

ФГУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».
сообщает, что автореферат диссертации Жаворонковой Ольги Ивановны на
тему «Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских
непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем», представленной
к официальной защите на соискание ученой степени кандидата медицинских
наук по специальностям 14.00.27 - хирургия» и 14.00.19 – лучевая диагностика,
лучевая терапия, медицинские науки, размещен на сайте Института 27 апреля
2007 года <http://www.vishnevskogo.ru>

Шифр диссертационного совета Д 208.124.01 при ФГУ «Институт
хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий».

Ф.И.О. отправителя : Коков Леонид Сергеевич, ученый секретарь
диссертационного совета доктор медицинских наук профессор, E-mail:
Kokov@ixv.comcor.ru

Директор ФГУ «Институт хирургии
им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Академик РАМН

Федоров В.Д.

Сведения о предстоящей защите диссертации

Жаворонкова Ольга Ивановна
Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских непаразитарных
кист печени под ультразвуковым контролем
Специальности 14.00.27 - хирургия» и 14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая
терапия, медицинские науки
Д 208.124.01
ФГУ Институт хирургии им.А.В.Вишневского Росмедтехнологий
115093, Москва, Б.Серпуховская, 27
телефон: 237.13.11 (<http://www.vishnevskogo.ru>).

E-mail: Kokov@ixv.comcor.ru

Предполагаемая дата защиты 31 мая 2007 года

27 апреля 2007 года

На правах рукописи

ЖАВОРОНКОВА ОЛЬГА ИВАНОВНА

**ЧРЕСКОЖНОЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ
КРУПНЫХ И ГИГАНТСКИХ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ
ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ**

14.00.27 – хирургия

14.00.19 – лучевая диагностика, лучевая терапия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2007

Работа выполнена в ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»
(директор - академик РАМН **Фёдоров Владимир Дмитриевич**)

Научные руководители:

доктор медицинских наук

Гаврилин Анатолий Васильевич

доктор медицинских наук, профессор **Вишневский Владимир Александрович**

Официальные оппоненты :

доктор медицинских наук, профессор **Данилов Михаил Викторович**

доктор медицинских наук, профессор **Трофимова Елена Юрьевна**

Ведущая организация:

Московский Государственный медико-стоматологический Университет

Защита диссертации состоится " "_____2007 г.

в 14 часов на заседании диссертационного Ученого Совета Д 208.124.01

при ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи»

по адресу: 115998. г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» (115998. г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27).

Автореферат разослан " "_____2007 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Коков Леонид Сергеевич

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

С повышением диагностических возможностей ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) частота прижизненной диагностики истинных кист печени возросла до 4% - 7% [Kornprat P., et al., 2004]. А развитие и внедрение интервенционных методик в хирургию послужило стимулом к разработке принципиально новых подходов к их лечению за счет использования методов, выполняемых под визуальным контролем [Гальперин Э.И. и соавт., 2001; Conzo G et al., 2001].

При непаразитарных кистах печени (НКП) малой и средней величины (3 – 7 см) в настоящее время прослеживается отчетливая тенденция к их устранению миниинвазивным (чрескожным) способом под ультразвуковым контролем [Борсуков А.В., 2004; Pozniczek M., et al., 2004]. В отношении выбора метода хирургического лечения крупных и гигантских кист диаметром 10 см и более, существуют различные точки зрения, нередко приобретающие полярный характер. При этом границы показаний к традиционному хирургическому, малоинвазивному лапароскопическому или чрескожному склерозирующему лечению (ЧСЛ) практически не определены [Икрамов Р.З., 1992; Ахаладзе Г.Г и соавт., 1999; Вишневский В.А. и соавт., 2003; [Tanaka S.](#) et al., 1998; Eriguchi N., et al., 2001, [Tucker O.N.](#) et al., 2005]. Этому способствует отсутствие единой классификации НКП крупного и гигантского размера, и проблема дифференциальной диагностики их с кистозно – солидными образованиями печени, что создает значительные трудности в выборе рациональной лечебной тактики в отношении данной категории пациентов [Ершов К.Г., 1999; Кунцевич Г.И., 1999; Blonski W. C., et al., 2006].

Приверженцы классического оперативного лечения убеждены, что чем больше размер кисты, тем чаще должны быть показания к открытому хирургическому вмешательству [Золлингер Р., 2002; [Martin I.J.](#) et al., 1998]. Совершенствование техники и методик лапароскопических оперативных вмешательств определило, по мнению ряда авторов, лидирующую роль лапароскопического метода в лечении НКП [Стрекаловский В.П. и соавт., 1997; Вишняков Д.В., 2003; [Tan Y.M.](#), et al., 2005]. К сожалению, небольшой опыт большинства специалистов касается в основном кист среднего размера, а единичные наблюдения крупных и гигантских НКП, включаемых ими в обобщенный анализ, не позволяют дать объективную оценку эффективности данного метода лечения указанной категории кист [Лобаков А.И. и соавт., 2003; Старков Ю.Г. и соавт. 2006; Cappellani A. et al., 2002; Szabo L.S., et al., 2006]. Важно также отметить, что

частота рецидивов заболевания при лечении крупных и гигантских НКП без выполнения анатомической резекции при традиционном хирургическом способе достигает 29%, а после лапароскопических операций - 36% [Morino M., et al., 1996; Martin I.J., et al., 1998].

Большинство специалистов считает целесообразным начинать лечение больших НКП с чрескожного пункционного склерозирующего вмешательства под ультразвуковым контролем, и лишь при его неудаче прибегать к другим видам хирургических вмешательств. При этом эффективность чрескожного чрескатетерного склерозирующего лечения непаразитарных кист диаметром 5 – 6 см превышает 90% [Гаврилин А.В., 1999; Tikkakoski T. et al., 1996]. Число сообщений об успешном использовании чрескожных пункционно – катетерных методик при лечении крупных и гигантских НКП невелико [Гаврилин А.В., и соавт., 2005; Larssen T.B. et al., 1997; Blonski W.C. et al., 2006]. Неоднозначен подход к выбору метода хирургического лечения при осложненном клиническом течении НКП. Результаты успешного радикального миниинвазивного лечения осложненных крупных кист печени представлены лишь единичными публикациями [Лотов А.Н., 1998; Гаврилин А.В., 1999; Yoshida H., et al., 2003].

Разнообразие взглядов на оценку наиболее эффективных вариантов чрескожного склерозирующего лечения, а также различия тактико - технических принципов не способствуют более широкому внедрению метода в хирургическую практику. В частности, отсутствуют четкие разграничения показаний к выбору метода хирургического лечения НКП в зависимости от их размеров, распространенности и локализации, характера сопутствующей патологии и возраста пациентов, а также предполагаемые сроки лечения. Не анализируются осложнения, меры их профилактики и устранения. Это создает значительные трудности при проведении сравнительного анализа эффективности чрескожного лечения крупных и гигантских НКП.

