

*Ниязов Б.С., Байгазаков А.Т., Ниязова С.Б.*

**СПОСОБ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПУНКЦИИ КИСТЫ ОРГАНОВ  
БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА**

*Niazov B.S., Baigazakov A.T., Niazova S.B.*

**THE METHOD OF VIDEOLAPAROSCOPIC PUNCTURE OF CYSTS  
OF ABDOMINAL AND PELVIC ORGANS**

УДК:616/96.22

*В работе представлены результаты клинической апробации разработанного способа видеолaparоскопической пункции кистозных образований печени и яичников у 16 больных. Анализ результатов позволяет считать целесообразным применение в широкой клинической практике разработанного способа видеолaparоскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза.*

*In this article the results of clinical approbation of the developed method of videolaparoscopic puncture of cysts of the liver and ovaries in 16 patients are presented. Analysis of the results suggests expedient application in clinical practice of the developed method of videolaparoscopic puncture cysts of the abdominal and pelvic organs.*

**Актуальность**

Внедрение новых достижений науки в медицинскую практику позволили на протяжении последних десятилетий в корне пересмотреть традиционные позиции лечения хирургических больных. В настоящее время лапароскопическая хирургия получила всемирное признание. В развитых странах количество оперативных вмешательств, выполненных эндоскопическим доступом, стремительно растет, и разрабатываются все новые инновационные методы лечения с помощью эндовидеохирургической технологии.

Применение лапароскопической методики лечения кистозных образований органов брюшной полости и малого таза, в частности печени и яичников, вызвано тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой, развитием выраженного послеоперационного спаечного процесса, большим процентом послеоперационных осложнений, длительной реабилитацией больных и т.д [1-6]. Дискуссионным в лапароскопическом лечении кистозных образований является вопрос о безопасной эвакуации содержимого кисты и ее удалении из органа (печень, яичники) [2, 5, 7]. Желание по возможности изолировать кисту, предупредить истечение жидкости и исключить контакт с органами и тканями брюшной полости и малого таза привело к созданию ряда устройств и инструментов для удаления содержимого кистозных образований. В лапароскопической хирургии эхинококкоза печени на протяжении десятилетий изобретались всевозможные устройства для пункции эхинококковых кист, их антипаразитарной обработки и удаления элементов кисты. W. Massoud [6] первым предложил устройство – аспиратор в виде двух

коаксиальных трубок для «двойной защиты» от подтекания эхинококковой жидкости. В 1996 г. A.Saglam [7] сообщил о разработке оригинального запатентованного устройства «perforator-grinder-aspirator», который по типу электродреши перфорирует стенку кисты и под отрицательным давлением осуществляется аспирация содержимого кисты путем ее размельчения. Z. Al-Shareef и соавт. [5] удаляли содержимое эхинококковых кист с помощью устройства для липосакции. М.А. Алиев с соавт. [1] разработали и внедрили специальный перфоратор-эвакуатор, являющийся модифицированным вариантом пункционной иглы. А.И. Хамидов с соавт. [4] и Р.Б. Алиханов с соавт [2] разработали и применили на практике различные варианты троакар-присосок.

В отношении кистозных поражений яичников в доступной нам литературе мы нашли только одно сообщение о разработке эндоскопического инструмента, позволяющего при пункции кисты избежать излития ее содержимого в брюшную полость [3]. Результат достигается за счет плотного прижатия капсулы кисты 3 лапками к пункционной игле, проходящей в центре инструмента. Оставшееся точечное отверстие может быть расширено до 1 см с целью введения лапароскопа и осмотра внутренней поверхности образования – овариоцистоскопия.

Вышеприведенные способы лапароскопической пункции методологически сложны, широко не распространены, трудно приобретаемы, а клиническая эффективность их еще изучается. В связи с этим актуален поиск более эффективных, методологически простых и экономически выгодных способов лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза.

