

Мурунова Ю.Н., Дарвин В.В., Лысак М.М.

Лечебно-диагностический алгоритм при непаразитарных кистах печени

ГОУ ВПО Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут

Murunova I.N., Darvin V.V., Lysak M.M.

Curative and diagnostic algorithm at non-parasitic liver cysts

Резюме

Представлены результаты обследования и лечения 64 пациентов с непаразитарными кистами печени. На основании комплексного клинического обследования и лечения больных с непаразитарными кистами печени разработана индивидуализированная хирургическая тактика. При непаразитарных кистах печени лечебная тактика определяется на основании их размеров. При малых кистах проводили динамическое наблюдение. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи или кровотечения в полость кисты. Пункция под контролем УЗИ является операцией выбора при наличии абсцедирования кисты и доступной локализации кисты среднего размера. Лапароскопическая операция предпочтительнее при размерах кисты более 10 см с её расположением в доступных сегментах печени, выходящей одной из стенок на поверхность печени.

Ключевые слова: непаразитарные кисты печени, диагностика, хирургическое лечение, малоинвазивные методы лечения

Summary

There are presented the results of examination and treatment of 64 patients with non-parasitic liver cysts. Based on complete examination and treatment of patients with non-parasitic liver cysts the personalized surgical tactic was developed. The treatment of non-parasitic liver cysts is defined according to its sizes. The patients' follow up occurred when the cysts were small. Currently the main indication to a laparotomy is the bile impurity or a bleeding in a cyst cavity. The puncture under the US-control is the operation of the choice in the presence of cysts abscessing and available localization of a cyst of the average size. Laparoscopy is more preferable in patients with cysts sizes more than 10 cm in diameter and its localization in available liver segments and one of the cysts wall is located on the liver surface.

Key words: non-parasitic liver cysts, diagnostics, surgical treatment, minimally invasive surgery

Введение

Данные эпидемиологических исследований, опубликованные в литературе, свидетельствуют, что кисты печени до настоящего времени остаются одним из часто встречающихся доброкачественных новообразований печени, имеющих тенденцию к значительному росту в большинстве индустриально развитых государств мира. С повышением диагностических возможностей ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ) частота прижизненной диагностики истинных кист печени возросла до 4% - 7% [1, 8]. Несмотря на использование всего современного арсенала методов исследования, скудность и неспецифичность клинических проявлений кист печени, длительное бессимптомное течение и несвоевременная диагностика обуславливают риск возникновения осложнений, что увеличивает смертность от данной патологии [1, 2].

По сегодняшний день отсутствует единое мнение относительно целесообразности консервативных способов ведения пациентов с непаразитарными кистами печени, учитывая высокую вероятность осложнений. По данным некоторых авторов до 35% непаразитарных кист печени не нуждаются в оперативном лечении, а подлежат динамическому наблюдению у терапевта [2, 5].

На данный момент остается предметом дискуссий вопрос выбора оптимального объема и вида оперативного вмешательства у больных непаразитарными кистами печени. Не существует единой тактики лечения в зависимости от диаметра кист, что приводит к применению того или иного хирургического метода.

Развитие и внедрение интервенционных методик в хирургию послужило стимулом к разработке принципиально новых подходов к лечению непаразитарных кист печени за счет использования методов, выполняемых под визуальным контролем [1, 2]. Однако часть авторов явля-

ются сторонниками традиционных открытых операций, которые включают различный объем – от иссечения экстрапаренхиматозной стенки кисты до резекции печени. Неоднозначен подход к выбору метода хирургического лечения при осложненном клиническом течении непаразитарных кист печени [3, 6].

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

Материалы и методы

Проведен анализ лечебно-диагностического алгоритма 64 пациентов с непаразитарными кистами печени, госпитализированных в хирургическое отделение БУ «Сургутская окружная клиническая больница» от 21 до 88 лет за период 2011–2015г. Средний возраст 58,6±1,6. Среди них 50 (78%) женщины и 14 (22%) мужчин.

Все пациенты были разделены на две группы. Первая группа пациентов – это пациенты, которым было проведено инвазивное лечение кист печени – 42 (65,7%). Пациенты второй группы проходили лечение в стационаре по поводу другой хирургической патологии, им инвазивное лечение кист печени не требовалось, и они направлены под наблюдение терапевта.