Цель работы усовершенствовать тактику хирургического лечения крупных и гигантских НКП за счет рационального применения унифицированной методики чрескожного склерозирующего лечения под ультразвуковым контролем.

Задачи исследования

1. Определить критерии отбора пациентов для проведения чрескожного склерозирующего лечения под ультразвуковым контролем на основании

сопоставления клинических данных, результатов комплексного ультразвукового исследования и лабораторных показателей крови и содержимого кист.

2. Определить показания и противопоказания к миниинвазивному лечению крупных и гигантских НКП в зависимости от их локализации, распространенности, размеров и осложнений.

3. Определить среднюю продолжительность и эффективность чрескожного склерозирующего лечения различных типов крупных и гигантских НКП.

4. Провести сравнительный анализ результатов лечения крупных и гигантских НКП после открытых хирургических и лапароскопических вмешательств в раннем послеоперационном периоде.

5. Изучить ближайшие и отдаленные результаты чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП под ультразвуковым контролем.

Основные положения, выносимые на защиту

- Комплексное ультразвуковое исследование печени, включающее в себя ультразвуковое исследование органов брюшной полости в В – режиме, цветное дуплексное сканирование сосудов печени и трехмерную ультразвуковую реконструкцию печени, является основным методом дифференциальной диагностики крупных и гигантских НКП, способствует оптимизации выбора лечебной тактики и повышает безопасность выполнения чрескожного склерозирующего лечения под ультразвуковым контролем.
- Чрескожное склерозирующее лечение под ультразвуковым контролем является эффективным миниинвазивным способом лечения крупных и гигантских НКП, продолжительность и тактико-технические варианты которого зависят от типа клинического течения заболевания и размеров образования, и может считаться как самостоятельный и окончательный способ устранения данной патологии.
- Оценка результатов чрескожного склерозирующего лечения должна проводиться по данным динамического ультразвукового наблюдения с учетом клинической картины с целью раннего выявления рецидива заболевания, а также выделения категорий пациентов с повышенным риском развития клинически осложненного течения заболевания на фоне множественных НКП или поликистоза печени с возможностью проведения у них этапного миниинвазивного лечения.

Научная новизна

Определена последовательность и целесообразность применения современных диагностических методов исследования в алгоритме дооперационного обследования пациентов с крупными и гигантскими НКП для решения тактических и технических вопросов при выборе метода их хирургического лечения.

Впервые, на основании высокотехнологичных методик УЗИ (цветовое дуплексное сканирование, трехмерная реконструкция) предложен алгоритм диагностических исследований при планировании и проведении чрескожных пункционно – катетерных лечебных вмешательств при НКП.

Впервые разработана унифицированная методика чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП под ультразвуковым контролем.

Впервые оценены особенности, а также опасности и осложнения в процессе проведения чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП и разработана принципиальная система мер их профилактики и лечения.

Впервые, на основании статистического анализа ближайших и отдаленных результатов, дана объективная оценка эффективности чрескожного пункционно – катетерного лечения крупных и гигантских НКП под ультразвуковым контролем, а также проведено сравнение его непосредственных результатов с другими хирургическими методами лечения.

Практическая значимость

По данным комплексного ультразвукового обследования и динамического наблюдения пациентов, обоснованы показания и противопоказания к чрескожному лечению различных видов крупных и гигантских НКП.

Проведен анализ длительности лечения, ближайших и отдаленных результатов чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП с представлением полученных результатов в виде «средних койко-дней» и сроков динамического амбулаторного ультразвукового наблюдения для рационального использования данной методики в практическом здравоохранении.

На основании анализа ошибок, опасностей и осложнений чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП разработаны меры их профилактики и миниинвазивного устранения, не прибегая к выполнению открытого хирургического вмешательства.

Разработана и внедрена в клиническую практику Института хирургии им. А.В. Вишневского унифицированная методика чрескожного склерозирующего лечения

крупных и гигантских НКП под ультразвуковым контролем у больных с высоким риском других оперативных методов лечения.

Апробация работы

Основные положения работы доложены и обсуждены на научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, 2005г.; на международном молодежном медицинском Конгрессе «Санкт-Петербургские чтения», Санкт-Петербург, 2005г. (диплом II степени); представлены в виде стендового доклада на XIII Международном Конгрессе хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Казахстан, Алматы, 2006г.

Внедрение в практику

Предложенная в работе методика чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП под ультразвуковым контролем с учетом данных комплексного предоперационного обследования внедрена в практику отдела абдоминальной хирургии и отделения ультразвуковой диагностики Института хирургии им. А.В. Вишневского и может быть использована в хирургических отделениях абдоминального профиля, а также для обучения специалистов в области чрескожных миниинвазивных вмешательств.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 6 научных работ.

Объем и структура диссертации

Работа изложена на 114 страницах машинописного текста и состоит из введения, 5 глав, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 10 таблицами и 25 рисунками. Список литературы содержит 184 литературных источников (85 отечественных и 99 зарубежных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Общая клиническая характеристика больных и методов исследований

В основу работы положен анализ результатов обследования и хирургического лечения 95 больных с крупными и гигантскими непаразитарными кистами печени. Среди 95 больных за период с 1998 по 2006 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского 55 пациентам (основная группа – ОГ) было проведено чрескожное склерозирующее лечение под ультразвуковым контролем. Сопоставление

непосредственных результатов миниинвазивного лечения с другими видами хирургического лечения в раннем послеоперационном периоде проведено с 40 пациентами, которые, в зависимости от вида лечения, были распределены на 2 группы сравнения: 1 группа – ГС (1) – 20 пациентов, которым выполнено лапароскопическое лечение; 2 группа – ГС (2) – 20 больных – открытое оперативное вмешательство.

На дооперационном этапе всем больным проводилось комплексное обследование, включающее сбор анамнеза, физикальное обследование, инструментальные и лабораторные виды исследований, по результатам которого оценивался общий соматический статус пациентов, объем и характер поражения печени, что определяло выбор лечебной тактики.

В исследовании преобладали женщины – 85 (89,5%) – в возрасте от 29 до 85 лет (средний возраст 63 ± 11 год). Мужчин было – 10 (10,5%) – в возрасте от 55 до 80 лет (средний возраст 67 ± 8 лет). Пациенты от 60 лет и старше преобладали в основной группе – 39 (70,9%) наблюдений. Распределение больных по полу и возрасту в группах исследования представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст (лет)	Женщины			Мужчины	
	ОГ	ГС (1)	ГС (2)	ОГ	Всего (%)
20 – 39	1	3	1	0	5 (5,3%)
40 – 59	13	8	10	2	33 (34,7%)
60 – 79	29	9	9	7	54 (56,8%)
80 и более	2	0	0	1	3 (3,2%)
ИТОГО:	45	20	20	10	95 (100%)

В зависимости от семиотики заболевания у 95 пациентов с крупными и гигантскими НКП были выделены 2 типа клинического течения: неосложненное – 73 (76,8%) и осложненное – 22 (23,2%), симптоматика которых представлена в таблице 2.

