

лапароскопічні втручання в лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / О.П. Кондратюк, Г.Ю. Мошківський, Ю.О.Хілько // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 673-674. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

4. Копчак М. В. Сучасні напрямки хірургічного лікування помірно тяжкого та тяжкого гострого панкреатиту / М.В. Копчак, І.В. Хомяк, В.М. Шев-

ченко // XXIII з'їзд хірургів України XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 674-675. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

5. Куновський В. В. Гострий біліарний панкреатит (ГБП): Патоморфологічні аспекти, етіологічні чинники та фактори ризику / В.В. Куновський, Л.В. Бундзило // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 120-121. [Електронний ресурс]: Режим досту-

пу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

6. Фелештинський Я. П. Обґрунтування малоінвазивних способів лікування ускладнень гострого панкреатиту / Я.П. Фелештинський, О.М. Бондаренко, М.Д. Бондаренко // XXIII з'їзд хірургів України. - Київ, 2015. - С. 199-200. [Електронний ресурс]: Режим доступу - http://surgery.org.ua/data/upload/content/main/ua/mainPage/program_zyzdu_21-23.10.2015.pdf

Гончаренко О.В.

ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ПАНКРЕАТОГЕННОГО НЕКРОЗА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Резюме. Проведенный анализ хирургического лечения 42 больных с острым деструктивным панкреатитом. Использовались пункционные, дренажные лапароскопические и открытые методы хирургической помощи. Преимуществом аспирационных, дренирующих, лапароскопических операций является меньшая травматичность, но не всегда возможно их применение. Открытые методы применяли при инфицированных формах панкреонекроза, неэффективности и невозможности применения миниинвазивных вмешательств. Хирургическая тактика имела активно-выжидательный и эскалационный характер, который заключался в своевременном переходе к открытым методам в случае неэффективности миниинвазивных вмешательств.

Ключевые слова: панкреонекроз, лапароскопия, некрсеквестрэктомия.

Goncharenko O.V.

THE WAYS OF EVOLUTION OF PANCREATIC NECROSIS AND THEIR INFLUENCE ON THE CHOICE OF SURGICAL TACTICS

Summary. The analysis of surgical treatment of 42 patients with acute destructive pancreatitis was performed. We used puncture, drainage, laparoscopic and open surgical methods. The advantage of aspiration, drainage, laparoscopic surgery is minimal trauma, but it is not always possible to use them. Open methods were used in cases of infected pancreonecrotic forms, inefficiency and inability to use mini-invasive surgery. Surgical tactics had waiting and active-escalating character which included timely transition to the open methods in case of inefficiency of miniinvasive surgery.

Key words: pancreatic necrosis, laparoscopy, necrectomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Покидько М.І.

Стаття надійшла до редакції 09.12.2016р.

Гончаренко Олег Володимирович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова; +38(0432)664134; olegvlgonchar@mail.ru

© Дейкало І.М., Осадчук Д.В., Карел О.І., Назарко Л.Р.

УДК: 616.367-0037-089

Дейкало І.М., Осадчук Д.В., Карел О.І., Назарко Л.Р.

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського, кафедра загальної хірургії (майдан Волі, 1, м. Тернопіль, Україна, 46001)

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ БІЛІАРНОЇ ОБСТРУКЦІЇ В ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ ДОПОМОГИ

Резюме. У клініці проліковано 248 пацієнтів із синдромом біліарної обструкції різної етіології. У 58 (23,4%) випадках контрастування позапечічкових жовчевих проток не проводили, що в свою чергу зменшило кількість та частоту типових післяопераційних ускладнень. Визначено умови, за наявності котрих ЕРХПГ можна не проводити та розроблено алгоритм діагностичного пошуку та етапності лікування хворих із синдромом біліарної обструкції.