Среди всех госпитализированных в клинику больных у 37 (57,8%) имелась сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта. 26 (40,6%) случаев сочетаются с патологией желчевыводящих путей и поджелудочной железы, у 11 (17,2%) больных выявлена патология тонкой и толстой кишки, в том числе у 2 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 (8%) пациентов, патология щитовидной железы у 8 (12,5%) пациентов, в том числе 3 случая рака щитовидной железы. Сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы была выявлена у 33 (51,6,3%) больных. Легочная патология была выявлена у 5 (8%) больных (1 - с хроническим бронхитом, 2 - с бронхиальной астмой и 2 с экссудативным плевритом). Патология со стороны почек и мочевыводящей системы - у 7 (11%) пациентов. У 6 (9%) больных были выявлены грыжи различной локализации (1 - пупочная грыжа, 1 - паховая и 4 - послеоперационные вентральные грыжи). У 1 (1,6%) пациентки выявлены кисты печени на фоне экстрагенитального эндометриоза. Без сопутствующих заболеваний было 3 (4,7%) больных.

Все пациенты проходили объективное обследование с оценкой общего состояния при поступлении и наличия жалоб, а также визуализационные методы обследования, такие как УЗИ, КТ, МРТ, по данным которых оценивалось количество кист, их размер, характер, наличие осложнений кист, лабораторные методы обследования с оценкой состояния функции печени.

Анализ жалоб показал, что болевой синдром в правом подреберье достоверно чаще беспокоил пациентов с

кистами печени размерами более 5 см в диаметре. Симптомы кишечной и желудочной диспепсии встречались у пациентов с кистами более и менее 5 см диаметре с одинаковой частотой, и также были связаны с сопутствующей патологией желудочно-кишечного тракта.

УЗИ выполнено всем пациентам. КТ проведена 42 (65,6%) пациентам, МРТ – 7 (10,9%) пациентам. КТ, МРТ потребовались пациентам для уточнения предполагаемого диагноза, локализации кист, исключения паразитарной этиологии. Проведенная КТ и МРТ подтвердила диагнозы кист печени во всех случаях. В 1 случае кисты печени при УЗИ не визуализировались, однако были выявлены при КТ. Одной пролеченной по поводу кисты печени пациентке до операции не проводились рентгеновские методы обследования, т.к. в связи с тяжестью ее состояния, она сразу взята в операционную.

Среди всех пациентов кисты по локализации выявлены в правой доле у 31 пациента (48,4%), в левой доле - 19 (29,7%), в обеих долях - 14 (21,9%).

При наличии инвазивных методов лечения полученный материал (кистозная жидкость, стенка кисты) направлялись на цитологическое и гистологическое исследование.

По характеру происхождения у 32 (76,2%) из 42 пациентов первой группы кисты были истинными, из них 30 – это простые серозные и 2 – муцинозные билиарные кисты. У 10 пациентов (23,8%) кисты были ложными.

Также определялось наличие антител к эхинококку для исключения глистной инвазии и при необходимости (наличие в анамнезе онкологического заболевания, при подозрении на онкологическое заболевание) – онкомаркеры. Во всех исследованных случаях антитела к эхинококку не выявлены, показатели онкомаркеров в пределах нормы.

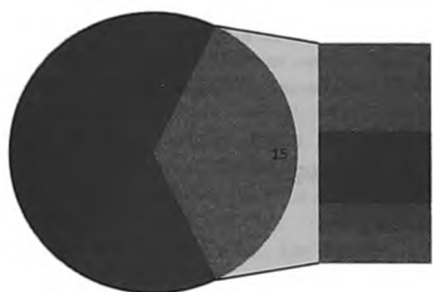
Среди пациентов первой группы 19 пациентов госпитализированы в плановом порядке, 23 – в экстренном порядке, среди них 18 пациентов с осложнением кисты печени, 4 пациента с выраженными клиническими проявлениями.

Множественные кисты были у 20 (31,2%) больных. Единичные кисты - у 35 (54,7%), а у 9 (14,1%) пациентов наблюдалось по две солитарные кисты. Размеры кист колебались от 0,6 до 21 см.

