

Використання Ербісолу при лікуванні кістозних утворень

*О.В. Гладкий, Л.Ю. Гладка,
О.М. Ніколаєнко, С.О. Родзаєвський, О.В. Бойко
Інститут онкології АМН України,
Київська медична академія
післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика,
Науково-виробничий центр "Ербіс",
м. Київ*

Стрімкий розвиток високих технологій дозволяє проводити лікування кістозних утворень без хірургічного втручання, яке є суттєво травматичним і потребує стаціонарного лікування. Нами розроблено технології черезшкірного пункційного видалення вмісту рідинних утворень під ультразвуковим контролем з подальшою обробкою порожнини медикаментозними препаратами. Для поліпшення загоєння використовували Ербісол - препарат, який підвищує регенеративно-репаративний потенціал тканин, що веде до швидкого загоєння трофічних язв, травматичних, післяопераційних та гнійно-септичних ран, травм.

Матеріал і методи. Проведено лікування 192 хворих з кістозними утворами молочних залоз, черевної порожнини та малого тазу: у 61 пацієнтів попередньо було виявлено кісти молочних залоз, у 58 - кісти печінки, у 37 - післяопераційні лімфогенні псевдокісти, у 36 - кісти яєчників.

Пункцію кіст молочних залоз проводили в більшості випадків внутрішньом'язовою голкою зі шприцом під контролем лінійного датчика 7,5 МГц за методикою "вільної руки", в окремих випадках при глибині залягання кісти більше 4 см використовували стандартну голку 23g довжиною 10 см. Після видалення вмісту кісти (при розмірах останньої 5-15 мм у діаметрі) в останню вводили 96% етиловий спирт в об'ємі близько 75% від видаленого об'єму на 3-5 хвилин. Потім спирт вилучався і натомість вводили 0,5 мл Ербісолу. Надалі кісти такого діаметру не візуалізувались при контрольному

обстеженні і не потребували повторного втручання. При більших розмірах кісти після видалення її вмісту вводили етиловий спирт в об'ємі 75% від видаленого об'єму та 25% повітря, щоб стінки кісти не стикались одна з одною певний термін. Через 4-5 днів проводили повторну пункцію. Якщо попередньо введений етиловий спирт мав незначний домішок секрету кісти, то після ретельного видалення останнього вводили 0,5-1,0 мл Ербісолу. У випадках виділення секрету стінками кісти введення спирту з повітрям повторювали. Також повторних пункцій потребували кісти молочних залоз, розміри яких перебільшували 5 см. Таким чином, кратність втручання збільшувалась відповідно до збільшення розмірів кісти. У всіх випадках вміст кісти при першій пункції відправляли для цитологічного дослідження. Ербісол призначався також внутрішньом'язово впродовж 10 днів по 2 мл ввечері після 21 години.

Пункцію кіст печінки проводили голкою 22g довжиною 20-30 см з колючо-ріжучим загостренням робочого кінця. Серед 58 обстежених хворих у 17 пацієнтів була видалена прозора рідина характерної консистенції, щодо якої цитологічно було підтверджено паразитарне походження - ехінокок. Цій групі хворих в порожнину кісти вводили етиловий спирт у дещо меншому об'ємі, ніж видалена рідина, на 5-6 хвилин. Після його евакуації в порожнину вводили 0,5-1,0 мл Ербісолу. Також ін'єкції Ербісолу призначали по 2 мл внутрішньом'язово ввечері. Контрольне обстеження проводили через 7-10 днів. При накопиченні рідини маніпуляцію повторювали з призначенням ще 10 ін'єкцій Ербісолу по 2 мл внутрішньом'язово. Наступне контрольне обстеження призначали через 1-1,5 місяці. Розміри кіст складали 2-5 см. Хворих з підозрою на паразитарні кісти більшого розміру скеровували для проведення черезшкірного тривалого катетерного дренивання, тактика якого в цьому повідомленні не описується.

