

Огнёв С.И., Цап Н.А.

Малоинвазивная хирургия кистозных образований паренхиматозных органов брюшной полости у детей

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, кафедра детской хирургии, г. Екатеринбург

Ognev S.I., Tsap N.A.

Minimally invasive surgery parenchymal cysts abdominal children

Резюме

Ретроспективно и проспективно изучено 53 клинических случая оперативного лечения кистозных образований паренхиматозных органов брюшной полости у детей. Представлен опыт лечения кист различными малоинвазивными методиками. Наиболее эффективные и оптимальные результаты достигнуты при лапароскопической фенестрации кист в сочетании с аргоноплазменной дезэпителизацией внутренней выстилки.

Ключевые слова: кисты паренхиматозных органов, брюшная полость, эндовидеохирургия, аргоноплазменная коагуляция

Summary

Retrospectively and prospectively studied 53 clinical cases of surgical treatment of cystic formations of parenchymal abdominal organs in children. Experience in treatment of cysts various minimally invasive techniques. The most efficient and optimal results are achieved with laparoscopic fenestration of cysts in conjunction with argon plasma deepitelizatsii inner lining.

Keywords: parenchymal organ's cysts, abdominal cavity, endovideosurgery, argon plasma coagulation

Введение

Кистозные образования паренхиматозных органов (КОПО) брюшной полости представляют актуальную проблему хирургии детского возраста, как в диагностическом, так и в лечебном аспекте. Диагностика, базирующаяся на основании клинических данных, без использования современных неинвазивных методов исследования, является недостоверной. КОПО брюшной полости, как показывает практика, в большей степени протекают бессимптомно. И только с увеличением размеров кист, сдавлением окружающих тканей и органов, могут появиться ощущения тяжести, тошнота, рвота, боль и другие симптомы [1, 2].

Учитывая бессимптомное течение заболевания, важную роль в диагностике играет УЗИ-скрининг органов брюшной полости, что в педиатрической практике значительно повысило выявляемость КОПО. Однако рост заболеваемости носит относительный характер. Основной задачей догоспитального и госпитального этапов является обследование, включая инструментальные и лабораторные методы, а также определение тактики лечения [3].

Бессимптомное течение и несвоевременная диагностика обуславливает риск возникновения таких осложнений, как кровотечение в полость кисты, перфорация или разрыв кисты, инфицирование кисты с последующим нагноением, сдавление протоков и злокачественное перерождение [1, 2].

Выделяют паразитарные и непаразитарные КОПО брюшной полости. Непаразитарные подразделяются на истинные, выстланные эндотелием или эпителием, и ложные, не имеющие выстилки. По механизму возникновения кист выделяют: ретенционные, ремоляционные, дезонтогенетические, воспалительные, паразитарные и идиопатические [1, 3, 4, 7].

На современном этапе, среди выбора методов хирургического лечения выделяют лапаротомию, эндовидеохирургию, и чрезкожно-пункционную методику склерозирования кист. Также выделяют органосохраняющие и органоуносящие оперативные вмешательства, последние отодвигаются в ранг «операций отчаяния» [4, 5, 6, 8]. Следовательно, необходим поиск наиболее оптимального малоинвазивного метода лечения КОПО, отличающегося высокой эффективностью и органосохранностью.

Цель исследования – улучшить результаты лечения детей с КОПО брюшной полости на основе применения в лечебной тактике аргон-плазменной коагуляции внутренней стенки кисты при лапароскопической и открытой фенестрации кистозных образований, как радикальной противорецидивной методике.

Материалы и методы

С 2003 по 2014 годы в клинике детской хирургии пролечено 53 ребенка с кистозными образованиями селезенки, печени, поджелудочной железы. В исследовании представлена и группа пациентов с КОПО размером ме-

Таблица 1. Локализация и частота встречаемости кистозных образований паренхиматозных органов брюшной полости

Орган с кистозным образованием	Госпитальный этап		Амбулаторный этап		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Селезенка	31	58,4	41	52,6	72	54,9
Печень	15	28,3	36	46,1	51	38,9
Поджелудочная железа	7	13,2	1	1,3	8	6,1
Итого	53	100	78	100	131	100

нее 30 мм (78 детей), это группа выжидательной тактики с сонографическим мониторингом, что соответствует стандарту ВОЗ.