Среди пациентов в ОГ и ГС (1 и 2) осложненное течение крупных и гигантских НКП выявлено у 16 (29,1%), 1 (5%) и 5 (25%) больных соответственно. При этом от общего числа больных с осложненным течением заболевания в 4 (18,2%) случаях потребовалась срочная госпитализация в связи с резко выраженной клинической картиной.

Клинические проявления преобладали при осложненном клиническом течении крупных и гигантских НКП. Из общего числа пациентов клинические проявления

заболевания наблюдались у 41 (85,3%) пациента: при крупных НКП – в 77,4% наблюдений, при гигантских – в 100%, из числа которых 3% и 13% случаев соответственно характеризовались осложненным течением. В ходе лечения было установлено, что из 14 (14,7%) пациентов с бессимптомным клиническим течением крупных НКП имелись признаки внутриполостных осложнений у 4 (4,2%). К осложнениям, подтвержденным инструментальными и лабораторными исследованиями, были отнесены: кровоизлияние – 19 (20%) и желчеистечение в полость кист – 1 (1,1%) с признаками инфицирования – в 6 случаях, а также нагноение содержимого кист – в 2 (2,1%) наблюдениях.

Таблица 2

**Симптоматика крупных и гигантских НКП
с учетом типа клинического течения заболевания**

Жалобы и клинические проявления	Клиническое течение		Всего, (%) N = 95 (100%)
	<u>Неосложненное</u> N = 73 (76,8%)	<u>Осложненное</u> N = 22 (23,2%)	
Боль, тяжесть в правом подреберье или эпигастральной области	29	17	46 (48,4%)
Симптом «быстрого насыщения»	7	4	11 (11,5%)
Желтуха	-	1	1 (1,1%)
Гидроторакс	-	1	1 (1,1%)
Плоторакс	-	1	1 (1,1%)
Гипертермия	-	4	4 (4,2%)
Увеличение окружности живота	2	4	6 (6,3%)
Похудание	1	2	3 (3,2%)
Слабость	2	3	5 (5,2%)
Одышка	-	3	3 (3,2%)
Отсутствие симптомов	10	4	14 (14,7%)

По данным анамнеза, у 27 (28,4%) больных при длительности заболевания до 2 лет темп роста кист имел низкие показатели (увеличение размеров до 2 см в год) и сочетался с латентным характером заболевания. По мере увеличения сроков наблюдения определялась отчетливая тенденция к ускорению роста: если на протяжении от 3 до 9 лет размер кисты увеличился в 2 – 4 раза у 30 (31,6%) больных, то после 10 лет в 5 – 10 раз – в 11 (11,6%) случаях. Еще у 27 (28,4%) пациентов определялся быстрорастущий тип НКП, когда при динамическом ультразвуковом исследовании выявлялось резкое увеличение размеров кисты в 2 – 2,5 раза в течение 1 - 2 лет.

Результаты исследования

По результатам физикального обследования у 95 пациентов с крупными и гигантскими НКП гепатомегалия выявлена в 59 (62,1%) случаях, наличие кист при пальпации диагностировано в 21 (22,1%) наблюдении. Визуальное увеличение или асимметрия живота отмечены у 10 (10,5%) больных.

В качестве скринингового и уточняющего метода диагностики было выполнено комплексное ультразвуковое исследование печени, включающее УЗИ в В – режиме у 95 (100%) пациентов, цветное дуплексное сканирование у 32 (33,7%) больных и трехмерную ультразвуковую реконструкцию печени и сосудов в 10 (10,5%) случаях.

У 42 (44,2%) пациентов непаразитарные кисты были солитарными (одиночными), в 45 (47,4%) случаях – единичными и множественными, у 8 (8,4%) больных диагностирован поликистоз печени.

Распределение 105 кист, диагностированных у 95 пациентов, производилось в зависимости от их размеров и объема. Диаметр крупных НКП варьировал от 97 до 119 мм (ср. размер $105 \pm 7,5$ мм), гигантских НКП – от 120 до 260 мм (ср. размер 149 ± 33 мм) ($p < 0,05$). Объем кист составил от 400 до 999 мл (средний объем 600 ± 142 мл) и от 1000 до 5500 мл (средний объем 1721 ± 954 мл) соответственно ($p < 0,05$). Выявлено в ОГ – 39 и 24, в ГС (1) – 12 и 8, в ГС (2) – по 11 крупных и гигантских НКП соответственно. При этом у 53 (55,7%) больных были диагностированы изолированные крупные НКП, в 33 (34,7%) – изолированные гигантские НКП; сочетание обоих видов кист определялось у 9 (9,5%) больных.

В правой доле крупные и гигантские НКП локализовались у 69 (72,6%), в левой – у 21 (22,1%), в обеих долях – у 5 (5,3%) пациентов. Паравезикальное расположение кист отмечалось в 25 (26,3%) наблюдениях. Сопоставление эхографической картины локализации НКП с размерами и структурой паренхимы печени выявило увеличение размеров правой доли в среднем до $177 \pm 31,8$ мм, левой – $94,5 \pm 25$ мм на фоне диффузных изменений паренхимы печени в 59% наблюдений. При этом в 22 (21%) случаях кисты одним из своих полюсов в той или иной мере располагались подкапсульно, частично экзоорганно. При одиночных, медленно увеличивающихся НКП гипертрофия противоположной доли наблюдалась в 34 (81%) наблюдениях, из них левой доли – у 31, правой доли – у 3 больных. В 1 случае имелись признаки практически полной атрофии паренхимы правой доли на фоне множественных кист в обеих долях печени.

На основании сопоставления типа клинического течения заболевания с данными двухмерного сканирования в В – режиме и результатами морфологических

исследований содержимого кист у 95 больных были выделены 3 варианта ультразвуковой картины крупных и гигантских НКП.

При **первом УЗ-варианте** – 49 (51,6%) наблюдений – выявлялась классическая ультразвуковая картина НКП в сочетании во всех наблюдениях с неосложненным клиническим течением. Содержимое кист при аспирации было представлено прозрачной жидкостью водянистой консистенции, слегка желтоватого цвета. При цитологическом исследовании выявлено умеренное количество слизи, единичные эритроциты, нейтрофилы и клетки эпителия, выстилающего внутреннюю поверхность кист.

При **втором УЗ-варианте** – 26 (27,3%) случаев отмечалась: относительно неомогенная структура содержимого кист за счет наличия мелкодисперсной взвеси не образующей осадка, единичные или множественные тонкие пристеночные тяжи, локальные участки уплотнения стенок с наличием мелких точечных гиперэхогенных включений в ее структуре. Среди этих пациентов лишь у 2 (2,1%) больных диагностированы осложненные гигантские НКП: внутрикистозная жидкость сохраняла водянистую консистенцию, но имела непрозрачный бурый цвет. По данным цитологического исследования в ней были выявлены эритроциты в состоянии лизиса и деструкции, макрофаги, нагруженные гемосидерином, что позволило обосновано трактовать эти изменения как свершившееся кровоизлияние в полость кисты.