Ключові слова: холедохолітіаз, механічна жовтяниця, злоякісні новоутвори біліопанкреатодуоденальної зони, гострий біліарний панкреатит, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Щороку відмічається зростання захворюваності на жовчево-кам'яну хворобу (ЖКХ) [4, 8]. Серед дорослого населення світу камененосійство в біліарному тракті зустрічається у 20% випадків і збільшується вдвічі че-

рез кожні 10 років. При цьому конкременти поза печічкових жовчевих проток утворюються у 8,1 - 26,8%, сягаючи у осіб похилого і старечого віку 30 - 35% [1]. Паралельно зростає частота запізнілого звернення за

медичною допомогою, що призводить до збільшення частоти ускладнених форм ЖКХ у вигляді холедохолітазу, холангіту, біліарного панкреатиту [5, 8]. Післяопераційні ускладнення, при лікуванні хворих на калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітахом, спостерігають у 10 - 15% пацієнтів [3]. Стосовно пухлин гепатопанкреатобіліарної зони, вже звиклим явищем, є звернення хворих в стаціонар в момент появи жовтяниці, маніфестації захворювання. Доволі часто поширеність онкологічного процесу не дозволяє провести радикальне хірургічне лікування, залишаючи можливість лише розвантаження жовчевих проток тим чи іншим методом. У переважній більшості це пухлини головки підшлункової залози та близько 40% - пухлини позапечінкових жовчевих проток та великого дуоденального сосочка (ВДС) [7]. Зважаючи на доступність широкого спектру високоінформативних, неінвазивних методів діагностики таких як КТ з довенним підсиленням та магнітно-резонансна холангіопанкреатографія, труднощів в діагностиці причин холестази стає все менше [2]. Золотим стандартом в діагностиці захворювань гепатопанкреатобіліарної зони залишається ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія, проте даний метод діагностики є інвазивним та підвищує ризик розвитку специфічних ускладнень [9, 10].

Мета роботи - визначити ймовірність та розробити алгоритм диференційованого підходу до використання ретроградної холангіопанкреатографії з діагностичною метою.

Матеріали та методи

За період 2014 - 2016 рр. проліковано 248 пацієнтів з синдромом обтураційної жовтяниці. В структурі захворюваності переважала жовчево-кам'яна хвороба - 167 (67,3%) пацієнти. Пухлини гепатопанкреатодуоденальної зони виявлено у 81 пацієнта (32,7%). Хворі розподілені на наступні групи спостереження:

- I - 114 (45,9%) неускладнений холедохолітаз;
- II - 31 (12,5%) холедохолітаз з гнійним холангітом;
- III - 22 (8,9%) холедохолітаз з біліарним панкреатитом;
- IV - 81 (32,7%) пухлини гепатопанкреатодуоденальної зони.

Серед пролікованих - 196 (79%) жінок та 52 (21%) чоловіків. Середній вік пацієнтів становив $63,3 \pm 19,12$ років.

Алгоритм діагностичного пошуку включав: загальний аналіз крові, амілаза крові, діастаза сечі, лужна фосфатаза крові (ЛФ), ультрасонографія органів черевної порожнини (УЗД ОЧП), спіральна комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна холангіопанкреатографія (МРХПГ), езофагогастродуоденоскопія (ЕГДС) з ретроградною холангіопанкреатографією (ЕРХПГ). У пацієнтів з візуальними формами пухлин додатково проводили біопсію з подальшим патогістологічним дослідженням (ПГД).

Операцію проводили з використанням відеодуоденоскопу TJF 100 під атаралгезією. Поліпозиційний рентген супровід С-аркою ZIEMM.

ЕРХПГ виконали у 166 (66,9%) хворих, у 82 (33,1%) - оперативне втручання провели без контрастування позапечінкових жовчевих проток. Папілотомію у 223 випадках (89,9%) виконували струнним папілотом та у 25 (10,1%) - голковим. У всіх випадках виконували субтотальну папілосфінктеротомію [6], доповнюючи її балонною сфінктеропластикою.

Результати. Обговорення

У I групі спостереження, у 26 (22,8%) хворих загальноклінічні методи обстеження доповнювали КТ ОЧП з довенним підсиленням у зв'язку із низькою інформативністю ультрасонографії та нетиповим перебігом захворювання. Рівень білірубінемії у цих пацієнтів коливався від 33,15 до 225,42 ммоль/л. Згідно даних УЗД та КТ ОЧП розмір конкрементів не перевищував 26 мм. Поодинокі конкременти відмічали у 86 (75,4%) хворих, множинні у 28 (24,6%) пацієнтів.