Пациентам первой группы проведено инвазивное лечение кист печени: 15 (35,7%) пациентам выполнялись лапаротомные доступы, из них 3 пациентам выполнялись симультанные операции: 2 случая грыжесечение и пункция кист печени под контролем интраоперационного УЗИ с ведением в полость склерозанта, и 1 случай – холецистэктомия и резекция кисты печени. Операция выполнялась лапароскопическим методом 7 (16,7%) больным (2 пациентам выполнена холецистэктомия и перичистэктомия) и 20 (47,6%) – выполнялись дренирование и лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. (рис. 1).

Лапаротомия и лапароскопические методы лечения были проведены под эндотрахеальным наркозом, малоинвазивные методы лечения под местной инфльтратив-

Методы лечения НКП



- Лапароскопия.
Перичистэктомия.
- Дренирование под контролем УЗИ.
- Лапаротомия. Атипичная резекция печени
- Лапаротомия. Перичистэктомия.
- Лапаротомия. Дренирование и тампонада.
- Лапаротомия. Пункция и склерозирование под УЗИ-контролем.

Рисунок 1. Методы лечения непаразитарных кист печени.

ной анестезией. Объем эвакуированного содержимого кист колебался от 15,0 до 1000,0 мл. В среднем 217,7 ± 35,6 мл.

Результаты и обсуждение

При обследовании пациентов с непаразитарными кистами печени мы решали следующие задачи:

1. Выявление, определение размеров и точной локализации кисты печени.
2. Дифференциальная диагностика с другими очаговыми заболеваниями печени (паразитарные кисты, абсцессы, гемангиомы и др.) или кистами околопеченочной локализации.
3. Определение показаний к хирургическому лечению.
4. Уточнение оптимального вида вмешательства и хирургического доступа.

В результате исследования выявлено, что идиопатические 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, который носит характер тупых ноющих болей в правом подреберье.

Исходя из поставленных задач, с учетом результатов полученных при анализе данных обследования пациентов, нами были разработаны показания к различным методам оперативного лечения больных непаразитарными кистами печени.

Показаниями к лапаротомии у 10 пациентов мы считали внутрипеченочное расположение кист, локализацию их вблизи крупных сосудов, а также нагноение кист с внутрипеченочной локализацией или вблизи крупных сосудов, невозможность исключить паразитарный характер поражения (1 пациента), разрыв кисты (1 пациент), наличие сопутствующей патологии – грыжи передней брюшной стенки и ЖКБ, требовавшей «открытого» вмешательства (3 больных). В 6 случаях при лапаротомии была

выполнена атипичная резекция доли печени, в 5 – перичистэктомия, 2 пациенткам выполнено дренирование и тампонада кисты печени, 2 – одновременно выполнено лечение послеоперационной вентральной грыжи и пункция и склерозирование кисты под контролем интраоперационного УЗИ. При выполнении данных симультанных операций послеоперационных осложнений не наблюдалось, и пациенты выписаны на 8 день после операции.

Осложнения в послеоперационном периоде в группе пациентов, кому проведено лечение кист лапаротомным доступом, наблюдались у 5 (33,3%) пациентов. Осложнение в виде инфицированной гематомы печени в послеоперационном периоде отмечено у 1 (6,6%) больной. У этой же пациентки развился вторичный плеврит, реактивный гепатит. Всего вторичный плеврит наблюдался в 2 случаях, реактивный гепатит – в 3. Холеангиогенным сепсисом осложнилась атипичная резекция печени у 1 (6,6%) пациента. Остаточная полость выявлена после перичистэктомии у 1 (6,6%) пациентки. Развитие осложнений обусловлено общей тяжестью состояния пациентов, уже имевших осложненное течение кист печени на момент поступления (нагноение, разрыв).

При лечении кист лапаротомным доступом послеоперационный период составил в среднем 20,5 суток, учитывая, что госпитализация 1 пациентки составила 73 койко-дня вследствие наличия осложнений, тяжелой сопутствующей патологии и тяжелого общего состояния при поступлении. В остальных случаях после перичистэктомии максимальный срок госпитализации составил 16 суток. При атипичных резекциях печени – в среднем 18 суток, при дренировании и тампонировании кисты – 21,5 суток.

