
ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ ЛАПАРОСКОПИИ

*И.А. Сафин, М.Д. Нартайлаков, С.А. Муслимов, Р.С. Мингазов, С.Х. Бакиров,
Р.А. Хасанов, С.Р. Насырова, З.Х. Сафиуллина*

Городской центр хирургической гепатологии; Всероссийский центр пластической хирургии глаза,
г.Уфа

Широкое внедрение в арсенал диагностических средств ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) привело к значительному увеличению выявляемости больных с непаразитарными кистами и поликистозами печени. К тому же оказалось возможным пункционное лечение полостных образований печени под контролем УЗИ и КТ [2, 4]. Несмотря на простоту пункционно-

го лечения, выявлены и его недостатки: возможность кровотечения в полость кисты или в брюшную полость из пункционного канала, довольно большой процент рецидивов кист [3]. Тем не менее у больных с повышенным операционным риском пункционное лечение кист может быть единственно возможным (1).

Нами разработана методика пункционного лечения непаразитарных кист печени в двух вариантах.

В первом варианте кисту ликвидировали путем склеивания ее стенок клеем "Сульфакрилат". Для этого под контролем УЗИ выполняли пункцию просвета кисты, аспирацию ее содержимого, коагуляцию секретирующего эндотелия оболочки кисты склерозирующим раствором (96% этиловый спирт). После удаления склерозирующего раствора в полость кисты вводили 2-3 мл клея "Сульфакрилат", при этом спавшиеся стенки кисты склеиваются, чем достигается заращение полости кисты.

Однако при больших кистах печени стенки ее после пункции не спадаются, что исключает возможность склеивания оболочек кисты. Кроме того, при локализации кист в соседстве с важными анатомическими структурами (желчный пузырь, петли кишечника и др.) пункция кист под контролем УЗИ опасна в связи с возможностью их повреждения или возникновения кровотечения.

В таких случаях выполняли второй вариант ликвидации кист печени путем заполнения ее полости аллогенным биоматериалом серии "Аллоплант" под контролем лапароскопии. При лапароскопии определяли локализацию и размеры кисты, оценивали возможность ее пункции без повреждения соседних органов. Под контролем зрения выполняли пункцию полости кисты, аспирацию содержимого и обработку полости кисты склерозирующим раствором. После удаления склерозирующего раствора в полость кисты вводили аллогенный биоматериал серии "Аллоплант" гелеобразной консистенции в объеме 1/2 содержимого кисты. Материал разработан во Всероссийском центре пластической хирургии глаза (дир. — проф. Э.Р. Мулдашев). Он обладает хорошими пластическими и гемостатическими свойствами, стимулирует васкулогенез и регенерацию печеночной ткани, со временем постепенно рассасывается.

Достоинствами разработанной методики являются: визуальный контроль с целью исключения осложнений пункции, ликвидация остаточной полости кисты путем заполнения ее биоматериалом.

Разработанные методики пункционного лечения использовались нами при лечении 6 больных с непаразитарными кистами. Осложнений не наблюдали. При контрольном УЗИ перед выпиской с печени полость не определяется, на месте кисты обнаруживается участок повышенной эхогенности в виде тонкой серповидной полоски (клей) или в виде овального эхопозитивного образования (пластичский биоматериал).