

УДК 616.36.-003.4-089.81

Давронов Зухритдин Зиётдин угли, магистр.,

Якубов Нодирбек Илхомжон угли, старший преподаватель.,

Расулова Муниса Мирмуслимовна, доцент.

Андижанский государственный медицинский институт

Ташкентский институт усовершенствования врачей

ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КИСТ ПЕЧЕНИ

Резюме: На основании данных морфологического исследования операционного материала оценивалась чувствительность ультразвукографии в дооперационном периоде у 82 пациентов с опухолями печени разной этиологии.

Чувствительность УЗИ при диагностике гепатоцеллюлярного рака составляет 95%, метастатического поражения – 86%, гемангиом печени – 98%, аденом печени – 94%. Особенности внутривенной гемодинамики, определяемые при доплерографии, позволяют дифференцировать злокачественные и доброкачественные формы очагового поражения печени.

Главным признаком, характеризующим злокачественный характер поражения, является увеличение диаметра общей печеночной артерии и объемной скорости кровотока по ней. Характер кровотока, как в ткани опухоли, так и в перифокальной зоне, чаще всего имеет обычные характеристики, не позволяющие судить о происхождении опухоли.

Ключевые слова: опухоль печени, ультразвукография, доплерография.

Davronov Zukhritdin Zieitdin ugli, master.,

Yakubov Nodirbek Ilkhomjon ugli, senior lecturer.,

Rasulova Munisa Mirmuslimovna, associate professor.

Andijan State Medical Institute

Tashkent Institute of Advanced Medical Training

POSSIBILITIES OF COMPLEX ULTRASOUND DIAGNOSTICS OF LIVER CYSTS

Resume: Based on the data of morphological examination of the surgical material, the sensitivity of ultrasonography in the preoperative period was evaluated in 82 patients with liver tumors of various etiologies.

The sensitivity of ultrasound in the diagnosis of hepatocellular cancer is 95%, metastatic lesions - 86%, liver hemangioma - 98%, liver adenoma - 94%. The features of intrahepatic hemodynamics, determined by Dopplerography, make it possible to differentiate malignant and benign forms of focal liver damage.

The main sign characterizing the malignant nature of the lesion is an increase in the diameter of the common hepatic artery and the volumetric velocity of blood flow through it. The nature of blood flow, both in the tumor tissue and in the perifocal zone, most often has the usual characteristics that do not allow us to judge the origin of the tumor.

Key words: liver tumor, ultrasonography, dopplerography.

Актуальность. С внедрением в медицинскую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики значительно возросла частота выявления очаговых образований печени. А с появлением более точных данных о характере доброкачественных заболеваний печени и открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода их лечения [3].

Хотя клинические проявления бывают только у 10-16% больных при прогрессировании болезни [5], осложнения наблюдаются у 5% больных. Большие кисты центрального расположения и массивное кистозное поражение могут приводить к сдавлению сосудисто-секреторных элементов печени с развитием симптомов механической желтухи и

портальной гипертензии [8]. В литературе описан случай, когда киста сдавила нижнюю полую вену с её локальным тромбозом [1].

Из осложнений непаразитарных кист отмечают кровоизлияния в брюшную полость, нагноение кист и формирование цистобилиарных свищей [9]. При клинических проявлениях непаразитарных кист печени пациенты могут отмечать чувство тяжести или боли в правом подреберье и эпигастральной области, дискомфорт в животе после приёма пищи, изжогу, отрыжку, потерю аппетита, тошноту [3]. Следовательно, данная проблема достаточно актуальна в современной хирургии.

Выявление очагового образования в печени зависит от его размера, расположения, наличия полостей или очагов распада, сопутствующего диффузного заболевания печени, особенностей внутриопухолевого кровотока и печеночной гемодинамики [4].

По обобщенным данным [2], чувствительность дооперационного УЗИ при выявлении очаговых образований печени сопоставима, а в ряде случаев превышает чувствительность КТ и ангиографии. КТ и КТангиография благодаря своей информативности, безусловно, могут считаться методами выбора при поиске очаговых образований и планировании оперативного вмешательства на печени. Однако метод КТ связан с ионизирующим излучением, частично инвазивен, поэтому должен применяться строго по показаниям.

К тому же информативность метода напрямую зависит от использования контрастных веществ, что ограничивает его применение у пациентов с аллергической реакцией на йод. МРТ и МРТ с контрастированием по своей информативности близки к методикам КТ, а в ряде случаев обладают рядом преимуществ: отсутствием ионизирующего излучения и возможностью получения томографических срезов зоны интереса в любой плоскости.

К недостаткам метода следует отнести невозможность обследования пациентов, имеющих металлические клипсы после хирургических операций и пациентов с искусственными водителями ритма сердца.

Цель исследования. Улучшить результаты диагностики и лечения больных с непаразитарными кистами печени путем разработки индивидуальной хирургической тактики и дифференцированного использования традиционных и малоинвазивных методов в хирургии.