**Цель работы:** оценка эффективности разработанного способа лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза.

**Материал и методы**

Данное сообщение основано на апробации разработанного способа лапароскопической пункции кисты (подана заявка на изобретение в Кыргыз Патент). Методика заключается в следующем. После наложения пневмоперитонеума и обзорной лапароскопии кисту тщательно изолируем 4-5 марлевыми салфетками, проведенными в брюшную полость через 10-мм троакар. На наиболее выступающую поверхность стенки кисты пораженного органа

(печень, яичник) прикладываем гемостатическую пластину «Тахокомб» размером 4.8×4.8×0.5 см, которую предварительно проводим в брюшную полость через 10-мм троакар, свернув в виде «сигары». «Тахокомб» - гемостатический препарат для местного применения, который состоит из коллагеновой губки, покрытой с одной стороны компонентами фибринового клея (высококонцентрированного фибриногена и тромбина), способствующего свертыванию крови. Сторону, покрытую факторами свертывания и помеченную желтым цветом, следует наложить на раневую поверхность и прижимать в течение 3-5 мин. После адгезии «Тахокомба» проводим пункцию кисты лапароскопической пункционной иглой, который представляет собой металлическую трубку внешним диаметром 5 мм, внутри которой проходит игла с усеченным острым кончиком, имеющий пружинно-фиксирующий механизм на наружной рабочей части. Пункция осуществляется через центр гемостатической пластины «Тахокомб». После пункции через пункционную иглу эвакуируем содержимое кисты обычными 10-20 мл стерильными шприцами. Затем после полного извлечения кистозной жидкости с целью обеззараживания до вскрытия кисты в полость вводим нагретый до 30 градусов 0,02% антисептический препарат «Декасан» в количестве, необходимой для заполнения полости кисты до 2/3 объема с экспозицией 5-15 минут. После герметичной обработки полости кисты обратно отсасываем раствор «Декасана», пункционную иглу извлекаем и приступаем к удалению кисты – кистэктомии лапароскопическим методом.

С целью демонстрации приводим одно из клинических наблюдений.

*Большая Т.Г.А., 1983 г.р., № истории болезни 240, госпитализирована 24.11.2013г. с диагнозом «Нагноившаяся эхинококковая киста правой доли печени».*

*Анамнез болезни:* в течение последних 2-3 месяцев отмечает тяжесть и тупые боли в правом подреберье. Больная обратилась в клинику, прошла УЗИ, МРТ брюшной полости, лабораторные исследования и госпитализирована в плановом порядке для хирургического лечения. *Анамнез жизни:* популяция А. Инфекционные заболевания отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, простудные заболевания, в 2009 г. - аппендэктомия. *Объективный статус:* общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Положение активное. Телосложение - нормостеническое. Общий кожный покров обычной окраски. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД при поступлении 110/70 мм.рт.ст. Пульс 80 уд в мин. *Локальный статус:* язык влажный, чистый. Живот правильной формы, в правой подвздошной области имеется послеоперационный рубец. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомов

*раздражения брюшины нет. Печень увеличена, эластической консистенции. Стул регулярный. Мочеиспускание не нарушено.*

Результаты обследования:

*Общеклинические и биохимические анализы в пределах нормальных значений. Антитела Ig G на эхинококкоз – положительный. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 86 уд в мин., горизонтальное положение ЭОС. Р-графия органов грудной клетки: очагово-инфильтративной патологии не выявлено. МРТ: данные за гигантскую кисту правой доли печени. УЗИ: кистозное образование правой доли печени, викарная гепатомегалия левой доли печени.*

*25.11.2013 г. произведена операция лапароскопическая эхинококкэктомия, дренирование остаточной полости. Ход операции: после обработки операционного поля через разрез в umbilical области в брюшную полость проведен 10-мм троакар и создан пневмоперитонеум в режиме 12 мм.рт.ст. Ревизия: в брюшной полости патологической жидкости не обнаружено. Желудок и кишечник б/о. Печень увеличена обеими долями, в непораженных участках обычного цвета, края ее округлые. Левая доли печени увеличена компенсаторно, в правой доле печени в проекции 6-7-8 сегментов имеется кистозное образование больших размеров (13x15 см). Указанные сегменты полностью замещены кистозным образованием, которое выходит из печени наружу, диафрагмальная ее поверхность плотно была припаяна к диафрагме. Желчный пузырь не увеличен, обычного цвета, продолговатой формы. Установлены два 10-мм троакара в эпигастрии и справа от пупка на 4-5 см и один 5-мм троакара по срединной линии между эпигастральным и пупочным троакарами. Эндоножницей киста освобождена от диафрагмы. Произведена пункция капсулы кисты пункционной иглой через предварительно адгезированную гемостатическую пластину Тахокомб. Содержимое полностью эвакуировано, оно было белесовато-серого цвета с множественными мелкими пузырьками. В остаточную полость введен нагретый до 30 градусов 0,02% раствор «Декасан» с экспозицией 10 минут. Затем после отсасывания раствора остаточная полость неоднократно санирована раствором декасана до чистых вод. Затем через пункционное отверстие в остаточную полость введен лапароскоп для осмотра на наличие желчных свищей. При осмотре полости желчных свищей не обнаружено, задняя стенка кисты интимно прилегала к нижней полой вене. После полного промывания остаточной полости капсула кисты в пределах здоровых тканей на передней стенке иссечена. Первый фрагмент был подвержен на срочный гистоанализ: злокачественного роста нет, нагноившаяся киста. Оставлена стенка кисты, которая интимно была спаяна с диафрагмой, нижней полой веной. Контроль гемостаза. В остаточную полость через боковые правые*