Третий УЗ-вариант – 20 (21,1%) наблюдений, характеризовался: неоднородной эхоструктурой содержимого кист за счет средне- и крупнодисперсной взвеси с образованием в 7 случаях нарастающего осадка с горизонтальным уровнем, наличия тяжей и перегородок, а также пристеночного фиксированного мягкотканого компонента, локальным утолщением оболочки кисты. Этот вариант во всех наблюдениях соответствовал осложненному течению крупных и гигантских НКП. Содержимое кист представляло собой непрозрачную жидкость различной степени вязкости от бурого, буро-зеленого до желто-серого цвета. В цитограмме определялось наличие кровяного и тканевого детрита, гемосидерофагов, клеток воспаления, а в 6 случаях – смешанной кокковой флоры, что подтверждено бактериологическим исследованием в 4 наблюдениях.

Таким образом, в отношении определения осложненных и неосложненных типов крупных и гигантских НКП, чувствительность ультразвукового метода исследования составила 90,9%, специфичность – 100%, общая точность – 97,9%.

Анализ результатов цветового дуплексного сканирования 96 печеночных вен (ПВ) у 32 пациентов показал, что в 40 (41,7%) наблюдениях кисты не контактировали с сосудами, в 16 (16,6%) – прилегали к стенкам ПВ без изменения их просвета и анатомического хода, в 36 (37,5%) – ПВ были смещены, в 4 (4,2%) – просвет ПВ не визуализировался из-за сдавления кистами. На основании качественной оценки формы спектра и количественного анализа пиковой скорости кровотока (ПСК) в печеночных венах было выделено 3 типа гемодинамики по ним.

I тип - 54 (56,2%) наблюдений – соответствовал варианту нормы: показатели ПСК до 0,4 м/с; трехфазный тип кровотока.

II тип – 30 (31,3%) наблюдений – соответствовал умеренной экстравазальной компрессии (ЭВК). Диапазон нормальных ПСК либо сочетался с двухфазным типом кровотока, либо повышение ПСК от 0,44 м/с до 1,2 м/с (ср. $0,9 \pm 0,3$ м/с) сочеталось с трехфазным типом кровотока.

III тип – 12 (12,5%) наблюдений – соответствовал гемодинамически значимым признакам ЭВК и проявлялся повышением ПСК от 0,5 м/с до 2 м/с (ср. $1 \pm 0,5$ м/с) в сочетании с регистрацией турбулентного характера кровотока, либо монофазного типа кровотока.

В зависимости от локализации кист II и III типы гемодинамики преобладали при правосторонней локализации кист ($n = 24$) по всем ПВ ($n = 72$) в 25 (34,7%) и в 11 (15,3%) случаях соответственно. При расположении кист в левой доле ($n = 8$) аналогичные гемодинамические нарушения регистрировались в 5 (31,2%) и 1 (6,3%) наблюдениях соответственно только по средней и левой ПВ ($n = 16$).

В нижней полой вене на печеночном сегменте ($n = 32$) в равном числе по 12 (37,5%) наблюдений регистрировались I и II типы, в 8 (25%) наблюдениях – III тип нарушений гемодинамики при правосторонней локализации кист. На подпеченочном сегменте НПВ ($n = 32$) регистрировался только II тип гемодинамики в 1 (3,1%) наблюдении также при расположении кисты в правой доле.

Изменение анатомического хода ветвей воротной вены (ВВ) без локальных изменений кровотока по ним отмечено в 2 наблюдениях, признаки гемодинамически значимой компрессии правой ветви ВВ зафиксированы – в 1 случае (ЛСК = 1,0 м/с). Локальное повышение ЛСК до 1,1 м/с по правой ветви печеночной артерии отмечен в 2 наблюдениях. У 2 больных с гигантскими НКП выявлено смещение аорты и ее ветвей.

При анализе ангиоархитектоники кист во всех 32 наблюдениях по данным цветового дуплексного сканирования кровеносные сосуды в оболочке, в структурах и перегородках кист не были выявлены.

Трехмерная ультразвуковая реконструкция у 10 (10,5%) пациентов позволила соотнести анатомическое расположение сосудов относительно кист печени в виде объемного изображения в 8 наблюдениях, что имело значение в планировании выбора трассы при чрескожном лечении под ультразвуковым контролем. В 2 случаях лимит УЗ-аппарата не позволил осуществить захват полного, необходимого для анализа, объема изображения. Во всех случаях получено более четкое изображение структурных особенностей, в частности внутреннего рельефа и содержимого кист. При этом полученные при трехмерной ультразвуковой реконструкции данные позволили исключить кисты паразитарного генеза и кистозные опухоли в 3 и 2 наблюдениях соответственно. В 2 случаях отмечены диагностические ошибки: ложноотрицательное заключение дано при интерпретации осложненного течения крупной НКП цистаденомой печени, ложноположительное (не вошедшее в общий анализ) о наличии непаразитарной кисты печени при выявлении в процессе выполнения чрескожного вмешательства УЗ – признаков молодой эхинококковой кисты при отрицательном результате серологического и цитологического исследований, подтвержденные при операции. Однако, проведение серологического исследования при солитарных крупных и гигантских НКП мы считаем обязательным компонентом диагностического алгоритма в дифференциальной диагностике паразитарного и непаразитарного генеза образования, что выполнено нами у 15 (35,7%) больных из числа пациентов с одиночными кистами.

Уровни опухолевых маркеров – СА 19-9, РЕА и альфа-1-фетопротейна определялись у 5 (5,3%) больных при подозрении на кистозное новообразование. Из них уровни СА 19-9 и РЕА оказались минимально повышенными на 1-2 единицы измерения выше нормы в 3 наблюдениях, что не внесло существенного вклада в дифференциальную диагностику при гигантских НКП, осложненных внутрипросветным кровоизлиянием.

У 52 (54,7%) пациентов проведено КТ исследование печени, в 96% с применением методики «болюсного усиления». Результаты исследования в 39 (75%) случаях были аналогичны данным УЗИ и подтверждали диагноз НКП. В 12 (23%) случаях при осложненных типах клинического течения крупных и гигантских НКП в дифференциально-диагностическом ряду указывались: эхинококкоз печени (8) и цистаденома печени (2), цистаденокарцинома (1), дермоидная киста печени (1).

По данным клинико-инструментального обследования у 74 (77,9%) пациентов диагностированы патологические изменения со стороны сердечно-сосудистой системы – ишемическая болезнь сердца (атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия напряжения I – II ФК), гипертоническая болезнь 2 и 3 ст. – в ОГ в 51 (53,7%), в ГС (1) и (2) – в 9 (9,5%) и 14 (14,7%) наблюдений соответственно. Наиболее тяжелые формы заболеваний отмечены в группе больных, подвергшихся чрескожному лечению – постинфарктный кардиосклероз в 6 наблюдениях, перенесенные ранее острые нарушения мозгового кровообращения у 2 больных.