Материал и методы исследования. В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с непаразитарными кистами печени за период с 2020 по 2021 год, находившиеся в АООД.

Результаты исследования. Мужчин было 40 (57,1%) , женщин – 30 (42,9%). Возраст больных составил от 25 лет до 83 лет, средний возраст $58 \pm 1,2$ лет. Большинство больных госпитализировались в стационар в плановом порядке (96,6%), и (3,4%) пациентов в экстренном порядке, в двух случаях причина экстренной госпитализации клиника абсцедирования кист, и трём пациенткам с гигантскими кистами потребовалась срочная госпитализация в связи с резко выраженной клинической картиной.

Впервые изучены и выявлены характерные показатели функций F2 - F5 компьютерной дермографии в сегментах C1, Th8, S3, S4 при очаговых образованиях печени (непаразитарных кистах, эхинококкозе, гемангиоме, раке).

Установлено, что диагностическая ценность компьютерной дермографии при кистах печени составляет 84%, и, благодаря своей диагностической достоверности, безопасности при проведении многократных исследований, метод КД является скрининговым.

Результативность иммуноферментного анализа, выполненного с помощью тест — системы Эхинококк-IgG-cTrmi, для дифференциальной диагностики ЭП составляет 98,5%.

Использование лазерной хирургической установки «Ласка» показало: а) эффективность выполнения радикальных операций и деэпителизации стенки непаразитарной кисты при нерадикальном виде вмешательства составляет 97,4%; б) эффективность радикальных операций и антипаразитарной обработки остаточной полости эхинококковой кисты при консервативных методах лечения составляет 93,7%.

Необходимо применение противоэхинококковых препаратов для профилактики рецидива заболевания в послеоперационном периоде, и в качестве самостоятельного вида лечения, при малых бессимптомных, и неоперабельных эхинококковых кистах печени.

Непаразитарные кисты печени малого размера (менее 5 см) не имеют клинической симптоматики. При увеличении размеров кист более 10 см в диаметре появляется болевой синдром у 88% больных.

Идиопатические кисты печени в 45,2% случаев сочетаются с желчно-каменной болезнью. Выполнение в таких случаях симультанных операций (холецистэктомия + иссечение кист печени) не утяжеляет течение послеоперационного периода и не удлиняет длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре. Критерием выбора тактики оперативного лечения служили размеры кисты, ее локализацию по отношению к воротам печени и краю паренхимы. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи в полости кисты, в остальных случаях показана лапароскопия либо лечебно-диагностическая пункция под контролем УЗИ. Пункция под контролем УЗИ является операцией выбора при наличии абсцедирования кисты и локализации кисты близко к воротам печени. Лапараскопическая операция предпочтительнее при больших размерах

кисты, более 15 см и с ее расположением в доступных сегментах печени и выбуханием непосредственно из паренхимы печени.

Вывод. Внедрение индивидуальной лечебной тактики ведения больных с непаразитарными кистами печени позволяет своевременно выявить данную патологию и выбрать адекватный путь ведения больных с определением методики лечения. Оперативное лечение идиопатических кист печени с использованием методов эндовидеохирургии и лечебно-диагностической пункции под контролем УЗИ в большинстве случаев, позволяет осуществить адекватный объем вмешательства и сопровождается меньшей операционной травмой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лечебная тактика при неосложнённых непаразитарных кистах печени / С.А. Пышкин, А.С. Аладин, Д.Л. Борисов, Е.В. Ефремова, И.А. Юскин // Хирургия. – 2008 – №11. – С. 35–38.

2. Толстикова А.П., Захарова А.В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени // Медицинский Альманах. – 2010. – №1 (10). – С. 151–152.

3. Ammori B.J., Jenkins B.L., Lim P.C. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a hepatobiliary center // World J Surg. – 2002. – №. 4. – P. 462–469.

4. Emmermann A., Zorzin C., Lloyd D.M. Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of liver with omental transposition flap // Surg Endosc. – 1997. – Vol.11, №.7. – P. 734–736.

5. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice // Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2002. – Vol. 9, №. 6. – P. 764–768.

6. Katkhouda N., Mavor E., Gugenheim J., Vjuiel J. Laparoscopic management of benign cystic of the liver // Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2000. – Vol. 7, №. 2. – P. 212–217.

7. Lermite E., Pessaux P., Jousset Y. Compression of the inferior vena cava with thrombus: a rare complication of solitary liver cyst // Ann Chir. – 2002. – Vol. 127, №. 10. – P. 776–778.

8. Masatsugu T., Shimizu S., Noshiro H. Liver cyst with biliary communication successfully treated with laparoscopic deroofing: a case report // JSLS. – 2003. – Vol.7, №. 3. – P. 249–252.

9. Parenti R., Leone V., Del Buono G. Obstructive jaundice caused by solitary nonparasitic cysts of the liver // Minerva Chir. – 1991. – Vol .46, №. 6. – P. 273–277.