троакары подведены 2 толстых дренажа и резиновый выпускник. Десуфляция. Послойные швы на рану. Асептическая повязка. Каких-либо специфических интра- и послеоперационных осложнений не было.

*Гистологическое исследование № 559-11-26:* стенка эхинококковой кисты с прилегающей тканью печени с картиной диффузного гепатита, диффузная воспалительная инфльтрация с прорывом пограничной пластинки (паразитарный цирроз), хитиновая оболочка, злокачественного роста нет.

*УЗИ от 27.11.13г.:* состояние после эхинококкэктомии, викарная гепатомегалия левой доли печени. Дренажи удалены на 2-3 сутки после операции. 29.11.2013г. (на 4 сутки) больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Разработанный способ лапароскопической пункции кистозных образований применен нами в клинике у 16 больных (эхинококковая киста печени – 6, непаразитарная киста печени – 3, муцинозная цистаденома правого яичника – 4, эндометриоидная киста левого яичника - 3).

#### Результаты и обсуждение

Во всех случаях был получен благоприятный результат. В эндовидеохирургическом лечении кистозных образований печени и яичников очень важно предотвратить подтекание жидкостного содержимого в свободную брюшную полость и малый таз во избежание диссеминации и рецидива патологического процесса (эхинококкоз, эндометриоз, инфицированная кистозная жидкость, раковые клетки и др.). На наш взгляд разработанный способ технически прост в исполнении, не требует дорогостоящего оборудования и с успехом может быть применен в лапароскопическом лечении кистозных образований органов брюшной полости и малого таза (эхинококковые кисты, непаразитарные

кисты печени, эндометриоидные, муцинозные, дермоидные).

#### Вывод

Таким образом, применение разработанного способа лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза оптимизирует технологию и улучшает результаты лапароскопической операции, приводит к выздоровлению больных, улучшает качество их жизни, возвращает к полноценной жизни и труду. Полученные результаты позволяют считать целесообразным применение в широкой клинической практике разработанного способа лапароскопической пункции кистозных образований органов брюшной полости и малого таза.

#### Литература

1. Алиев М.А., Мяммадов М.М., Сейсембайев М.А. в башг. Гараййярин паразитар кисталары заманы эндовидеоскопик техниканын тятбиги. VI Бейнялхалг Аврасийа вь Азярвайъан гастроентеролог вь ьярращларын Конгресинин материаллары. - Баки, 2003.- С. 49.
2. Алиханов Р.Б., Емельянов С.И., Хамидов М.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов. Анналы хирургической гепатологии, 2007. – Т. 12. - № 4. – С. 7-10.
3. Пучков К.В., Политова А.К. Лапароскопические операции в гинекологии, - М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2005, - С. 46-47.
4. Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Исаев М.Н. Устройство для лапароскопической пункции эхинококковых кист печени. Патент RU 2159088. Электронный ресурс: <http://www.findpatent.ru/patent/215/2159088.html>.
5. Al-Shareef Z., Hamour O.A., Al-Shlash S. et al. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts with a liposuction device. JSLS, 2002. - V. 6. - N 4. - P. 327-330.
6. Massoud W.Z. Laparoscopic excision of a single hepatic hydatid cyst. Int Surg, 1996. – V. 81. – N. 1. – P. 9-13.
7. Saglam A. Laparoscopic treatment of liver hydatid cysts. Surg Laparosc Endosc, 1996. – V. 6. - N 1. – P. 16-21.

Рецензент: д.м.н., профессор Белеков Ж.О.