Из 95 обследованных у 13 (13,7%) больных имелась хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, подтвержденная данным ЦДС сосудов вен нижних конечностей: среди пациентов ОГ у 8 пациентов, ГС (1) и (2) – в 3 и 2 наблюдениях соответственно. Выраженные нарушения показателей внешнего дыхания, связанные с сопутствующей патологией легких, а также осложненным течением гигантских НКП, были выявлены в 14 (14,7%) наблюдениях, подавляющее число которых – 13 (13,7%) отмечены у пациентов ОГ, а в ГС (2) у 1 (1,1%) больного. Поражения мочевыводящей системы - пиелонефрит (у 12 больных) и хроническая почечная недостаточность у больных поликистозной болезнью с сочетанным поражением почек (в 2 случаях) выявлены в 13 (13,7%) наблюдениях у пациентов ОГ, а в ГС (2) – в 1 (1,1%) случае.

Операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства в анамнезе отмечены у 43 (45,3%) пациентов: основной группы – в 31 (32,6%), групп сравнения (1 и 2) – в 5 (5,3%) и 7 (7,4%) наблюдениях соответственно. Из них у 6 (6,3%) пациентов имелись данные о ранее перенесенных открытых (2) и лапароскопических (4) вмешательствах по поводу непаразитарных кист печени.

Крупные и гигантские НКП в 100% случаев являются показанием к их лечению. Наличие других хирургических заболеваний органов брюшной полости или иных локализаций, требующих симультанного оперативного лечения, а также трудные в дифференциально-диагностическом отношении кисты явились показаниями к открытой хирургической операции у 20 пациентов с крупными и гигантскими НКП. В 14 (70%) случаях выполнена тотальная (5) и субтотальная (9) цистэктомия, в 6 (30%) – фенестрация кист (3) и анатомическая резекция печени (3).

Оптимальное для вмешательства расположение кист во II - IV, V и VI сегментах печени, сопутствующий хронический калькулезный холецистит, отсутствие выраженного спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных хирургических вмешательств, а также относительно молодой возраст

больных (ср. $55 \pm 14,3$ лет) при отсутствии у них тяжелых сопутствующих заболеваний, явились показаниями к лапароскопическим операциям в 20 наблюдениях. В 16 (80%) случаях выполнена лапароскопическая субтотальная цистэктомия, из них в 4 случаях с атипичной резекцией печени, в 4 (20%) – фенестрация кист.

Показаниями к чрескожному склерозирующему лечению 55 больных с крупными и гигантскими НКП любой локализации чаще всего служили: возраст старше 60 лет (ср. возраст 71 ± 6 лет), тяжесть сопутствующих заболеваний, наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных оперативных вмешательств и отказ пациента от других видов оперативного вмешательства при условии достоверной верификации непаразитарного и неопухолевого генеза образования. Во всех случаях миниинвазивное лечение являлось единственным и окончательным видом устранения данной патологии.

У больных после лапароскопических и открытых операций выполнялось гистологическое исследование иссеченных фрагментов стенок кист. При чрескожном лечении проводилось только цитологическое исследование содержимого. Диагноз истинной кисты печени морфологически подтвержден в 100% наблюдений.

Абсолютных противопоказаний для проведения чрескожных вмешательств (ЧКВ) - неподдающихся коррекции нарушения свертывающей системы, а также отсутствия безопасного пункционного доступа к кисте в наших наблюдениях не встретилось. Паравезикальное расположение кист, а также необходимость использования чресплеврального чрездиафрагмального доступа не являлось противопоказанием к чрескожной катетерной пункции под ультразвуковым контролем при лечении крупных и гигантских НКП.

Все чрескожные пункционно – катетерные вмешательства под ультразвуковым контролем производились на ультразвуковых приборах Logic – 400 Pro, фирмы «General Electric» (США), Aloka – 500, фирмы «Aloka» (Япония), с применением пункционных датчиков 3,5МГц или съемных направляющих адаптеров на соответствующие конвексные датчики 3,5 - 5МГц. Для проведения ЧКВ использовался специальный инструментарий:

1) иглы и дренажные катетеры фирмы «Cook» (Голландия): иглы Chiba 22 и 18 G, стилет-катетеры Huisman с самофиксирующимся кончиком типа «pig teil» калибра 7 – 12 Fr, катетеры модификации Dawson - Mueller с натяжным фиксатором кончика калибром 10,2 – 14 Fr;

- 2) дренирующие системы отечественного производства - фирма «МИТ» (малоинвазивные технологии) – УДПО (устройство для дренирования полостных образований) для дренирующих катетеров калибра от 7 до 12 Fr;
- 3) полиэтиленовые и тефлоновые калиброванные бужи;
- 4) гибкие прямые и J-образные металлические проводники различной длины калибром 0,032 – 0,038 дюйма.

У 49 (89,%) пациентов чрескожное катетерное дренирование кисты под ультразвуковым контролем выполнялось как одномоментное лечебно-диагностическое вмешательство (ЛДВ), в 6 (10,9%) случаях предварительно выполнялась тонкоигольная диагностическая аспирация содержимого кист, подтвердившая их непаразитарный характер, что явилось показанием к проведению чрескожного лечения.

В 11 (20%) наблюдениях после удаления дренирующих катетеров из полости кисты проведены чрескожные пункционные вмешательства вспомогательного типа: тонкоигольные лечебно-диагностические пункции в 10 наблюдениях и дополнительное катетерное дренирование – в 1 случае. У 2 (3,6%) пациентов с массивным поликистозом печени, пункционное одномоментное тонкоигольное вмешательство осуществлено как попытка чрескожного лечения кист крупного размера, однако его явно недостаточная эффективность заставила перейти на пункционно - катетерное лечение. В 2 (3,6%) наблюдениях после чрескожного склерозирующего лечения осложненных гигантских НКП с первичным объемом – 3800 и 5500 мл, стабильная ультразвуковая картина редуцированных и не увеличивающихся в размерах остаточных полостей равных половинному исходному размеру кист при наблюдении в течение 6 мес. послужила показанием для этапного ЧСП с дополнительным циклом склерозирующего лечения.

У 17 (31%) больных, одновременно с лечением крупных и гигантских НКП осуществлялось чрескожное склерозирующее лечение кист меньшего размера от 40 до 80 мм. Из них в 10 случаях устранению подверглось от 2 до 5 и более кист указанных размеров. **Все виды ЧКВ проводились в условиях местной анестезии.**

Условиями выполнения и задачами применения методики чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП являлись:

- 1) кратчайший безопасный пункционный доступ;
- 2) равномерное воздействие адекватной концентрации склерозанта на оболочку кисты;

- 3) создание условий для свободного оттока жидкости из полости кисты;
- 4) ежедневный ультразвуковой мониторинг с оценкой полноты оттока жидкой части и степени выполнения полости кисты фибрином;
- 5) профилактика инфицирования дренируемой полости кисты;
- 6) своевременное завершение катетерного лечения;
- 7) при необходимости применение вспомогательных чрескожных ЛДП;
- 8) клиническая и ультразвуковая оценка результатов лечения в динамике.

