

УДК 616.36+616.995.121-089.87-073.48 (575.2) (04)

**ПЕРКУТАННАЯ ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННАЯ  
ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ  
УЛЬТРАСОНОГРАФИИ**

*Ж.О. Белеков* – докт. мед. наук,

*Б.З. Осумбеков* – канд. мед. наук,

*К.С. Ысмайылов* – ассистент

Центр последипломного медицинского образования г. Ош

---

The studies on percutaneous paracentatic aspiration echinococcaeotomy under ultrasonographic control are considered.

Основным и эффективным в лечении эхинококковых кист печени (ЭКП) является хирургический метод [1, 2]. В последнее время применяют пункционно-аспирационную эхинококкэктомию под контролем ультразвукографии [3, 4]. Преимуществами этого метода лечения являются: малая травматичность, ранняя активизация больных, небольшое число койко-дней, редкость локальных инфекционных осложнений. Важное значение миниинвазивные технологии приобретают при лечении ЭКП у пожилых больных, страдающих клинически значимыми сочетанными патологиями, когда высок операционный риск [5]. В связи с изложенным выше, возникает необходимость переосмысления и унификации тактики “традиционного” лечения с учетом внедрения в практику новых методов.

Цель работы: менее травматичная эхинококкэктомиа, ранняя активизация больных, небольшое число койко-дней, редкость локальных инфекционных осложнений.

**Материал и методы.** С 2000 г. в Ошской областной клинической больнице перкутанная пункционно-аспирационная эхинококкэктомиа под контролем ультразвукографии выполнена 42 больным с ЭКП в возрасте от 17 до 78 лет. Мужчин было 24 (57,1%), женщин – 18 (42,9%).

С целью диагностики использовали клинико-лабораторные методы исследования, ультразвукографию печени и брюшной полости, обзорную рентгенографию грудной клетки, ЭКГ. Методом ультразвукографии определяли локализацию и размеры кист, наличие дочерних пузырей, возможную связь с окружающими органами, сосудами и желчными протоками.

Размеры ЭКП колебались от 2,5 до 20 см. У 39 (92,8%) больных обнаружена монолобарная, у 3 (7,2%) – биллобарная локализация ЭКП. Из всего числа пациентов рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 19 (45,2%). В 10 (23,8%) наблюдениях выявлена интрапаренхиматозная локализация ЭКП. 27 (64,2%) пациентов поступили с нагноением кисты. Прорыв ЭКП в билиарный тракт констатирован у одного (2,3%) больного. У 13 (30,9%) больных обнаружены клинически значимые сопутствующие патологии.

Для выполнения перкутанной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии установили следующие показания:

- рецидивная форма ЭКП. При этом в зоне бывшей операции имеется спаечный процесс, который при возможном подтекании эхинококковой жидкости изолирует ее;

- нагноившаяся форма ЭКП. Это объясняется тем, что при гибели паразита хитиновая оболочка подвергается гнойной деструкции и легко эвакуируется через установленный в полость катетер. В наших наблюдениях у 17 больных с нагноившейся ЭКП достигнута полная эвакуация хитиновой оболочки во время выполнения манипуляции;
- интрапаренхиматозная локализация ЭКП. Большинство больных (6 из 10) с данной формой заболевания ранее подвергались оперативным вмешательствам и ЭКП не были обнаружены в связи с трудностями визуального и пальпаторного определения их и отсутствием в нашей клинике интраоперационного УЗИ.
- пожилой и старческий возраст больных, страдающих декомпенсированными сопутствующими патологиями, когда высок операционный риск.