Оперативное вмешательство с использованием эндовидеохирургического метода у 7 пациентов заключалось в иссечении выступающей стенки кисты, обработке остаточной полости электрокоагулятором и дренировании брюшной полости. В послеоперационном периоде



Рисунок 2. Длительность госпитализации при хирургическом лечении НКП.

у 2 (28,6%) пациенток выявлены остаточные полости. Пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем на 8 сутки после операции.

Дренажирование кист под контролем УЗИ выполнено 20 пациентам. При ультразвуковом исследовании определялась траектория пункции. В полость образования по стилету введен перфорированный дренаж типа *rig tail*, который сворачивается в ней. Все содержимое из просвета полностью аспирировано. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем через 19 дней. В послеоперационном периоде наблюдались такие осложнения как кровотечение в полость кисты – 1 пациент (5%), вторичный плеврит – 1 пациент (5%).

Наименее длительная температурная реакция, а также наиболее быстрое восстановление показателей крови наблюдалось у больных после лапароскопических резекций кист печени. Наиболее длительно сохраняющиеся проявления воспалительного процесса (температура, лейкоцитоз, повышение СОЭ) наблюдались у больных после вскрытия и дренирования кист.

При сравнении результатов исследования выявлено значительно лучшие показатели средних сроков госпитализации при использовании лапароскопической методики (рис.2).

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.

Идиопатические кисты печени в 57,8% случаев сочетаются с патологией желудочно-кишечного тракта. Выполнение в таких случаях симультанных операций не ужесточает течение послеоперационного периода и не удлинняет длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре. Критерием выбора тактики опера-

тивного лечения служили размеры кисты, ее локализация по отношению к воротам печени и краю паренхимы, наличие осложнений. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи в полости кисты, разрыв кисты, осложнения кисты печени, находящейся вблизи сосудов, в остальных случаях показана лапароскопия либо лечебно-диагностическая пункция под контролем УЗИ. Пункция и дренирование под контролем УЗИ является операцией выбора при наличии абсцедирования кисты и локализации кисты близко к воротам печени. Лапароскопическая операция предпочтительнее при больших размерах кисты, более 10 см и с ее расположением в доступных сегментах печени, выходящей одной из стенок на поверхность печени.

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. ■

Мурунова Ю.Н., аспирант кафедры госпитальной хирургии, ГОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут. Дарвин В.В., доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, ГОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут. Лысак М.М., кандидат медицинских наук, доцент, ГОУ ВПО ХМАО-Югры «Сургутский государственный университет», г.Сургут. Автор, ответственный за переписку- Мурунова Ю.Н., 628403, Тюменская обл., г.Сургут, ул.Ленина д. 54 кв. 95, 89227772588, pinch.yulka@gmail.com

Литература:

1. Ахаладзе Г.Г., Нанетаивили М.Г., Чевокин А.Ю., Гальперин Э.И. Хирургическое лечение НКП. *Анн. хир. гепат.* 1999; 4 (1): 29-33.
2. Пышкин С.А., Аладин А.С., Борисов Д.Л., Ефремова Е.В., Юскин И.А. Лечебная тактика при неосложнённых непаразитарных кистах печени. *Хирургия* 2008; 11: 35-8.
3. Толстиков А.П., Захарова А.В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени. *Медицинский Альманах* 2010;1 (10): 151-3.
4. Attmori 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: 462-9.
5. Conzo G., Bicchetti F., Vacca R. et al. Role of ultrasound-guided percutaneous alcohol administration in the treatment of solitary cysts of the liver. *G Chir.* 2001; 1 (22): 37-40.
6. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice. *Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002; 9 (6): 764-8.
7. Katkhouda N., Mavor E., Gugenheim J., Vjuel J. Laparoscopic management of benign cystic of the liver. *Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2000; 7 (2): 212-7.
8. Kornprat P. Surgical therapy options in polycystic liver disease. *Wien Klin. Wochenschr.* 2005; 117 (5-6): 215-8