Выбор пункционного доступа осуществлялся до начала выполнения инвазивного вмешательства и определялся следующими параметрами: локализацией кисты, кратчайшим путем до объекта, предпочтительно через прикрывающий его участок паренхимы печени, а также отсутствием на пункционной трассе магистральных сосудисто - протоковых структур и легочной паренхимы.

Распределение пункционных доступов и их сочетаний в зависимости от локализации 63 крупных и гигантских НКП диагностированных у 55 пациентов основной группы приведено в таблице 3.

Однокатетерное дренирование применялось в 28 (44,4%) наблюдениях – только при неосложненных крупных НКП. Двухкатетерное дренирование – в 35 (55,6%) случаях, из них – при крупных неосложненных (5), осложненных (6) и всех гигантских (24) НКП. Выбор типа и калибра используемых катетеров определялся индивидуально в каждом конкретном наблюдении.

Таблица 3

Распределение пункционных доступов при различной локализации крупных и гигантских НКП

Вид дренирования	Доступы и их сочетания	Сегменты печени	Число наблюдений	%
ОДНОКАТЕТЕРНОЕ	эпигастральный	II, III, IV	8	28,4
		VIII	1	3,6
	правый подреберный	V, VI	5	17,8
		VII	2	7,2
		VIII	1	3,6
	правый межреберный	VI	1	3,6
		VII	8	28,6
		VIII	2	7,2
ИТОГО:			28	100
ДВУХКАТЕТЕРНОЕ	эпигастральный	III, IV	1	2,8
	правый подреберный	IV	5	14,3
		VIII	2	5,7
	эпигастральный	VII	3	8,6
	правый межреберный	VIII	1	5,7

правый подреберный	V	5	14,3
правый межреберный	VI	3	8,6
	VII	15	40
ИТОГО:		35	100

Необходимыми условиями при проведении чрескатетерной склерозирующей алкоголизации кист являлись:

а) полное опорожнение полости кисты;

б) отсутствие признаков сообщения полостей кист с билиарным трактом (по данным УЗИ, визуальной оценке содержимого, данных биохимического исследования и рентгенконтрастной чрескатетерной цистографии).

В 16 (29,1%) наблюдениях при чрескожном лечении осложненных крупных и гигантских НКП до начала склерозирующей терапии обязательным являлось проведение saniрующего этапа лечения. В условиях отсутствия визуально и бактериологически определяемого инфицирования содержимого кист у 14 пациентов ежедневно производилось фракционное промывание полостей кист физиологическим раствором с добавлением раствора антисептика (диоксидин) 1:10 с последующим заключительным введением в полость кисты 10 мл 0,5% или 1% раствора диоксида или 160 – 320 мг гентамицина с экспозицией в течение 1 часа с последующим подключением дренирующих катетеров на пассивный или активный отток. У 2 больных с нагноением гигантских кист потребовалось применение проточно-промывной методики их санации, из них в 1 случае одновременно в сочетании с активным проточным промыванием правой плевральной полости по поводу ее цистогенной эмпиемы. В лечении этих пациентов обязательным, помимо местного, являлось назначение рациональной антибактериальной терапии с включением препаратов метронидазолового ряда.

Наличие признаков свершившегося кровоизлияния и нагноения в полости кисты не являлось противопоказанием к алкоголизации. После завершения санации полостей кист, при отсутствии подозрений на желчеистечение в их просвет, проводился склерозирующий этап лечения. Требовалось от 1-го до 5-ти, в среднем – 3 сеанса алкоголизации. Оценка адекватности функции дренажа и необходимость коррекционных вмешательств определялось УЗИ по тем же критериям, что и при неосложненных кистах.

В качестве склерозанта нами использовался 96% этанол, принадлежащий к естественным биохимическим метаболитам организма человека и обладающий дезинфицирующими, дегидратирующими и коагулирующими свойствами. Побочные

эффекты, но не осложнения, при чрескатетерном склерозирующем лечении отмечены: у 5 (9,1%) пациентов боль при введении этанола в полости субкапсулярных кист, что успешно предотвращалось введением в полость кисты, в зависимости от ее объема, 2 – 4,0 мл 10% раствора лидокаина; у 27 (49,1%) пациентов транзиторная субфебрильная лихорадка, не требовавшая специального лечения. Появление ультразвуковых признаков отека стенки желчного пузыря и набухание его слизистой оболочки в 2 (3,6%) наблюдениях послужило показанием к прекращению алкоголизации, чрескатетерному введению в полость кисты антисептиков (диоксидин) и назначению спазмолитических препаратов. Дренирующий катетер при этом сохраняли до стабилизации клинического состояния и нормализации ультразвуковой картины стенки желчного пузыря – 2 - 3 дня.

Разведение и удаление путем промывания дробными порциями 96% этанола не подвергшейся одномоментной аспирации остаточной жидкости в сочетании с максимальной аспирацией из кисты воздуха, создавало наиболее благоприятные условия для равномерного контакта концентрированного склерозанта с эпителием и последующего его отторжения. Важным условием для полноценного девитализирующего действия 96% этанола на эпителиальную выстилку являлось время экспозиции склерозанта в полости кисты, что стандартно составило в наших наблюдениях 2 часа.

Среднее количество сеансов склерозирующей терапии при крупных и гигантских НПК составило в среднем 6 ± 3 . Объем вводимого в кисту этанола не превышал 70 мл или 1,5 - 5% от исходно аспирированного объема кист.

Развивающееся асептическое воспаление стенок кисты в виде ответной продукции оттекающего по катетеру экссудата с высоким уровнем белка (10 - 20 кратное увеличение по сравнению с исходной концентрацией) ведет к постепенному исчезновению жидкости и накоплению фибринозного компонента в виде тяжелой (фибринизация содержимого), который в дальнейшем уплотнялся и становился субстратом для «склеивания» стенок полости кисты с последующим ее рубцеванием.

Выраженность фибринозного компонента, наличие или отсутствие жидкостного компонента в полости кисты, характер и количество отделяемого в совокупности с клиническими признаками служили критерием для:

- продолжения лечения;
- дополнительной пункционной или катетерной коррекции оттока жидкости из полости дренируемой кисты;

- окончания чрескатетерной алкоголизации или санации полости кисты.

Показаниями к удалению дренирующего катетера служили следующие показатели.

- ✓ Полное отсутствие отделяемого или выделение по дренажу не более 30,0 мл за сутки прозрачной жидкости с возможной примесью хлопьев фибрина.
- ✓ Отсутствие клинической симптоматики инфицированности кисты.
- ✓ Ультразвуковые признаки отсутствия задержки жидкости или наличие минимальных жидкостных включений, не превышающих 10 - 20% от объема остаточной полости кисты.

