

ПЕРЕВАГИ ЗАСТОСУВАННЯ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ МЕТОДИК В ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ МНОЖИННИХ ІНФІКОВНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ПРОГРАМНОМУ ГЕМОДІАЛІЗІ

Циганок Ю.О.

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Матвеев Р.М.

Кафедра хірургії з курсом невідкладної та судинної хірургії

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Сусак Я.М.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність

Полікістозна хвороба печінки має поширеність від 1:100 000 до 1:1 000 000 або 1-9:100 000 (1:158 000 у Нідерландах), тоді як поширеність аутосомно-домінантної полікістозної хвороби нирок коливається від 1:400 до 1:1000.

Кісти печінки спостерігаються у 83% випадків аутосомно-домінантної полікістозної хвороби нирок (АДПХН), а поєднання цих патологій веде до різкого звуження спектру лікувальних заходів.

Останнім часом в тактиці лікування множинних рідинних утворень печінки спостерігаються певні зміни, лапаротомні операції виконуються значно рідше, адже навіть при гігантських кістах (понад 20 см в діаметрі) можливе ефективне застосування склерозувальної терапії під контролем УЗД або відеолапароскопії. Летальність при цьому втручанні відсутня, а частота післяопераційних ускладнень складає менше 0,5 %

Мета роботи

Продемонструвати переваги та ефективність застосування пункційно-дренуючої методики лікування множинних об'ємних білобарних інфікованих кіст печінки під контролем УЗД у хворих, що знаходяться на програмному гемодіалізі.

Клінічний випадок

Роботу виконано в клініці Національного медичного університету імені О.О. Богомольця на базі КНП «Олександрівська клінічна лікарня м. Києва».

Пацієнтка Л., 82 років звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла, біль у правому підребер'ї, загальну слабкість. Було проведено УЗ-дослідження органів черевної порожнини. В печінці виявлено множинні порожнинні утворення з анехогенним вмістом \varnothing до 3 см. в S3- порожнинне утворення з гіпоехогенним обідком до 5 мм та вмістом змішаної ехогенності $\varnothing=7$ см та $\varnothing=13,7$ см в S7-S8. Хворій було проведено пункцію порожнин кісти в S3 печінки - аспіровано 10 мл густого вершкоподібного вмісту - гною. Виконано дронування порожнин кісти стилет-катетером за типом Pig-Tail 10F (Balton), через дренаж аспіровано близько 70 мл гнійного вмісту. При пункції кісти в S7-S8 було отримано 10 мл мутного, вершкоподібного з зеленим відтінком вмісту - гною.

Проведено дронування порожнин кіст двома стилет-катетерами за типом Pig-Tail 10F (Balton) та отримано близько 270 мл гнійного вмісту. Залишкові порожнини кіст щоденно оброблялися розчинами антисептиків. Програма консервативного лікування включала проведення емпіричної антибактеріальної, гепатотропної, антисекреторної, дезінтоксикаційної терапії. Стан хворої стабілізовано,

явища ендогенної інтоксикації куповано. При первинному мікробіологічному дослідженні виділено культуру *Klebsiella Pneumoniae*, чутливу до Левофлоксацину. Призначено етіотропне лікування. По мірі купування синдрому системної запальної відповіді і припинення відтікання гнійного вмісту дренажами при відсутності візуалізації вогнищ деструкції при контрольних ультразвукових дослідженнях - дренажі поступово видаляли. На 7 добу в задовільному стані пацієнтку виписано під нагляд хірурга поліклініки за місцем проживання. При контрольному ультразвуковому дослідженні (через 1 міс) ознак рецидиву нагноєння кіст печінки не виявлено.

Обговорення

Питання вибору між відкритим хірургічним втручанням та мінімально-інвазивним методом лікування множинних нагноєних кіст печінки досі залишається суперечливим. Тривалий час основним методом лікування нагноєних кіст печінки було розкриття та дренивання порожнини кісти через лапаротомний доступ. Однак летальність при відкритих втручаннях у пацієнтів, що знаходяться на програмному гемодіалізі висока, а ризик ускладнень збільшується до 5 разів.

У пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю, що знаходяться на програмному гемодіалізі, виявляють наступні патофізіологічні та клінічні прояви: анемія, артеріальна гіпертензія, персистуюча азотемія, порушення обміну калію та системи згортання крові, імунодефіцит. Крім того, даним пацієнтам показана обов'язкова терапія антикоагулянтами прямої дії, що посилює патофізіологічні зміни. Доведено, що порушення системи гемостазу є одним з основних патологічних проявів у пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю.

У випадку пацієнтів з АДПХН, ускладненої полікістозом печінки, що коригується хронічним гемодіалізом, відкриті хірургічні втручання супроводжуються значним ризиком розвитку тяжких інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, таких як кровотечі, зниження стійкості до інфекцій внаслідок імуносупресії, та, як наслідок - інфекційне ураження органів та систем, виникнення частих рецидивів інфікування порожнин кіст.

В даному випадку приводимо приклад ефективності застосування пункційно-дренуючої методики лікування множинних об'ємних білобарних інфікованих кіст печінки. Перевагами мінімально-інвазивних пункційно-дренажних методик є менша травматичність, відсутність необхідності загального знеболення, а також можливість санації на етапі первинної діагностики. Ефективність такого лікування складає 67-98%. У випадках, описаних нами, відзначається висока ефективність мінімально-інвазивної методики при санації об'ємних білобарних нагноєних кіст печінки, що дозволяє уникнути травматичних відкритих оперативних втручань, інтра - та післяопераційних ускладнень.

Слід зауважити, що під час лікування в хірургічному стаціонарі з застосуванням вищезгаданої методики, хворі не припиняли терапію програмного гемодіалізу, що при відкритих оперативних втручаннях було б неможливо.

Висновки

Єдиним безпечним методом для лікування даної патології в сучасній практиці є застосування малоінвазивних хірургічних технологій для лікування множинних білобарних нагноєних кіст печінки в поєднанні з етіотропною антибактеріальною терапією, що дозволяє уникнути

травматичних резекційних методів і досягти швидкого одужання хворих, зокрема тих, що перебувають на програмному гемодіалізі.