КОПО чаще обнаружены у девочек – 58,4% случаев, в возрастной структуре преобладают дети старше 5 лет, от 0 до 5 лет – 9,4% пациентов, от 6 до 10 лет – 50,9% и старше 10 лет 39,6% больных. Все дети прошли полное клинико-лабораторное обследование. На этапе стационарной специализированной хирургической помощи всем детям выполнялось сонографическое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства для уточнения характеристик КОПО. С целью дополнительного изучения топографо-анатомических взаимоотношений выполнялось КТ (73,5% пациентов) и по показаниям МРТ (20,7% детей). Дифференциальная диагностика с паразитарными кистами проводилась на основе анамнестических данных и серологических методов исследования. Послеоперационное диагностическое сопровождение включало морфологическое исследование фенестрированной оболочки кисты, а также участков стенки кисты, обработанной аргоно-плазменным потоком разной временной экспозиции – 1, 2 и 3 минуты.

Результаты и обсуждение

Кисты паренхиматозных органов были неосложненные, их клиническая картина определялась размерами и локализацией. Единый подход к лечебной тактике разработан как стандарт помощи при данной патологии в

Свердловской области и построен на основе классификации КОПО по размерам: А – малые (до 30 мм в диаметре), В – средние (30-50 мм), С – большие (50-70 мм) и D – гигантские (более 70 мм). Истинные, ложные и паразитарные КОПО малых и средних размеров клинически не проявляют себя, по сути занимают место «диагностической находки». Группа А ведется как амбулаторная группа динамического наблюдения. Для КОПО больших и гигантских размеров была характерна симптоматика опухолевидных образований верхнего этажа брюшной полости. Дети предъявляли жалобы на вздутие живота, увеличение в эпигастриальной области, тупые постоянные боли в правом или левом подреберье, тяжесть в животе после еды. Показания к госпитализации ребенка для хирургического лечения возникают в группах В, С и D.

Частота поражения паренхиматозных органов кистами различна (таблица 1). Органами - мишенями для кист, чаще непаразитарной природы, являются селезенка (58,4%) и печень (28,3%), реже поджелудочная железа (13,2%). Размеры кистозного образования и его непосредственная внутриорганная топография являются определяющими факторами для выбора малоинвазивного лечения. Лучевые методы диагностики позволили установить у подавляющего большинства – 45,2% (24 пациента) – большие размеры КПО (рис.1); средних размеров обнаружены у 22 (41,5%) больных (рис. 2); значительно меньшее количество пациентов – 13,2% (7 детей) имели кисты гигантских размеров (рис. 3); наличие КПО



Рис. 1. Мальчик К., 9 лет. Киста поджелудочной железы 60x70 мм



Рис. 2. Девочка Х., 11 лет. Киста правой доли печени 48x26 мм.

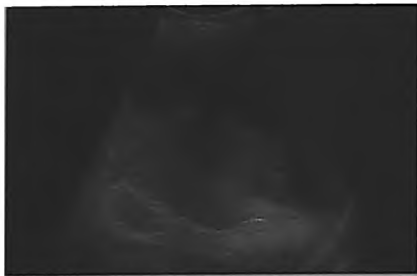


Рис. 3. Мальчик Л., 10 лет.
Киста селезенки 117х63 мм

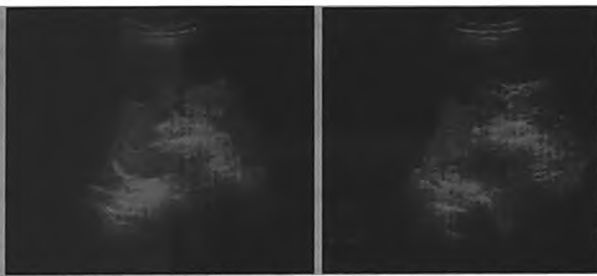


Рис. 4. Девочка Л., 13 лет. Киста нижнего полюса селезенки,
размеры 26х25 мм



Рис. 5. Мальчик А., 11 лет. Эхинококковая киста
печени 55х34х43 мм

до 30 мм в диаметре у 78 (59,5%) детей (рис. 4) являлось показанием к длительному динамическому наблюдению.

Проведенное серологическое исследование крови установило наличие титра антител к эхинококку у 7 (13,2%) детей, что наряду с УЗИ- и КТ-признаками подтвердило паразитарную природу КОПО, потребовало оперативного открытого или лапароскопического лечения.

В большинстве случаев решения принимались в пользу малоинвазивных методик лечения – 64,1% случаев: способ УЗ-навигационной чрезкожной пункции и склерозирования кисты применен при локализации кист в печени (4), в селезенке (6), при этом под контролем лапароскопа 1 случай в печени и 3 случая в селезенке; способ лапароскопической фенестрации кисты селезенки (15) и печени (4) с коагуляцией внутренней оболочки аргоновой плазмой. Аргоно-плазменная коагуляция показала свою эффективность и удобство в использовании в эндовидеохирургии КОПО брюшной полости. Преимущества аргоно-плазменной коагуляции очевидны: «бесконтактный» метод, что исключает наличие налипания ткани на электрод; отсутствие карбонизации, обеспечивающее ускорение заживления послеоперационной раны; ограниченная глубина проникновения в ткани, что уменьшает вероятность перфорации полых органов и повреждения близ лежащих органов и тканей; эффективная и быстрая коагуляция; отсутствие задымленности операционного поля; уменьшение размеров остаточной полости кисты в режиме реального времени.

