

Огнёв С.И., Цап Н.А., Винокурова Н.В., Огарков И.П.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России,
ГБУЗ СО «Областная детская клиническая больница №1»,
МАУ «Детская городская клиническая больница №9»,
г. Екатеринбург

Введение

Непаразитарные и паразитарные кистозные образования паренхиматозных органов брюшной полости всегда представляли актуальную проблему хирургии детского возраста. До недавнего времени кисты паренхиматозных органов (КПО) считались сравнительно редким заболеванием, частота прижизненной диагностики не превышала 0,14–0,8% и 1,86% по результатам аутопсии [1, 2, 3, 7, 11].

УЗИ-скрининг органов брюшной полости в педиатрической практике значительно повысил выявляемость КПО, что привело к росту заболеваемости, но последняя носит относительный характер. Дифференциальная диагностика и установление характера кистозного образования - основная задача обследования, определяющая тактику дальнейшего лечения, приоритет остается за сонографией [5, 8, 9].

Кисты селезенки не имеют патогномичной клинической картины, отличительная особенность их – разнообразная локализация, медленный рост, который обуславливает длительное бессимптомное течение заболевания. Причиной развития ложных кист селезенки является чаще всего аутолиз гематомы с организацией фиброзной капсулы. Истинные кисты селезенки обычно не достигают больших размеров, чаще они множественные и заполнены серозным содержимым [1, 2, 5, 7].

Среди многообразия кистозных поражений печени следует выделять кисты паразитарного и непаразитарного характера. Большинство непаразитарных кист относится к истинным, внутренняя поверхность которых выстлана однослойным кубическим или цилиндрическим эпителием. Клинически кисты печени проявляют себя при прогрессирующем росте у 1–16% больных [6, 10, 11]. Врожденные кисты поджелудочной железы, возникающие в результате нарушения процесса развития, встречаются чрезвычайно редко [1, 3]. Они могут быть единичными или множественными, локализуются

в теле или хвосте железы, выстланы, как правило, эпителием, заполнены мутной стерильной жидкостью, которая не обладает энзимной активностью, окружены нормальной панкреатической тканью. Ретенционные кисты поджелудочной железы – редкая патология, возникающая в результате хронической обструкции железы, содержат панкреатический экзокринный секрет и, естественно, являются энзимно-активными. Кистозная выстилка представляет собой протоковый эпителий. Псевдокисты поджелудочной железы у детей наиболее часто возникают в результате травмы, стенки кисты всегда лишены эпителия и обычно состоят из воспалительной реактивной ткани. Диапазон лечебной тактики при кистах поджелудочной железы остается широким: от резекции железы, дистальной панкреатэктомии или выполнения внутреннего дренирования в желудок (цистогастростомия), или в кишечник на отключенной петле по Ру до выжидательной тактики, так как некоторые виды кистозных образований могут спонтанно исчезать [1, 3, 12, 13].

Традиционное удаление КПО путем лапаротомии и органоуносящих оперативных вмешательств отодвигается в ранг «операций отчаяния». В ряде детских хирургических клиник разработаны показания и внедрены в клиническую практику малоинвазивные методики лечения КПО: лапароскопическое иссечение и чрескожно-пункционное склерозирование, которые обладают неоспоримым преимуществом органосохранности [4, 5, 6, 7, 8, 12]. Обзор современного состояния проблемы указывает на отсутствие диагностических затруднений при КПО брюшной полости и на необходимость обоснования единой лечебно-тактической концепции, поиска наиболее радикальных способов малоинвазивного избавления ребенка от непаразитарных и паразитарных кист печени, селезенки, поджелудочной железы.

Цель исследования – оценить лечебную тактику при кистах паренхиматозных органов брюшной полости, показать эффективность аргоно-плазменной коагуляции внутренней стенки кисты при лапароскопической и открытой фенестрации кистозных образований как радикальной противорецидивной методике.

Материалы и методы исследования

В работе проведено ретро – и проспективное изучение 30 историй болезни детей с кистозными образованиями селезенки, печени, поджелудочной железы, находившихся на лечении в клинике детской хирургии за период с 2003 по 2011 год. Кроме того, мы проанализировали амбулаторную диспансерную группу детей (78 пациентов), у которых первичная сонография установила наличие КПО размерами до 30 мм в диаметре – малые размеры объемных образований по стандарту ВОЗ. Это группа выжидательной тактики с сонографическим мониторингом размеров кистозного образования.

КПО чаще обнаружены у девочек – 53,3% случаев, в возрастной структуре преобладают дети старше 5 лет, от 0 до 5 лет – 23,3% пациентов, от 6 до 10 лет – 40% и старше 10 лет – 36,6% больных. Все дети прошли полное клинико-лабораторное обследование. На специализированном этапе хирургической помощи всем детям выполнено контрольное УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с целью уточнения сонографических характеристик КПО. Дополнительные моменты топографо-анатомических взаимоотношений, дифференциальная диагностика с паразитарными кистами проводилась на основании анамнеза, серологического исследования, КТ (62,4% пациентов) и по показаниям МРТ (8,3% детей). 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 исследования и их 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 КПО по размерам:

- А. – малые – до 30 мм в диаметре,
- В. – средние – 30–50 мм в диаметре,
- С. – большие – 50–70 мм и
- Д. – гигантские – более 70 мм.