Данные о средних сроках чрескожного дренирования и длительности послеоперационного периода после лапароскопических и открытых хирургических видах лечения с указанием показателя достоверности представлены в таблице 4.

Таблица 4

Сравнительный анализ сроков лечения крупных и гигантских НКП

Типы клинического течения заболевания	Категории кист		Показатель достоверности между I и II
	I - крупных	II - гигантских	
	Средние сроки чрескожного дренирования		
1 - неосложненных НКП:	7,3 ± 3 (n = 33)	11 ± 2,7 (n = 14)	p<0,05
2 - осложненных НКП:	10,4 ± 7 (n = 6)	18,4 ± 7 (n = 10)	p<0,05
Показатель достоверности между группами сравнения 1 и 2	p>0,05	p<0,05	
	Средний койко-день после: лапароскопического лечения		
3 - неосложненных НКП:	8,4 ± 2,7 (n = 12)	18,2 ± 4,9 (n = 7)	p<0,05
4 - осложненных НКП:	-	29 (n = 1)	
	открытых оперативных вмешательств		
5 - неосложненных НКП:	10,4 ± 5,5 (n = 9)	28 ± 17,5 (n = 8)	p<0,05
6 - осложненных НКП:	16,8 ± 1,7 (n = 2)	32 ± 20 (n = 3)	p>0,05
Показатель достоверности между группами сравнения 1, 3 и 5; 4 и 6	p<0,05	p>0,05	

Сравнительный анализ сроков лечения при чрескожных, лапароскопических и открытых хирургических вмешательствах позволил выявить статистически достоверное уменьшение средних сроков чрескожного дренирования крупных НКП по отношению к гигантским, а также сокращение длительности миниинвазивного лечения по сравнению с открытыми оперативным и лапароскопическими вмешательствами при сравнимых крупных НКП. Отсутствие достоверности в уменьшении сроков различных видов лечения при гигантских размерах кист

обусловлена, как тяжестью клинического течения до начала лечения, так и осложнениями, возникающими в послеоперационном периоде.

Специфические осложнения при любых видах инвазивного лечения непаразитарных кист печени практически неизбежны. Нами они разделены по степени тяжести на **легкие, средней тяжести и тяжелые**, и, в зависимости от вида хирургического лечения, представлены в таблице 5.

Таблица 5

Виды осложнений при различных видах хирургического лечения крупных и гигантских НКП

Категория осложнений	Вид осложнения	Число осложнений			Способ лечения
		ОГ	ГС(1)	ГС(2)	
Легкой степени тяжести	Осложнения со стороны мягких тканей:				
	- нагноение п/о раны	-	-	1	открытая санация
	- формирование парадренажного инфильтрата	1	1	-	мазовые компрессы
	Правосторонний гидроторакс:	2	1	1	наблюдение
	- незначительный	1	-	-	инфильтрационная анестезия
	Межреберная невралгия	2	-	-	консервативное лечение
	Отек стенок желчного пузыря	-	1	-	наблюдение
	Разрешающиеся ЖС остаточной полости кисты	1	-	1	пункционное ЛДВ под контролем УЗИ
	Инфицированные: ЖС мягких тканей	2		1	плевральная пункция
	Правосторонний гидроторакс:	2		1	плевральная пункция
Средней степени тяжести	- умеренный	2		1	плевральная пункция
	- рецидивирующий				катетерное ЛДВ
	Парадренажный абсцесс	1			
	Жидкостные скопления:				
	- в подпеченочном пространстве	2	-	2	пункционное ЛДВ
	- в поддиафрагмальном пространстве	1	-	-	пункционное ЛДВ
	- в поддиафрагмальном пространстве	-	2	1	пункционное ЛДВ
	- в остаточной полости кисты (гематома, нагноение)	-	1	-	катетерное ЛДВ
	- формирование биломы	-	1	1	катетерное ЛДВ
	Кровоизлияние в полость кисты с развитием ее гемотампонады:	1			гемостатическая терапия:
Тяжелые	- частичной	1	-	-	чрескатетерная санация с удалением сгустков и лизированной части гематомы
	- тотальной				релапаротомия
	Внутрибрюшное кровотечение	-	-	2	

Число осложнений/числу больных, (%)	17/55 (30,9%)	7/20 (35%)	10/20 (50%)
-------------------------------------	------------------	---------------	----------------

К **легким** были отнесены **осложнения**, не требовавшие специального лечения, характеризовались локальностью изменений и разрешались на фоне применения местной терапии или самостоятельно. **Осложнения средней тяжести** характеризовались ограниченностью процесса, не требовали открытого или повторного хирургического вмешательства, но возникала необходимость в проведении специального лечения – выполнения пункционных и/или катетерных чрескожных ЛДВ под ультразвуковым контролем. **Осложнения**, угрожавшие жизни и/или требующие открытого хирургического вмешательства в условиях общей анестезии были отнесены к категории **тяжелых**.

Сравнительный анализ осложнений по степени тяжести показал, что осложнения после чрескожного склерозирующего лечения наблюдались у 17 (30,9%), после лапароскопического лечения – у 7 (35%) и после открытой операции – у 10 (50%) пациентов. Осложнения легкой степени тяжести отмечены при указанных вмешательствах в 10,9%, 15% и 35%, а осложнения средней степени тяжести - в 20%, 20% и 35% наблюдений соответственно. Тяжелые осложнения – кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде – наблюдались только после открытых хирургических вмешательств в 2 (10%) наблюдениях и потребовали выполнения экстренной релапаротомии.

Необходимость выполнения чрескожных пункционных и пункционно – катетерных вмешательств вспомогательного типа по поводу инфицированных остаточных полостей кист в ближайшем послеоперационном периоде после лапароскопического и открытого хирургического лечения возникла в 4 (20%) и 5 (25%) наблюдениях соответственно. Открытое повторное хирургическое вмешательство в этих случаях не проводилось. Летальных исходов ни при одном анализируемом способе лечения крупных и гигантских НКП не было.

Результаты чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских НКП, проведенного под ультразвуковым контролем, прослежены у больных по данным клинического и динамического ультразвукового наблюдения на сроках 2, 4, 6 месяцев – ближайшие, и более года – отдаленные – у 55 (100%) больных.