Кистозные образования тела поджелудочной железы удалены после МРТ-диагностики открытым способом у 6 детей – полное иссечение образований, у одного ре-

бенка выполнено дренирование кисты лапароскопическим способом. На начальных этапах 3 детям выполнена парциальная резекция селезенки. Также лапаротомия выполнена у 4 детей с гигантскими и большими кистами селезенки, локализующихся в воротах, что не позволило избежать органосохраняющего вмешательства.

Открытым способом путем фенестрации и тотальной аргоно-плазменной коагуляции ликвидированы 10 кистозных образований печени,

□ Рис. 5. из них 6 эхинококковой этиологии (рис. 5). При паразитарных эхинококковых кистах применялась следующая тактика: первичная внутрикистозная экспозиция 2%-ного раствора формалина для денатурации тканей паразита; непосредственно эхинококэктомия; максимальная фенестрация кисты аргоновым скальпелем; аргоно-плазменная коагуляция внутренней оболочки и самой фиброзной капсулы паразитарной кисты для радикального и полного уничтожения сколексов; ликвидация полости кисты.

Интраоперационных и ближайших послеоперационных осложнений и летальных исходов при эндовидеохирургическом, открытом, чрезкожно-пункционном методах лечения не было. Рецидив кисты селезенки отмечен в 2 случаях навигационного пункционного склерозирования, что потребовало повторных манипуляций и операций с органосохраняющей направленностью.

Выводы

1. Диагностика КОПО брюшной полости основывается на инструментальных и лабораторных методах исследования, результаты которых определяют хирургическую тактику.

2. Выбор лечебной тактики зависит от этиологии, размеров, локализации кистозного образования и включает 4 варианта: динамическое наблюдение, пункционное склерозирование, лапароскопическая фенестрация кисты с аргоно-плазменной коагуляцией остаточной оболочки, открытую фенестрацию кисты с обработкой аргоновой плазмой или удалением пораженного органа.

3. Методика интраоперационной обработки аргоно-плазменным потоком внутренней оболочки КОПО брюшной полости является наиболее оптимальным способом ликвидации кист. ■

Огнев Сергей Иванович, ассистент кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург; Цап Наталья Александровна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку - Цап Наталья Александровна, 620123, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3, УГМУ, Тел / факс (343) 240-58-07 e-mail: isapna-ekat@rambler.ru, Тел. сотовый 89122495480

Литература:

1. Детская хирургия : национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С.405-420.
2. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / К.В. Шишин, Ю.Г. Старков, В.А. Вишневецкий и др. // Хирургия. Журнал им. Пирогова.- 2006.- ц10.- С. 62-65.
3. Использование чрескожно-пункционного метода лечения солитарных непаразитарных кист селезенки у детей / Ю.А. Поляев, А.Э. Степанов, Н.В. Фокин, Р.В. Гарбузов и др. // Материалы девятого Росс. Конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии».- М., 2010.- С. 406-407.
4. Кистозные образования селезенки у детей / Д. А. Морозов, И. В. Горемыкина, В. Е. Турковский, Ф. К. Напольников и др. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, ц 3.- С. 724-726.
5. Лапароскопия как выбор метода лечения при эхинококкозе печени у детей / Ш.Т. Салимов, Б.З. Абдусаматов, А.Ш. Вахидов, Т.С. Файзуллаев и др. // Материалы девятого Росс. Конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии».- М., 2010.- С. 413.
6. Хирургическое лечение детей с эхинококковыми кистами печени: традиционные и миниинвазивные методы / Ш.А. Ганиев, А.Н. Лотов, Г.Х. Мусаев, В.И. Петлах и др. // Росс. вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии, 2010.- ц2.- С. 47 - 48.
7. Non-parasitic splenic cysts: A report of three cases / A Macheras, EP Misiakos, T Liakakos, D Mpistarakis, C Fotiadis, G Karatzas // World J Gastroenterol November 21, 2005 Volume 11 Number 43.- P. 6884-6887.
8. Laparoscopic Management of Hepatic Cysts / Elesiaurrio Marques Caetano-Junior, MD, Marcelo Moura Linhares, MD, PhD, Deulcio Matos, MD, PhD, Vladimir Schraibman et al // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech April 2006, Volume 16 Number 2. - P. 68-72.