При дуоденоскопії стенозуючий папіліт виявлено у 11 (9,6 %) хворих, з них у двох випадках застосовано "покрокове" лікування: на першому етапі виконано папілосфінктеротомію голковим папілотомом, консервативне лікування (комплекс протизапальної, антисекреторної терапії) та через 2-3 дні папілосфінктеротомія струнним папілотомом після провідникової канюлізації.

У 12 (10,5%) пацієнтів виявлено зовнішні юстапапілярні дивертикули, лише в одному випадку ВДС був ектопований на боковій стінці дивертикула ближче до дна. В даному випадку виконали атипичну холедохотомію над дистально розміщеним конкрементом з подальшою транслокацією останнього у просвіт ДПК.

У 21 (18,4%) пацієнтів ЕРХПГ не проводили у зв'язку із дрібними конкрементами до 5 мм, ствердженими при КТ ОЧП. Після поліпозиційної рентгеноскопії та аспіраційної проби, цим хворим проведено провідникову каналізацію гепатикохоледоха та виконано папілотомію з балонною сфінктеропластикою. Літоекстракцію цим пацієнтам проводили за допомогою балонного літоекстрактора. У жодному випадку необхідності повторного втручання не відмічали.

Холеліти до 10 мм відмічали у 97 (85,1%) хворих, літоекстракцію у 84 (86,6%) з них проводили балонним літоекстрактором, кошиком Дорміа - у 13 (13,4%). У 10 (8,7%) пацієнтів з конкрементами від 10 до 17 мм виконували механічну літотрипсію з подальшою літоекстракцією.

У семи пацієнтів (6,14%) діагностовано конкременти від 17 до 26 мм., у всіх випадках останні не вдалось захопити корзинкою механічного літотриктора. Проведено стентування гепатикохоледоха поліпропіленовими стентами 8,5-10f довжиною 5-7 см.

У ранньому післяопераційному періоді у одного пацієнта відмічали клініку холангіту, яку вдалось купувати

Таблиця 1. Біохімічні показники крові хворих.

Параметри	Показники
Загальний білірубін (мкмоль/л)	309,7 ± 136,5
Прямий білірубін (мкмоль/л)	199,8 ± 97,4
Лужна фосфатаза (Од/л)	550,4 ± 290,0
АлАТ(Од/л)	2,9 ± 1,4
АсАТ(Од/л)	1,5 ± 0,8
Загальний білок (г/л)	63,5 ± 8,8
Протромбіновий індекс (%)	84,4 ± 6,6

консервативно. У цього ж пацієнта було відмічено міграцію стента у дистальному напрямку через 3 місяці, згідно даних УЗД та рентенографії ОЧП.

Трьом пацієнтам після стентування з приводу великих конкрементів призначали препарати урсодезоксихолевої кислоти на термін від 3 до 6 місяців з динамічним, кожних 2 тижні, УЗД моніторингом. У проміжку 3-6 місяців їм проведено успішну механічну літотрипсію з літоекстракцією. В задовільному стані виписані із стаціонару.

Ускладнення відмічали у 11 (9,6%) пацієнтів: у двох холангіт після стентування гепатикохоледоха у зв'язку із великими конкрементами та у 9 кровотеча з папілотомної рани, при чому у 5 із них на фоні вираженого стенозуючого папіліту. У трьох випадках для зупинки кровотечі використовували аргоноплазмову коагуляцію в інших - консервативні заходи.

У II групі спостереження показник білірубину крові коливався від 87,24 до 165,12 ммоль/л. Згідно даних УЗД та КТ ОЧП розмір конкрементів становив ≤ 9 мм.

Поодинокі конкременти відмічали у 26 (83,9%) хворих, множинні у 5 (16,1%) пацієнтів.

При дуоденоскопії стенозуючий папіліт виявлено у 15 (48,3%) хворих з них у трьох застосовано "покрокове" лікування.

Одному пацієнту ЕРХПГ не проводили у зв'язку із ствердженими при КТ ОЧП дрібними конкрементами до 5 мм.