Истинные, ложные и паразитарные КПО малых и средних размеров клинически не проявляют себя, по сути, занимают место «диагностической находки». Группа А ведется как амбулаторная группа динамического наблюдения. Для КПО больших и гигантских размеров была характерна симптоматика опухолевидных образований верхнего этажа брюшной полости. Дети предъявляли жалобы на вздутие живота, увеличение в эпигастральной 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 Д.

Частота поражения паренхиматозных органов единичными, множественными кистами различна: органами-мишенями для кист, чаще непаразитарной природы, являются селезенка (53,3%) и печень (40%). Размеры кистозного образования и его непосредственная внутриорганный топография являются определяющими факторами для выбора малоинвазивного лечения. Лучевые методы диагностики позволили установить у подавляющего большинства – 60% (18 детей) – средние размеры КПО до 70 мм, в диаметре; КПО, превышающие диаметр 70 мм, обнаружены у 10 (33,3%) больных; значительно меньшее количество пациентов – 6,6% (2 детей) имели кисты от 30 до 50 мм, в диаметре; наличие КПО до 30 мм в диаметре у 78 (72%) детей являлось показанием к длительному динамическому наблюдению.

Проведенное серологическое исследование крови установило наличие титра антител к эхинококку у 3 (10%) детей, что наряду с сонографическими и КТ-признаками подтвердило паразитарную природу КПО и потребовало оперативного открытого или лапароскопического лечения.

При непаразитарных истинных и ложных КПО тактические решения принимались в пользу малоинвазивных методик лечения – 60% случаев: способ навигационной пункции и склерозирования кисты применен при локализации кист в печени (4), в селезенке (2); способ лапароскопической фенестрации кисты селезенки (8) и печени (4) с коагуляцией внутренней оболочки аргоновой плазмой. Аппарат «Фотек» предлагает широкий набор

разнообразных функций, который позволяет точно подобрать необходимое для конкретного случая воздействие на ткань. Аргано-плазменная коагуляция показала свою эффективность и удобство в использовании в эндовидеохирургии КПО брюшной полости. Преимущества аргано-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, в т.ч. и при внутрибрюшных кровотечениях; 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 двух детей – полное иссечение образований. Также лапаротомия выполнена у трех детей с гигантскими и большими кистами селезенки, локализующихся в воротах, что не позволило избежать оргауноносящего вмешательства.

Открытым способом путем фенестрации и тотальной аргано-плазменной коагуляции ликвидированы шесть кистозных образований печени, из них три- эхинококковой этиологии. При паразитарных эхинококковых кистах применялась следующая тактика: первичная внутрикистозная экспозиция двухпроцентного раствора формалина для денатурации тканей паразита; непосредственно эхинококкэктомия; максимальная фенестрация кисты аргоновым скальпелем; аргано-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 эндохирургическом, открытом, чрескожно-пункционном методах лечения не было. Рецидив кисты селезенки отмечен в двух случаях навигационного пункционного склерозирования, что потребовало повторных манипуляций и операций с органосохраняющей направленностью.

Выводы

Диагностика кистозных образований непаразитарной и паразитарной природы, локализующихся в паренхиме селезенки, печени, поджелудочной железы, основывается на методах лучевой визуализации – УЗИ, КТ, МРТ, на определении титра антител к эхинококку.

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

Эффективное применение малоинвазивных методов лечения при истинных и ложных кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости позволяет снизить в 1,5 раза количество открытых и оргауноносящих оперативных вмешательств.

Методика интраоперационной обработки аргано-плазменным потоком внутренней оболочки фиброзной капсулы паразитарных кисты печени, селезенки обеспечивает радикализм оперативного вмешательства.

Литература

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер // СПб, 1997. – Т.2. – С. 217-219, 223.
2. Гребнев П.Н. Непаразитарные кисты селезенки у детей / П.Н. Гребнев, Я.М. Мустафин, Д.В. Осипов // Казанский медицинский журнал.- 1997.- №3.- С. 198-199.
3. Детская хирургия : национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.- С.405-420.
4. Дронов А.Ф. Эндоскопическая хирургия у детей / А.Ф. Дронов, И.В. Поддубный, В.И. Котловский.- М.:ГЭОТАР-МЕД, 2002.- С.169–175.
5. 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.

6. 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.

7. Малоинвазивная хирургия непаразитарных кист и опухолей селезенки у детей / А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов, И.В. Поддубный, А.Г. Маннанов // Материалы симпозиума «Эндоскопическая хирургия у детей», Уфа, 2002.- С. 54 – 56.

8. Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового изображения при кистах селезенки у детей / В.М. Розинов, О.А. Беляева, В.П.Васильев, В.А.Темнова // Материалы второго Росс. Конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии».- М., 2003.- С. 421-422.

9. Ультразвуковая диагностика в детской хирургии / под ред. И.В. Дворяковского, О.А. Беляевой. – М.: Профит, 1997. – С. 248-289.

10. 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.- №2.- С. 47 – 48.

11. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / К.В. Шишин, Ю.Г. Старков, В.А. Вишневецкий и др. // Хирургия. Журнал им. Пирогова.- 2006.- №10.- С. 62-65.

12. Gagner M. Laparoscopic transgastric cystogastrostomy for pancreatic pseudocyst / Surg. Endosc.- 1994.- Vol. 8.- №3.- P.239.

13. Millar A.J.W. Management of pancreatic pseudocysts in children / A.J.W. Millar, H. Rode, R.J. Stunden et al. // J. Pediatr. Surg.- 1988.- Vol. 24.- №7.- P. 122-123.