

Лечебно-диагностическая тактика ведения пациентов с непаразитарными кистами печени

1 - БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г.Сургут; 2 - БУ высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут

Murunova Y.N., Darvin V.V.

Medical algorithm for patients with non-parasitic hepatic cysts

Резюме

В статье проведена оценка диагностической значимости методов обследования пациентов при непаразитарных кистах печени, обоснована тактика ведения пациентов на основании оценки результатов ближайшего послеоперационного периода. Материалы и методы: представлен анализ наблюдения и лечения 64 пациентов с непаразитарными кистами печени, отражены непосредственные результаты хирургического лечения. Результаты: УЗИ имеет высокие показатели диагностической значимости и является неинвазивным. Применение лапароскопических операций сокращает сроки лечения в стационаре, сводя к минимуму количество осложнений. При наличии инфекционных осложнений кист печени наружное дренирование сокращает количество послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения. Выводы: оптимальным методом диагностики данной патологии является КТ. Использование наружного дренирования непаразитарных кист печени под контролем методов медицинской визуализации предпочтительнее при наличии инфекционных осложнений кист. Эндовидеохирургический метод лечения непаразитарных кист печени имеет наименьшее количество послеоперационных осложнений. Открытые операции остаются актуальными при наличии сложностей в дифференциальной диагностике.

Ключевые слова: непаразитарные кисты печени, диагностическая значимость; миниинвазивное лечение

Summary

The article assesses the value of diagnostic methods for patients with non-parasitic hepatic cysts, justifies the tactics of patient management based on the results of the immediate postoperative period. Materials and methods: an analysis of the observation and treatment of 64 patients with non-parasitic liver cysts is presented, the immediate results of surgical treatment are reflected. Results: Ultrasound investigation is noninvasive procedure with high value of diagnostic possibility. The use of laparoscopic operations reduces the time of treatment in the hospital, minimizing the value of complications. External drainage reduces the number of postoperative complications and the duration of treatment of the patients with infectious complications of non-parasitic hepatic cysts. Conclusions: the optimal method for diagnosing this pathology is CT. The use of external drainage of nonparasitic hepatic cysts under the control of medical imaging methods is preferable in the presence of infectious complications. Endovideosurgical treatment of non-parasitic hepatic cysts has the least number of postoperative complications. Open operations remain relevant in the presence of difficulties in the differential diagnosis.

Key words: non-parasitic hepatic cysts; diagnostics; miniinvasive surgery

Введение

В настоящее время благодаря возможностям современных методов диагностики возросло количество пациентов с выявленными непаразитарными кистами печени (НКП) [1, 6]. Простые кисты печени, как правило, асимптомные и не требуют лечения [2, 5]. Однако, отмечено, что с увеличением размеров кист возрастает вероятность появления осложнений, таких как желтуха, нагноение, разрыв, что приводит к удлинению

сроков лечения в стационаре, а зачастую к летальному исходу [3, 6]. Вопрос о тактике ведения пациентов в зависимости от размеров кист, их расположения относительно поверхности печени и секреторно-сосудистых элементов, сопутствующей патологии пациента в настоящее время остается дискуссионным, что и послужило поводом для создания персонализированного подхода ведения пациентов с непаразитарными кистами печени [5, 7, 8].

Цель работы: оценить диагностические методы и оптимизировать выбор хирургического метода лечения пациентов с непаразитарными кистами печени.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное одноцентровое нерандомизированное исследование 64 пациентов с непаразитарными кистами печени, которые находились на лечении в хирургическом отделении за период с января 2011 по январь 2017 гг. БУ «Сургутская окружная клиническая больница». Среди анализированных пациентов преобладали женщины – 50 (78,1%), мужчин было 14 (21,9%), возраст больных варьировал от 21 до 88 лет (таблица 2.2). Средний возраст пациентов составил $57,5 \pm 11,6$ лет. Средний возраст женщин составил – $56,9 \pm 12,0$ лет, мужчин – $59,8 \pm 9,9$ лет.

