

МЕТОДИКА МЕСТНОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

С.А. ЛАРИН

ООО «Центр новых медицинских технологий», г. Тула

Актуальность. Разнообразие клинической картины первичного рака печени, зачастую бессимптомность течения доброкачественной очаговой патологии печени ведут к поиску оптимальных диагностических инструментальных методов исследования печени, одним из которых является пункционная биопсия. Однако при ее выполнении имеется риск возникновения кровотечения, как наиболее грозного осложнения. В связи с чем актуальна работа, направленная на повышение безопасности пункционной биопсии печени.

Цель исследования. Оценить методику местного гемостаза при проведении аспирационно-режущей биопсии очаговых образований печени под контролем УЗИ.

Материал и методы. В Центре новых медицинских технологий (г. Тула) за период с 2002 по 2006 г. обследовано 186 пациентов с очаговыми образованиями печени, которым выполнено 197 биопсий. Женщин было 96, мужчин – 90. Возраст больных колебался от 15 до 78 лет. Средний возраст – $55,03 \pm 4,05$ года. В алгоритм инструментального обследования входила аспирационно-режущая биопсия, выполненная под контролем УЗИ. Исследования проводили в В-режиме сканирования на аппарате Сономед-400 с использованием конвексного датчика частотой 3,5 МГц. При выполнении биопсии применяли оригинальную пункционную насадку и одноразовые биопсийные наборы Ившина с иглой 18G (ООО «МИТ», г. Железнодорожный, Московская область). Перед процедурой исследовали систему гемостаза больного. Вмешательство проводилось в амбулаторных условиях при стандартной операционной подготовке больного под местной анестезией. Методика местного гемостаза при проведении аспирационно-режущей биопсии

под контролем УЗИ включала: пункцию очагового образования через неповрежденную часть паренхимы печени, забор биоптата с оценкой количества и качества полученного материала, при выделении крови по игле – тампонирование пункционного канала элементами биопсийного устройства либо аутокровью с гемостатическим лекарственным средством. Наблюдение за больным после биопсии составило 2–3 ч в палате краткосрочного пребывания, в течение которого выполнено цитологическое исследование.

Результаты. При выполнении аспирационно-режущей биопсии очаговых образований печени наблюдались следующие осложнения: у 25 больных (12,7 %) – болевой синдром, который купировался без применения анальгетических лекарственных препаратов; у 1 больного возникло кровотечение в брюшную полость (0,51 %) вследствие разрыва подкапсульно расположенной кавернозной гемангиомы левой доли печени, ему была выполнена операция атипичной резекции левой доли печени с благоприятным исходом; у 8 пациентов (4,06 %) во время вмешательства отмечалось обильное выделение крови по стволу иглы. Тампонирование пункционного канала элементами биопсийного устройства у 7 больных и в 1 случае аутокровью с гемостатическим лекарственным средством позволило достигнуть гемостаза, выделение крови из дистального конца иглы было остановлено, игла удалена при задержке дыхания больного.

Выводы. Методика местного гемостаза повышает безопасность пункционной биопсии печени и может быть рекомендована при ее проведении. Особую осторожность следует проявлять при пункционной биопсии поверхностно расположенных, хорошо кровоснабженных очаговых образований печени.