Хворим проведено провідникову каналізацію гепатикохоледоха та виконано папілотомію з балонною сфінктеропластиком. Літоекстракцію усім пацієнтам проводили за допомогою балонного літоекстрактора. Усім проведено стентування гепатикохоледоха поліпропіленовими стентами 10f довжиною 5-7 см.

У одного пацієнта діагностовано конкремент вклинений у холедоходуоденоанастомоз, який після зміщення в проксимальному напрямку піддали літотрипсії та літоекстракції та 3 конкременти "сліпого мішка", які видалено традиційним методом через ВСД.

У 6 (19,3%) пацієнтів відмічали ускладнення. У двох випадках, в ранньому післяопераційному періоді відмічали рецидив холангіту внаслідок порушення прохідності стента складжем, пацієнти рестентовані з позитивною динамікою. У чотирьох спостерігали транзиторну діастазурію, яка легко піддалась корекції антисекреторними препаратами.

Через 2-3місяці усім проведено експлантацію стента. Рецидиву холангіту не відмічали.

У III групі спостереження вік пацієнтів становив від 24 до 58 років (середній вік становив 38,1 ± 9,2 років). У 5 випадках відмічено пізні звернення за медичною

допомогою (понад 48 годин від початку захворювання). Розмах діастазурії відмічали від 483 до 1524 г/л/год. Рівень білірубінемії коливався в межах від 49,7 до 191,42 ммоль/л. Згідно даних УЗД ОЧП, у всіх хворих виявлено конкременти в жовчовому міхурі, у 9 виявлено протокову екстазію та у 6 при ультрасонографії констатовано конкременти в термінальному відділі холедоха. У всіх хворих УЗ-зміни характерні для набрякового панкреатиту. КТ ОЧП проводили 12 (54,5%) хворих, у них діагностовано холедохолітиаз з максимальним діаметром конкрементів до 8



Рис. 1. Алгоритм діагностичного пошуку та етапності лікування хворих із синдромом біліарної обструкції.

мм та вогнищеву гіперперфузію контрасту в паренхімі підшлункової залози. При дуоденоскопії стенозуючий папіліт виявлено у 10 (45,4%) хворих, вклинення конкремента у вічку ВС ДПК відмічено у 4 (18,1%) хворих.

ЕРХПГ не проводили у 10 (45,4%) хворих із ствердженими при КТ ОЧП дрібними конкрементами до 5 мм, цим хворим після поліпозиційної рентгеноскопії та аспіраційної проби виконано ЕПСТ, БСП та балонну літоекстракцію. У всіх випадках відмічено клінічний та лабораторний регрес захворювання, повторних втручань не потребували. Середній ліжкодень становив 8,2. ЕРХПГ, ЕПСТ, БСП та літоекстракцію виконано у 12 (54,5%) хворих. У 4 (36,3%) пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді виникла клініка ферментативного перитоніту, у зв'язку із чим в ургентному порядку проведено оперативне втручання з приводу деструктивного панкреатиту. Усі пацієнти виписані із стаціонару в задовільному стані.

У IV групі спостереження представлено досвід лікування 81 пацієнта з механічною жовтяницею на ґрунті пухлинних захворювань гепатопанкреатодуоденальної зони. В структурі захворюваності, провідне місце займали пухлини головки підшлункової залози - 64 (79,0%) пацієнти, пухлини холедоха у 7 (8,6%) та загальної печінкової протоки у 4 (4,9%), рак великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВДС) - у 5 (6,2%) пацієнтів, а також в 1 (1,3%) випадку - метастатичне ураження лімфатичних вузлів воріт печінки при раку молочної залози.

Тривалість механічної жовтяниці коливалась в межах 10 - 40 днів і склала в середньому $18,4 \pm 8,6$ дня. У 71 (87,7%) хворих пухлину гепатопанкреатодуоденальної зони виявлено вперше. Всім хворим проведено КТ ОЧП з довшим підсиленням. До другої клінічної групи були віднесені 46 (56,8%) пацієнта, та до IV - 35 (43,2%). Звертали увагу на порушення білково-синтетичної функції печінки, а також на наявність холестаτικού та цитолітичного синдромів.