Среди всех анализированных больных у 29 (45,3%) выявлена сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта. В 26 (40,6%) наблюдениях НКП сочетаются с патологией желчевыводящих путей и поджелудочной железы, у 11 (17,2%) больных имелась патология тонкой и толстой кишки, в том числе у 2 (3,1%) пациентов рак толстой кишки в анамнезе. Эндокринная патология выявлена у 23 (35,9%) пациентов. Ожирение выявлено у 14 (21,9%) пациентов, сахарный диабет 2 типа у 5 (7,8%) пациентов, патология щитовидной железы у 8 (12,5%) пациентов. Сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы была выявлена у 33 (51,6%) больных. Легочная патология – у 4 (6,3%) больных. Патология со стороны почек и мочевыводящей системы была выявлена у 7 (11%) пациентов. У 4 (6,3%) больных имелись грыжи различной локализации (1 – пупочная грыжа, 1 – паховая и 2 – послеоперационные вентральные грыжи). Без сопутствующих заболеваний было 3 (4,7%) больных.

Всем пациентам при поступлении проведено объективное обследование с анализом их жалоб и общего состояния. Для выявления НКП, оценки их количества, локализации и размеров, а также диагностики осложнений кист пациентам были выполнены УЗИ, КТ, МРТ. Также использовались лабораторные методы исследования для определения синдрома системного воспалительного ответа и оценки состояния функции печени.

УЗИ выполнено всем пациентам (100%). КТ проведена 58 (69,1%, n=84) пациентам. МРТ проведена 10 (11,9%, n=84) пациентам. В структуре всех обследованных пациентов кисты размером до 5 см выявлены у 25 (39,1%) пациентов, 5 – 10 см – у 21 (32,8%), 10 – 15 см – у 10 (15,6%) и более 15 см – у 8 (12,5%) пациентов, при этом диаметр кист варьировал от 0,6 до 21 см.

В зависимости от применяемой тактики ведения все пациенты были разделены на три группы. Первую группу составили 19 (29,7%) пациентов, которым было проведено хирургическое лечение в связи с осложненным клиническим течением непаразитарных кист печени. Во вторую группу вошли 23 (35,9%) пациента, которым было выполнено оперативное лечение по поводу неосложненных непаразитарных кист печени. Третья группа

– это пациенты (22 – 34,4%) с неосложненными НКП, которые подвергались динамическому наблюдению, им хирургическое лечение не требовалось. В зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства пациенты I группы были разделены на две подгруппы: пациентам группы IA было проведено хирургическое лечение кист печени миниинвазивными методами (пункция, дренирование под УЗ-контролем, лапароскопическая фенестрация), группы IB – лапаротомные вмешательства (резекция кисты, резекция печени). Аналогично на 2 подгруппы были разделены пациенты II группы.

В структуре осложнений НКП (I группа) преобладали инфекционные осложнения 17 (89,5%) пациентов, компрессия желчевыводящих путей выявлена у 2 (10,5%) пациентов, разрыв кисты с развитием кровотечения – у 1 (5,3%).

Всего было прооперировано 42 пациента (65,6%), из них 22 – в экстренном и срочном порядке, 20 – в плановом. Традиционные лапаротомные операции проведены 15 (37,5%) пациентам. Лапароскопическая фенестрация выполнена 7 (16,7%) больным. Миниинвазивные операции (пункция и дренирование кист под УЗ-контролем) выполнены 20 (47,6%) пациентам.

Все пациенты I группы (19-100%) были прооперированы в экстренном и срочном порядке. Среди пациентов II группы: 18 (78,3%) – были госпитализированы в плановом порядке, 5 (21,7%) пациентов были госпитализированы в экстренном порядке, из них 3 (13%) пациента госпитализированы вследствие интенсивного болевого синдрома, симулирующим осложнение кисты печени, 2 (8,7%) – по поводу острого холецистита.

Пациентам I группы (n= 19) выполнялись преимущественно миниинвазивные операции (15 – 78,9%), 4 (21,1%) больным выполнено хирургическое лечение кист печени с применением лапаротомии (наружное дренирование – 2 пациентам, фенестрация кисты – 1, резекция печени – 1). Оперативные вмешательства данным пациентам проведены путем проведения лапаротомии в связи с близким расположением кист к крупным сосудисто-секреторным элементам печени – у 3 (15,8%) больных, а также в связи с наличием разрыва кисты и развития внутрибрюшного кровотечения – у 1 (5,3%).