У 41 випадку кісти мали непаразитарний характер, у 5 з них вміст мав ознаки гнійного запалення (в цих випадках

необхідно використовувати голку 18g), у решти пацієнтів вилучена рідина мала солом'яно-жовтий колір різної інтенсивності і була прозорою. Після вилучення рідини проводили введення етанолу на 5-6 хвилин, з подальшим його вилученням та введенням 0,5-1,0 мл Ербісолу. При контрольному обстеженні через 7-10 днів у більшості випадків накопичення рідини було відсутнім або незначним, що не потребувало безпосереднього втручання. У 5 випадках запального характеру вмісту кіст порожнину декілька разів промивали розчином фурациліну до прозорої рідини, потім також проводили 5-6 хвилинну фіксацію етилом та залишали 1г антибіотику цефалоспоринового ряду, розчиненого в 1 мл Ербісолу. Внутрішньом'язові ін'єкції Ербісолу призначали двічі на день - вранці до 8 години та ввечері після 21 години упродовж 10 днів. Повторний огляд призначали через 1-1,5 місяці.

Для пункцій лімфогенних післяопераційних псевдокіст використовували голки 16-18g довжиною до 15 см. Характерним було відсутність візуально контрольованих стінок та, в більшості випадків, наявність кишень, перегинів, що не давало змоги остаточно вилучити вміст кіст. Тому необхідно було декілька разів вилучати і вводити етиловий спирт, щоб обробити стінки концентрованішим етилом. Ербісол призначали тільки внутрішньом'язово 10 днів по 2 мл ввечері. Вилучення вмісту проводили через день, курсом 3-5 маніпуляцій в залежності від розмірів утворення.

Пункцію кіст яєчників проводили у випадках наявності стінок утворення до 1 мм, використовуючи голки з колючо-ріжучим загостренням діаметром 22-23g. Після вилучення вмісту кісти порожнину промивали етанолом декілька разів до прозорої рідини з фіксацією 1-2 хвилини та залишали 1 мл Ербісолу. Ін'єкції Ербісолу призначали вранці та ввечері по 2 мл продовж 10 днів. Контрольне обстеження проводили після закінчення чергових місячних. Як правило, повторного втручання потребували тільки утворення діаметром понад 4-5 см у 1/3 випадків.

Результати. Після проведення черезшкірного пункційного лікування кіст будь-яких ускладнень, пов'язаних з маніпуляцією, не спостерігали. Лікування належить до амбулаторних методик, достатнім є попереднє внутрішньом'язове введення знеболюючих та спазмолітичних препаратів і місцеве знеболення розчинами новокаїну або лідокаїну. Використання Ербісолу місцево та у вигляді загальних ін'єкцій прискорює процеси репарації та загоєння, запобігає відновленню накопичення рідини та прогресуванню захворювання взагалі.

У хворих на кісти молочних залоз та паразитарні кісти печінки доцільно проводити моніторинг протягом року з можливими мінімальними втручаннями та повторними курсами Ербісолу 3-4 рази на рік. Після цього терміну 90% пацієнтів вважались практично здоровими і мали рекомендацію диспансерного спостереження 1 раз на рік. У 10% випадків хворі потребували 1-2 разового втручання протягом другого року.

Хворі на непаразитарні кісти печінки проходили 1-3 курси пункційного лікування протягом 6 місяців та у всіх випадках не потребували повторного втручання. Лікування лімфогенних псевдокіст та кіст яєчників проводилося за один курс, який складався з 1-5 втручань протягом 10 днів.

Висновки. Черезшкірне пункційне лікування кіст під ультразвуковим контролем є мінімально травматичною ефективною методикою, яку необхідно розглядати як метод вибору при лікуванні даної патології. Використання Ербісолу прискорює терміни загоєння, сприяє нормалізації стану організму взагалі, є профілактичним заходом повторного виникнення кістозних утворів.