Основні біохімічні показники у досліджуваному контингенті наведені в таблиці 1.

Стентування проводили з використанням поліпропіленових стентів 8-10f довжиною 5-12 см.

ЕРХПГ, ЕПСТ, БСП + стентування проводили у 55 (67,9%) пацієнтів, з них при раку головки підшлункової залози у 42, при раку поза печінкових жовчєвих проток у всіх 10 та при метастатичному ураженні лімфатичних вузлів воріт печінки - у 1 пацієнтки. У двох

пацієнтів відмічали холангіокарциноми воріт печінки (Пухина Клацкіна), в одного з них вдалось провести стентування лівої печінкової протоки з позитивним клінічним та лабораторним результатом.

Без контрастування ЕПСТ, БСП + стентування після провідникової канюлізації, поліпозиційної рентгеноскопії та аспіраційної проби проводили у 26 (32,1%) пацієнтів. Серед них 20 при раку головки підшлункової залози та 5 - пухлини ВДС. У одного пацієнта не вдалось канюлізувати ВДС внаслідок проростання пухлини головки підшлункової залози в ДПК, з її вираженою деформацією та неможливістю верифікувати ВДС

Ускладнення відмічали 15 (18,5%) хворих. У 7 хворих - кровотечу з папіло томної рани, зупинку якої проводили шляхом аргоноплазмової коагуляції. У трьох хворих виникли холангіогенні абсцеси печінки, які в двох випадках дренивали малоінвазивно, а в одному шляхом лапаротомії. В ранньому післяопераційному періоді у 4 пацієнтів відмічали холангіт який купували консервативно. У одного пацієнта із холангіокарциномою гепатико-холедоха розвинувся гострий деструктивний холецистит, пацієнт оперований, виписаний із стаціонару.

Нами розроблено алгоритм діагностичного пошуку та етапності лікування хворих із синдромом біліарної обструкції, що в перспективі зменшить кількість та частоту післяопераційних ускладнень (рис. 1).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У випадку дрібних (до 5 мм) конкрементів у позапечінкових протоках оперативне втручання можна завершувати без ЕРХПГ за умови селективної канюлізації холедоха, субтотальної ЕПСТ, проведеної БСП та ревізії літоекстрактором.

2. При розвитку жовтяниці на ґрунті пухлини головки підшлункової залози чи/або ВДС за умов попереднього проведеного КТ чи/або МРХПГ з чіткими синтопічними та топографічними характеристиками пухлини стентування гепатико-холедоха доцільніше проводити без ЕРХПГ.

3. Відмічено зменшення кількості типових ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційному періоді у хворих, котрим ЕРХПГ не проводилось.

У перспективі, диференційований підхід до використання ЕРХПГ зменшить кількість та частоту післяопераційних ускладнень.

Список літератури

- Агапов В. К. Применение эндоскопической ультрасонографии в диагностике холедохолитиаза / В.К. Агапов, В.А. Романов, Б.А. Александров // Военномедицинский журнал. - 2006. - Т. 3 (41). - 43 с.
- Александров Б. А. Сравнительная оценка различных методов диагностики и хирургическая тактика при холедохолитиазе: автореф. дис. канд. мед. наук / Б.А. Александров. - Москва, 2007. - 19 с.
- Клименков А. В. Диагностическая и лечебная тактика при механической желтухе, осложненной острым холангитом: дис... канд. мед. наук / А.В. Клименков. - Москва, 1985. - 186 с.
- Кондратенко П. Г. Экстренная хирургия желчных путей: рук. [для врачей] / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. - Донецк. - 2005. - 344 с.
- Майстренко Н. А. Холедохолитиаз / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. - СПб., 2000. - 288 с.
- Ничитайло М. Е. Видеоэндоскопическая диагностика и минимальноинвазивная хирургия холелитиаза / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник, И.А.