Перкутанную пункционно-аспирационную эхинококкэктомия проводили под местной новокаиновой анестезией. Применяли технику PAIR PD. Для пункции ЭКП использовали троакарный способ первичного доступа в полость кисты с помощью герметичной системы стилет-катетер. Трассу пункционного канала выбирали с учетом прохождения через слой паренхимы печени. Продвижение стилет-катетера к ЭКП по выбранной траектории осуществляли под контролем ультразвукографии. После попадания в полость ЭКП стилет извлекали, а дренаж фиксировали к коже. Через катетер вначале производили максимальную аспирацию основной массы жидкости, количество которой (60–400 мл) зависело от объема и размера полости (2,5–20 см). Затем полость кисты неоднократно промывали до получения чистых промывных вод растворами NaCl (30%) или нагретым до 70<sup>0</sup> раствором фурациллина по Б.А. Акматову. Каких-либо осложнений (анафилактический шок, кровотечение) в ходе процедуры не наблюдали.

**Результаты и обсуждение.** В послеоперационном периоде осложнений не отмечено, если не считать умеренную воспалительную реакцию вокруг катетера у 10 больных. Следует отметить, что у 12 пациентов с нагноившимися ЭКП одновременно эвакуирована хитиновая оболочка во время этапа аспирации

содержимого кист. Ежедневно проводили ирригацию полости 30%-ным раствором NaCl, который обладает антисколецидным и склерозирующим эффектом. С помощью ультразвукографии осуществляли контроль за динамикой размеров и объема полости, состоянием катетера.

Летальный исход в одном наблюдении не был связан с методикой малоинвазивного вмешательства. У этого больного во время первой операции в связи с наличием гемангиомы в правой доле печени ЭКП не была обнаружена. На 18-е сутки после лапаротомии выполнена перкутанная пункционно-аспирационная эхинококкэктомия под контролем ультразвукографии. Во время вмешательства никаких осложнений не было. Причиной летального исхода явилась декомпенсация хронической легочной патологии, которой больной страдал длительное время.

Катетер удаляли после полной эвакуации остатков хитиновой оболочки, прекращения отделяемого и инволюции остаточной полости. У 14 пациентов катетер удален на 6–8-е сутки после операции в стационаре. Остальные больные были выписаны с наличием катетера и систематически проходили ультразвукографическое обследование. На 32–38-е сутки после пункционно-аспирационной эхинококкэктомии катетеры удалены у всех остальных пациентов.

На основании оценки отдаленных результатов (6 месяцев – 3 года) применения перкутанной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии удовлетворительный результат был отмечен у всех пациентов. Клинико-инструментальных данных за рецидив заболевания не обнаружено. При ультразвукографии у 28 больных отмечена полная инволюция кисты, а у 13 сохранились небольшие остаточные полости.

Использование перкутанной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем ультразвукографии имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией, обусловленные малой травматичностью, возможностью выполнения процедуры под местной анестезией, сокращением сроков пребывания пациента в стационаре, экономичностью и низким процентом послеоперационных осложнений. Этот метод позволил

уменьшить риск хирургической агрессии у лиц старшей возрастной группы с сопутствующими заболеваниями. Перкутанная пункционно-аспирационная эхинококкэктомия показана при интрапаренхиматозных, рецидивных и нагноившихся формах ЭКП, а также при высоком хирургическом риске у тяжелого контингента больных. На современном этапе хирургии, когда уже накоплен достаточный опыт работы с ультразвуковой техникой, выполнение пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем ультрасонографии вполне возможно без угрозы подтекания содержимого ЭКП в брюшную полость. Считаю мнение о частом развитии рецидивов после применения данного метода лечения преувеличенным, спорным.

#### Литература

1. Вишневецкий В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. XII Международн. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
2. Рудаков В.А., Оноприев В.И., Охотина Г.Н. и др. Повышение радикальности хирургического лечения эхинококкоза печени путем эффективного использования современных технологий // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. XII Международн. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 127.
3. Бондарчук О.И., Кадоицук Т.А. Лечение нагноившихся кист печени чрескожным пункционным дренированием с использованием силикса // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. XII Международн. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 104.
4. Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Беркинов У.Б. и др. Малоинвазивная хирургия в лечении эхинококкоза печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. XII Международн. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 114.
5. Четвериков С.Г., Грубник В.В., Сажиев В.В. и др. Малоинвазивные технологии в хирургии эхинококкоза печени и легких // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. XII Международн. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 135.