Пациентам II группы лапаротомный доступ выполнен 11 пациентам: резекция печени – 5 (45,4%), фенестрация кисты печени – 4 (36,4%), пункция кист под контролем интраоперационного УЗИ – 2 (18,2%). Резекционные операции традиционным доступом выполнялись при кистах печени с локализацией, не позволяющей провести миниинвазивное лечение (близкое расположение крупных сосудов) – у 4 больных, при подозрении на паразитарную этиологию кисты – 2 (18,2%), онкологический процесс – 2 (18,2%). 1 (9,1%) пациенту фенестрация кисты печени и холецистэктомия выполнены одновременно после купирования приступа острого холецистита. Пункционно-склерозирующее лечение кист в нашем исследовании проведено при наличии неосложненных интрапаренхиматозных кист печени – 2 (18,2%), им выполнена лапаротомия с целью симультанной герниопластики

по поводу послеоперационной вентральной грыжи. Во II группе пациентов к миниинвазивным методам относились наружное дренирование под УЗИ-контролем – 5 (7,8%) пациентов, и лапароскопическая фенестрация – 7 (10,9%). Дренирование пациентам данной группы выполнялось при наличии тяжелой сопутствующей патологии, не позволяющей провести радикальную операцию. Лапароскопическая фенестрация выполнялась при наличии НКП, располагающейся на поверхности печени.

При выполнении инвазивных процедур полученный материал (жидкость, участок стенки кисты) направлялись на цитологическое и гистологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Пациенты I группы имели различный спектр жалоб. Их характер зависел от осложнений, а также размеров кист. Во II группе пациентов жалобы были обусловлены размерами кист и их локализацией. Боли в животе наблюдались у 49 (77%) исследуемых пациентов. Лихорадка выявлена у 12 (63,2%) из 17 (89,5%) пациентов I группы, которые имели осложнения инфекционного характера. Слабость была выражена у 11 (57,9%) больных I группы, среди них – у 10 (52,6%) с инфекционными осложнениями, у 1 (5,3%) – с разрывом кисты и кровотечением. При наличии компрессии желчевыводящих путей выявлен симптом желтушного окрашивания склер – у 2 (10,6%). Среди пациентов II группы жалобы на боль предъявляли все пациенты (9 – 39,1%) с кистами, размер которых составил более 10 см. При наличии кист, размер которых составил от 5 до 10 см (13 – 56,5%) 10 (76,9%) пациентов предъявляли жалобы на боль в правом подреберье, а 5 (21,7%) на диспептические явления, не связанные с приемом пищи. 3 пациента II группы с размерами кист от 5 до 10 см жалоб не предъявляли. У всех пациентов III группы (22 – 34,4%) жалоб, связанных с наличием кист печени не было. Кисты выявлены случайно при обследовании по поводу сопутствующей патологии органов брюшной полости.

Проведен анализ протоколов УЗИ у 84 пациентов, госпитализированных в стационар, и получены следующие результаты: неосложненные НКП выявлены у 39 (46,4%), инфекционные осложнения НКП – у 16 (19%), паразитарные кисты – у 2 (2,4%), опухоль – у 3 (3,6%), кисты не выявлены у 24 (28,6%) пациентов. После проведения УЗИ результаты подтверждались при КТ (МРТ), либо цитологическим или гистологическим исследованием после оперативного лечения. После чего результаты были разделены на 4 группы: достоверноположительные (ДП) (n=54), достоверноотрицательные (ДО) (n=20), ложноположительные (ЛП) (n=1) и ложноотрицательные (ЛО) (n=9). Используя полученные данные, была определена чувствительность (Ч), специфичность (С) и общая точность (ОТ) метода исследования, используя нижеприведенные формулы.