У 49 (**89,1%**) больных с солитарными, единичными и множественными непаразитарными кистами печени результаты лечения расценены как **отличные**. В 6 (**10,9%**) наблюдениях при наличии крупных и гигантских НКП на фоне поликистоза

печени – результаты лечения оценены как **хорошие**. **Рецидивов и неудовлетворительных результатов не было.**

ВЫВОДЫ

1. Комплексное ультразвуковое исследование с точностью **97,9%** позволяет диагностировать тип крупных и гигантских непаразитарных кист печени, проводить анализ их влияния на регионарную гемодинамику, что, наряду с использованием трехмерной реконструкции изображения, способствует оптимизации выбора лечебной тактики и повышает безопасность выполнения чрескожного склерозирующего лечения под ультразвуковым контролем.
2. Чрескожному склерозирующему лечению в условиях местной анестезии под ультразвуковым контролем могут подлежать как неосложненные, так и осложненные крупные и гигантские НКП вне зависимости от локализации и множественности поражения печени с возможностью его этапного применения. Противопоказанием к чрескожному лечению являются трудные в дифференциально-диагностическом отношении кисты, и в меньшей степени - необходимость выполнения сочетанных вмешательств на других органах брюшной полости.
3. Средние сроки чрескожного склерозирующего лечения крупных НКП (диаметром 97 – 119 мм, объемом 400 - 999 мл) составляют при неосложненном течении **$7,3 \pm 3$** дней, при осложненном – **$10,4 \pm 7$** дня, гигантских неосложненных НКП (диаметром 120 - 260 мм, объемом 1000 мл и более) – **$11 \pm 2,7$** дней, осложненных – **$18,4 \pm 7$** дней соответственно, что достоверно ($p < 0,05$) не превышает продолжительности послеоперационного периода лапароскопического и хирургического способов лечения.
4. Осложнения при чрескожном склерозирующем лечении, выявленные в 30,9% наших наблюдений, реже таковых при лапароскопическом – 35% и открытом оперативном – 50% лечении соответственно. Из них осложнения легкой степени тяжести при ЧСЛ составили – 10,9%, средней – 20% при отсутствии тяжелых осложнений и летальных исходов.
5. В отдаленные сроки наблюдения отличные результаты ЧСЛ получены у 89,1% больных, хорошие – в 10,9% случаев. Рецидивов кист или развития новообразований на их месте и в одном наблюдении не было отмечено.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В целях дифференциальной диагностики, оценки состояния регионарной гемодинамики, определения возможности и безопасности планируемого чрескожного пункционно - катетерного лечения непаразитарных кист печени, до начала его выполнения рекомендуется проведение комплексного ультразвукового исследования печени, включающее УЗИ в В – режиме, цветное дуплексное сканирование и трехмерную ультразвуковую реконструкцию печени.
2. Необходимо полноценное клиничко – инструментальное обследование пациентов с крупными и гигантскими НКП с целью выявления сопутствующих заболеваний, что в значительной мере определяет выбор метода хирургического лечения.
3. Серологическое исследование на эхинококкоз следует считать обязательным компонентом диагностического алгоритма при выявлении солитарных крупных и гигантских НКП.
4. Асимптомные кисты среднего размера (5 – 7 см), с тенденцией к быстрому росту, определяемому по данным динамического ультразвукового наблюдения, а также крупные НКП должны подвергаться чрескожному склерозирующему лечению под ультразвуковым контролем, при отсутствии показаний к другим методам их лечения, до развития выраженных клинических проявлений, а также в целях профилактики возможных осложнений.
5. При неосложненных крупных НКП допустимо однокатетерное чрескожное дренирование. При осложненных и всех видах гигантских НКП целесообразно применение двухкатетерного дренирования.
6. Оптимальный доступ для чрескожного катетерного дренирования выбирается по принципу максимально короткой пункционной трассы, минуя зоны сосудисто - протоковых структур и, желательно, через прикрывающий кисту бессосудистый слой паренхимы печени.
7. При чрескожном лечении одиночных НКП необходимо учитывать возможный паразитарный их генез, в связи с чем необходимо иметь средства для чрескатетерной или чрезигольной сколецидной обработки полости эхинококковой кисты.
8. При выполнении чрескожного лечения забор материала содержимого кисты для цитологического а, при необходимости, бактериологического и биохимического исследования, следует считать обязательным.
9. В целях профилактики миграции дренирующего катетера из полости кисты наружу погружение его осуществляется на максимальную глубину с надежной фиксацией к коже. С этой целью желательно использование катетеров с фиксатором

кончика типа «pigtail». При развитии кровотечения в замкнутую полость кисты в процессе интервенционного этапа рекомендуется использовать местную консервативную гемостатическую терапию: чрескатетерное введение 1 – 2 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида, ϵ -аминокапроновой кислоты, 96% этанола.

10. В целях получения оптимального склерозирующего эффекта рекомендуется использовать 96% этанол для максимального удаления остаточной внутрикистозной жидкости, что позволяет повысить лечебную концентрацию склерозанта до эффективного уровня.

11. До начала этапа склерозирующей алкоголизации осложненных крупных и гигантских НКП рекомендуется проведение санационного этапа с подтверждением эффективности его данными необходимых лабораторных исследований.

12. Критериями прекращения катетеризации кисты печени являются: клинические данные, уменьшение количества отделяемого по дренажу до 10 – 30 мл при нормальной температуре тела и отсутствии УЗ-признаков нарушения оттока жидкости из остаточной полости.

13. Выявление в процессе чрескожного склерозирующего лечения УЗ – признаков наличия свободной жидкости или ограниченных жидкостных скоплений в брюшной и/или плевральных полостях, должно быть показанием для выполнения лечебно-диагностических пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. О.И. Жаворонкова. Ретроспективный анализ результатов чрескожного склерозирующего лечения гигантских непаразитарных кист печени // Материалы научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН. М: ООО «ВК», 2005. - С. 58.
2. О.И. Жаворонкова. Оценка чрескожного склерозирующего лечения крупных и гигантских непаразитарных кист печени // Материалы Международного молодежного медицинского конгресса «Санкт-Петербургские чтения». СПб., 2005. - С.79-80.
3. А.В. Гаврилин, Т.В. Журенкова, Э.Н. Чебышева, Г.И. Кунцевич, О.И. Жаворонкова. Роль комплексного ультразвукового исследования при непаразитарных кистах печени// Сборник: Современное состояние методов неинвазивной диагностики в медицине. Сочи, 2006. - С.30-32.
4. О.И. Жаворонкова. Миниинвазивное лечение при осложненном течении непаразитарных кист печени // Анналы Хирургической гепатологии - 2006. - Т. 11. - № 3. -С.241-242.

5. А.В. Гаврилин, Г.И. Кунцевич, О.И. Жаворонкова, Т.В. Журенкова, Э.Н. Чебышева. Роль высокотехнологичных ультразвуковых методов исследования в диагностике крупных и гигантских непаразитарных кист печени// АЛЪМАНАХ Института хирургии имени А.В. Вишневского. Материалы первой научно-практической конференции: «Высокотехнологичные методы диагностики и лечения в абдоминальной хирургии – проблемы визуализации». М., - 2006. - С.35-37.
6. О.И. Жаворонкова. Лечение непаразитарных кист печени более 10 см в диаметре (обзор литературы)//Анналы Хирургической гепатологии. - 2007. - Т.12. - № 2. - С.107-112.