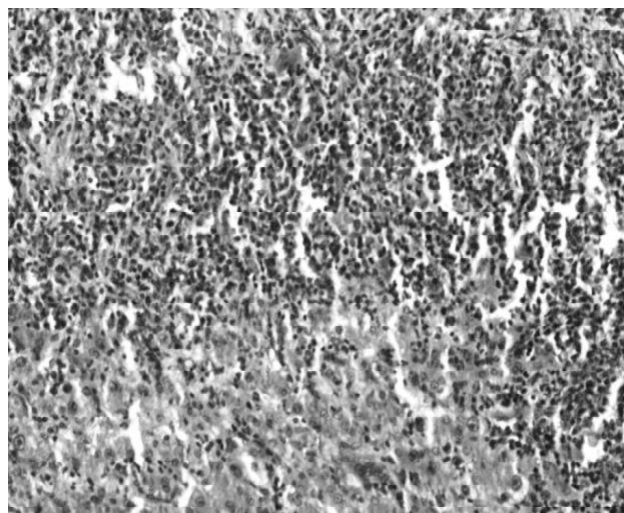


Рис. 2. Гістологія біопсії ложа кісти.

цієнти віком від 51 до 60 років, в більшості випадків з ураженням VII сегменту печінки. При використанні аргоноплазмової коагуляції в оперативних втручаннях у хворих з кістозним ураженням печінки рівень ускладнень знижується з 11,9% до 8,1% [Чорний, 2001].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. За даними гістологічного висновку в основній групі зона некрозу та зона атрофії становили $0,71 \pm 0,05$ мм та $0,29 \pm 0,02$ мм відповідно. Тоді як, за даними Малоштан О.В. зона некрозу печінки при електрокоагуляції струєю стиснутого газу - близько 0,8 - 1,3 мм. За даними Вісмана Д.Р., зона некрозу при класичній коагуляції дорівнює від 3,0 до 5,0 мм.

Отже, порівнюючи отримані результати зони некрозу печінки при АПК з зоною некрозу при дії класичної коагуляції, за даними світової літератури, відмічаємо зменшення зони некрозу з наступною тенденцією до покращення регенерації печінки.

Список літератури

- Гарин А.М. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей /А.М.Гарин, И.С.Базин. - М.: КМК, 2006. - 266 с.
- Доскалий Ж.А. Резекция печени с использованием ультразвукового скальпеля-аспиратора "Dissectron". Новые технологии в хирургической гепатологии /Ж.А. Доскалий, Р.М.Алиев. - СПб., 1995. - С. 109-110.
- Ничитайло М.Ю. Хірургічне лікування гидатидного ехінококозу печінки / М.Ю.Ничитайло, К.І.Буланов, В.В.Чорний //Буковинський медичний вісник. - 2000. - Т.4, №3. - С. 120-127.
- Покидько М.І. Оцінка показників якості життя у хворих на цироз печінки після ендовідеохірургічного втручання /М.І.Покидько, М.Д.Желіба, К.В.Гуменюк //Шпитальна хірургія. - 2008. - №4. - С. 63-65.
- Применение ультразвука в лечении повреждения печени / [Н. З.Козлов, В.И.Лоцилов, О.В.Волков и др.] // Хирургическое лечение портальной гипертензии, заболеваний и травм печени. - Харьков, 1986. - С. 111-112.
- Пути улучшения результатов обширных резекций печени /В.А.Вишневский, Н.А.Назаренко, Р.З.Икрамов, Т.И.-Тарсюк //Анн. хир. гепатол. - 2005. - Т.10, №1. - С. 12-17.
- Рябоконе А.В. Ультразвуковая хирургическая и высокочастотная электрохирургическая аппаратура / А.В.-Рябоконе //Вестн. хирургии. - 1983. - Т.130, №6. - С. 123-126.
- Чорний В.В. Хірургічне лікування первинного гидатидного ехінококозу печінки: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.03 "Хірургія". - К., 2001. - 22 с.
- Little S. A. Hepatocellular carcinoma: current surgical management / S.A.Little, Y.Fong //Semin. Oncol. - 2001. - Vol.28 - P. 474-486.
- Liver resection for hepatocellular carcinoma. Results of 229 consecutive patients during 11 years /N.Nagasue, H.Kohno, Y.C.Chang [et al.] //Ann. Surg. - 1993. - Vol.217. - P. 375-384.

Петрушенко В.В., Стойка В.И.

АРГОНОПЛАЗМЕННАЯ КОАГУЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПЕЧЕНИ

Резюме. Кистозное поражение печени составляет особый раздел в гепатологии и является одной из нозологических форм, которые часто встречаются в практической деятельности в течение последних лет. Проведен анализ 37 историй болезни пациентов с заболеванием гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) в хирургическом отделении ВОКБ им. М.И. Пирогова в период с 2008 по 2013 года. Все больные были разделены на две группы и прооперированы в плановом порядке с использованием новейших технологий. Чаще всего выполнялись радикальные операции по удалению кист - 15 случаев (30%) - в основной группе, которые выполнялись с помощью ультразвукового диссектора с последующей перевязкой крупных магистральных сосудов и желчных протоков и аргонноплазменной коагуляцией ложа кисты. При патогистологическом исследовании коагулированного ложа кисты выделяли зоны некроза в области биопсионного материала и зону атрофии. Сравнив полученные результаты зоны некроза печени при аргонноплазменной коагуляции с зоной некроза при воздействии классической коагуляции, отмечаем уменьшение зоны некроза с последующей тенденцией к улучшению регенерации печени.

Ключевые слова: кисты печени, аргонноплазменная коагуляция, зона некроза.

Petrushenko V.V., Stoika V.I.

ARHONOPLAZMOVA COAGULATION IN THE TREATMENT OF LIVER CYSTS

Summary. Cystic impression liver is a special section of hepatology and is one of the nosological forms that is often found in practice for recent years. The analysis of 37 case histories of patients with the disease of hepatopancreatobiliar zone (HPBZ) in the surgical department of VRKH named after MI Pirogov in the period from 2008 to 2013. All patients were divided into two groups and operated routinely using the latest technologies. Often performed radical surgery for removal of cysts - 15 cases (30%) - in the main group that carried out by means of ultrasonic dissector and subsequent ligation of major vessels and large bile ducts and arhonoplazmovoyu coagulation bed cyst. When imately coagulated bed cysts isolated areas of necrosis in the area of biopsy material and area of atrophy. Comparing the results area of necrosis in the liver arhonoplazmoviy coagulation (APC) with the zone of necrosis when exposed to classical coagulation necrosis zone marks a decrease with further tendency to improve liver regeneration.

Key words: liver cysts, arhonoplazmova coagulation necrosis zone.

Стаття надійшла до друку 19.12.2013 р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.м.н., проф., завідувача курсом ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1, проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 66-10-51
Стойка Вадим Іванович - аспірант курсу ендоскопічної, лапароскопічної та лазерної хірургії; +38 097 911-90-95; stoikavadim@i.ua