$$Ч = \frac{ДП}{ДП+ЛО}, С = \frac{ДО}{ДО+ЛП}, ОТ = \frac{ДП+ДО}{ДП+ДО+ЛП+ЛО}$$

Ч= ДП/(ДП+ЛО); С= ДО/(ДО+ЛП); ОТ= (ДП+ДО)/(ДП+ДО+ЛП+ЛО)

Чувствительность и специфичность метода оказались достаточно высоки и составили: Ч – 85,7 %, С – 95,2 %, ОТ составила 88,1%. При анализе протоколов КТ неосложненные НКП выявлены у 24 (41,4%) больных, инфекционные осложнения НКП – у 15 (25,9%), паразитарные кисты – у 1 (1,7%), опухоль – у 1 (1,7%), отсутствие кист – у 17 (29,3%). ДП результаты были в 38 наблюдениях, ДО – в 17, ЛП – в 1, ЛО – в 1. При вычислении Ч составила 95%, С – 94,4%, ОТ 94,8%. Неосложненные НКП выявлены у 4 (40%) обследованных, инфекционные осложнения НКП – у 2 (20%), опухоль – у 1 (10%), кист не выявлено у 3 пациентов. Из них ДП – 5, ДО – 3, ЛП – 1, ЛО – 1. При расчетах по формулам Ч оказалась равной 83,3%, С – 75,0%, ОТ – 80,0%. Полученные результаты приведены в таблице 1.

По характеру происхождения по результатам гистологического исследования у 13 (72,2%) из 18 радикально прооперированных пациентов кисты были истинными, из них 11 – это простые серозные и 2 – муцинозные билиарные кисты. У 5 пациентов (27,8%) кисты были ложными.

Послеоперационные осложнения выявлены у 6 (14,3%) больных. Все осложнения были анализированы в соответствии с классификацией Clavien-Dindo (таблица 2) [4].

Осложнения III и IV степени отмечены лишь у пациентов I группы наблюдения – всего 2 пациента. У 3 больных II группы все осложнения относились к I степени по Clavien-Dindo. При статистическом анализе количества осложнений I и II групп исследования преимуществ планового или экстренного оперативного вмешательства не выявлено, однако при детальной оценке структуры этих осложнений показано преимущество планового оперативного вмешательства $p=0,048$. У больных I группы все осложнения относились к I степени по Clavien-Dindo), II – число осложнений III и IV степени составило 60%.

В I группе больных послеоперационный койко-день после миниинвазивных вмешательств составил в среднем $25,4 \pm 6,2$ и был меньше, чем после проведения лапаротомии – 39 ± 23 , $p=0,045$. А также, пациенты подгруппы лапаротомных операций находились на лечении в реанимационном отделении в среднем $4 \pm 2,4$ койко-дня, больные после миниинвазивных операций в наблюдении в условиях реанимационного отделения не нуждались ($p=0,000$).

Во II группе больных послеоперационная продолжительность лечения в стационаре составила $17,6 \pm 4,3$ койко-дней после наружного дренирования НКП, $8,1 \pm 2,1$ койко-дней – после лапароскопической фенестрации, $16,2 \pm 7,3$ койко-дней – после лапаротомных операций. После лапаротомных операций больные находились на лечении в отделении реанимации $0,8 \pm 0,6$ койко-дней, после проведения миниинвазивных операций пациенты в наблюдении в условиях реанимации не нуждались ($p = 0,000$).

Таким образом оценка непосредственных результатов послеоперационного периода пациентов I группы выявлено

Таблица 1. Диагностическая значимость методов исследования.

	УЗИ	КТ	MPT
Чувствительность	85,7%	95%	83,3%
Специфичность	95,2%	94,4%	75,0%
Общая точность	88,1%	94,8%	80,0%

Таблица 2. Структура послеоперационных осложнений.