- Лурич. - К.: "Медицина", 2013. - С. 173-201.
7. Онкологія; под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой. - М., "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 559 с.
8. Шалимов А. А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. - Киев, 1993. - 507 с.
9. Mitchell R. M. Biliary emergencies: pancreatitis, cholangitis, and more / R.M. Mitchell, M.F. Byrne // Semin. Gastrointest. Dis. - 2003. - Vol. 14. - P. 77-86.
10. Ramirez F. C. Emergency endoscopic retrograde cholangiopancreatography in critically ill patients / F.C. Ramirez, A.S. McIntosh, B. Dennert // Gastrointest. Endosc. - 1998. - Vol. 47. - P. 368-371.

Дейкало И.М., Осадчук Д.В., Карел О.И., Назарко Л.Р.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Резюме. В клинике пролечено 248 пациентов с синдромом билиарной обструкции различной этиологии. В 58 (23,4%) случаях контрастирование внепеченочных желчных протоков не проводили, что в свою очередь уменьшило количество и частоту типичных послеоперационных осложнений. Определены условия, при наличии которых ЭРХПГ можно не проводить. Разработан алгоритм диагностического поиска и этапности лечения больных с синдромом билиарной обструкции.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, злокачественные новообразования билиопанкреатодуоденальной зоны, острый билиарный панкреатит, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Deikalo I.M., Osadchuk D.V., Karel O.I., Nazarko L.R.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SYNDROME OF BILIARY OBSTRUCTION IN EMERGENCY HOSPITAL

Summary. 248 patients with biliary obstruction of various etiologies were treated in clinic. Contrasting of extrahepatic duct was not performed in 58 (23,4%) cases. It reduced the number and frequency of typical postoperative complications. The conditions in the presence of whom endoscopic retrograde pancreaticocholangiography may be waived were determined. The algorithm of diagnostic search and phasing treatment of patients with biliary obstruction syndrome was developed.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, cancerous neoplasms of biliopancreatoduodenal zone, acute biliary pancreatitis, endoscopic retrograde pancreaticocholangiography, endoscopic papillosphincterotomy.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шидловський В.О.

Стаття надійшла до редакції 08.12.2016р.

Дейкало Ігор Миколайович - д.мед.н., проф., зав. кафедри загальної хірургії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського; +(067)2578296; kareloi@ukr.net

Осадчук Дмитро Васильовий - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, завідувач хірургічного відділення Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги; +(067)2086943; kareloi@ukr.net

Карел Олег Ігорович - лікар хірург Тернопільської міської комунальної лікарні швидкої допомоги; +(097)5892832; kareloi@ukr.net

Назарко Лілія Романівна - клінічний ординатор Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова; +(068)0464413; kareloi@ukr.net

© Петрушенко В.В., Стойка В.І., Гребенюк Д.І., Стукан С.С., Паньків А.М.

УДК: 616.36-002.951.21-089

Петрушенко В.В., Стойка В.І., Гребенюк Д.І., Стукан С.С., Паньків А.М.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ

Резюме. У статті наведено порівняльний аналіз лікування гемангіом печінки лапароскопічним методом із використанням аргоноплазмової коагуляції та відкритим методом із використанням монополярної коагуляції. Продемонстровано кращі результати лапароскопічного лікування гемангіом печінки із обробкою резекційної поверхні аргоноплазмовою коагуляцією. Переваги методу полягали у зменшенні тривалості та інтенсивності післяопераційного болювого синдрому, зменшенні кількості ранніх та пізніх, післяопераційних ускладнень, скороченні тривалості стаціонарного лікування.

Ключові слова: вогнищеві ураження печінки, аргоноплазмова коагуляція, гемангіоми печінки.

Вступ

Діагностика та лікування вогнищевих захворювань печінки відносяться до однієї із актуальних проблем сучасної хірургічної гепатології. Частота об'ємних утворень печінки зростає не дивлячись на успіхи, які досягнуті у лікуванні даної патології [1, 3, 7, 8]. Структуру вогнищевих захворювань печінки складають численні та різні за формою та стадіями розвитку процеси: парази-

тарні та непаразитарні кісти, злویкісні та доброякісні новоутворення [6].

Серед доброякісних пухлин печінки найбільш часто трапляються гемангіоми, які становлять 2,2-3% від усіх доброякісних новоутворень печінки, а частота їх за даними аутопсії становить 0,7-7,3%. При цьому у жінок гемангіоми спостерігаються більш ніж в три рази част-