№	Вид осложнения	Количество, n (%)	Степень по Clavien-Dindo
1	Кровотечение с развитием гематомы печени	1 (2,4)	IVA
2	Кровотечение из мягких тканей передней брюшной стенки	1 (2,4)	IIIa
3	Нагноение послеоперационной раны	1 (2,4)	I
4	Желчеистечение	1 (2,4)	I
5	Реактивный гидроторакс	2 (4,8)	I, IIIa
6	Реактивный гепатит	3 (7,1)	I

меньшее число осложнений и более короткий койко-день в подгруппе наружного дренирования НКП миниинвазивным доступом ($p = 0,035$ и $p=0,045$ соответственно). Во II группе больных лучшие результаты ближайшего послеоперационного периода показаны после лапароскопической фенестрации в подгруппе миниинвазивных методов в виде отсутствия осложнений и более короткого срока лечения в стационаре по сравнению с лапаротомными операциями ($p=0,000$). После наружного дренирования НКП, несмотря на малую травматичность, отмечен более продолжительный койко-день по сравнению с лапароскопической фенестрацией ($p=0,000$), вследствие длительного отделяемого по дренажу, что обусловлено нерадикальностью процедуры.

Пациенты III группы подвергались динамическому наблюдению в течение 3 лет. У всех больных (100%) роста и развития осложнений кист за период наблюдения не выявлено.

Заключение

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 90% больных.

В диагностическую программу помимо физикального обследования должны быть включены инструментальные методы исследования: УЗИ – в качестве скринингового метода, учитывая его высокие показатели диагностической значимости (чувствительность – 85,7%,

специфичность – 95,2%, общая точность – 88,1%), доступность и неинвазивность, а КТ с болюсным контрастированием – в качестве уточняющего, учитывая его возможность с точностью 94,8% установить диагноз и определить отношение НКП к структурам печени.

Открытые резекционные операции должны выполняться при разрыве кисты печени, перитоните, продолжающемся кровотечении, труднодоступных по локализации и дифференциально-диагностическом отношении кисты.

При инфекционных осложнениях кист печени чрескожные дренирующие операции являются вспомогательной, предшествующей радикальной операции, лечебно-диагностической процедурой, позволяющей избежать открытых операций в момент осложнения, тем самым снизить количество послеоперационных осложнений.

После лапароскопических операций отмечены лучшие непосредственные результаты, что позволяет рекомендовать их для лечения пациентов с непаразитарными кистами печени. ■

Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В., БУ Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», г.Сургут; БУ высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут; Автор, ответственный за переписку — Мурунова Юлия Николаевна, 628400, Тюменская область, г. Сургут, пр.Ленина д.1. pinch.yulka@gmail.com

Литература:

1. Бахмутова Е. Е. Возможна ли достоверная диагностика однородно накапливающих гиперваскулярных образований печени одним из томографических методов (КТ, МРТ). Медицинская визуализация. 2010; 3: 50–58.
2. Скуратов А. Г., Лызилов А. Н., Призенцов А. А., Курек М. Ф., Осипов Б. Б. Очаговые заболевания печени: учеб.-метод. пособие для студентов 5 и 6 курсов специальности «Лечебное дело» и 5 курса специальности «Медико-диагностическое дело» медицинских вузов. Гомель: ГомГМУ; 2017.
3. Смолькина А. В., Манучаров А. А., Баринев Д. В. Хирургическая тактика у больных с непаразитарными кистами печени. Медицинские науки фундаментальные исследования. 2012; 7: 195-199.
4. Dindo D., Demartines N., Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Annals of Surgery. 2004; 240(2): 205 – 213.
5. Gamlin T.C., Holloway S.L., Heckman J.T. Laparoscopic

- resection of benign hepatic cysts: a new standard. Journal of the American College of Surgeons. 2008; 207(5): 731-736.*
6. *Snarska J., Puchalski Z., Kokoszko M. Malignant and benign tumors of liver-problems of diagnostics, treatment and complications. Roczniki Akademii Medycznej Białymstoku journal. 2001; 46: 158-69.*
 7. *Tan Y.M., Chung A., Mack P. Role of fenestration and resection for symptomatic solitary liver cysts. ANZ J. Surg. 2005; 75(7): 577-580.*
 8. *Veroux M., Fiamingo P., Cillo U. Cystadenoma and laparoscopic surgery for hepatic cystic disease: a need for laparotomy? Surgical Endoscopy. 2005; 19(8): P.1077-1081.*