

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ПАЦИЕНТОВ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

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

Цель работы – определить показания и разработать критерии для выбора оптимального метода хирургического лечения непаразитарных кист печени. Представлен анализ лечения 42 пациентов с непаразитарными кистами печени с применением эндовидеохирургического метода лечения. Получены результаты подтверждающие, что лапароскопическое лечение непаразитарных кист печени характеризуется наименьшим числом осложнений, низкой частотой рецидивов, отсутствием необходимости повторных хирургических вмешательств. Использование наружного дренирования непаразитарных кист печени под контролем методов медицинской визуализации предпочтительнее при наличии инфекционных осложнений кист. Открытые операции остаются актуальными при наличии сложностей в дифференциальной диагностике.

Ключевые слова: кисты печени, миниинвазивные операции, хирургическое лечение кист печени.

ВВЕДЕНИЕ

Современные достижения в медицине, повышение доступности обследования пациентов и разрешающей способности методов диагностики способствуют увеличению количества пациентов, оперированных по поводу непаразитарных кист печени [1–4]. В настоящее время нет единого подхода к ведению пациентов с данной патологией в зависимости от размеров кист и их расположения относительно паренхимы печени [5]. Выбор метода хирургического лечения при осложненном клиническом течении непаразитарных кист печени также неоднозначен [4, 6–7]. Разработаны принципиально новые подходы к лечению непаразитарных кист печени за счет использования методов, выполняемых под визуальным контролем. Малоинвазивные операции во многих случаях становятся альтернативой лапаротомии, обладая малой травматичностью, высокой эффективностью и возможностью ранней реабилитации пациентов [8–9].

Цель исследования – определить показания и разработать критерии для выбора оптимального метода хирургического лечения непаразитарных кист печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представлен анализ результатов лечения 42 больных с непаразитарными кистами печени на базе хирургического отделения БУ «Сургутская окружная клиническая больница» с 2011 по 2015 гг.

Среди пациентов было 8 (19 %) мужчин и 34 (81 %) – женщин. Возраст пациентов варьировал от 21 до 81 лет, медиана – 56,05 лет. Доля пациентов с солитарными кистами печени составила 45,2 % (n = 19), с множественными кистами – 54,8 % (n = 23).

Инструментальные диагностические методы включали: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости – у 38 (90,5 %) пациентов, компьютерную томографию брюшной полости – у 37 (88,1 %) пациента и магнитно-резонансную томографию – у 4 (9,5 %) пациентов.

Статистическая обработка проводилась с использованием методов математической статистики с вычислением средней величины – M, среднего квадратного отклонения δ и границ доверительного интервала. Значения критерия Стьюдента выбирались для доверительной вероятности $\beta = 0,95$. При этом для оформления статистического материала использовался пакет прикладных программ MS Excel 2000.

SURGICAL APPROACH IN PATIENTS WITH NONPARASITIC HEPATIC CYSTS

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

The objective of the study is to determine indications and develop criteria for the best option of surgical treatment of nonparasitic hepatic cysts. The analysis of treatment of 42 patients with nonparasitic hepatic cysts with the use of endovideosurgical method is presented. The results confirm that laparoscopic treatment of nonparasitic hepatic cysts is characterized by the least number of complications, low frequency of regressions and the absence of necessity for occasional surgical interventions. The use of external drainage of nonparasitic hepatic cysts controlled by imaging modality is preferable involving infectious complications of cysts. Open operations remain relevant in the presence of difficulties in differential diagnostics.

Keywords: hepatic cysts, minimally invasive surgery, surgical treatment of hepatic cysts.

Показанием к хирургическому вмешательству служили: в экстренном и срочном порядке – кисты с осложненным клиническим течением (признаки инфицирования, разрыва, сдавления соседних органов, а также выраженный некупирующийся болевой синдром), в плановом порядке – кисты большого диаметра с клиническими проявлениями. Также в плановом порядке оперированы пациенты с кистами небольших размеров, вызывающими развитие билиарной гипертензии (по данным визуализационных методов исследования).

Диаметр кист варьировал от 3 до 21 см, при этом кисты размером до 5 см выявлены у 3 (7,1 %) пациентов, 5–10 см – у 21 (50 %), 11–15 см – обнаружены у 10 (23,8 %) и более 16 см – у 8 (19,1 %) пациентов. Кисты в правой доле выявлялась у 31 пациента (48,4 %), в левой доле – у 19 (29,7 %), в обеих долях – у 14 (21,9 %) больных.

Клиническая картина была неярко выраженной у пациентов с размерами кист менее 5 см в диаметре и при отсутствии осложнений. Боль и тяжесть в правом подреберье и в эпигастральной области были выражены у пациентов с размерами кист более 5 см в диаметре — у 35 (83,3 %) пациентов. При наличии осложнений у 9 (21,4 %) пациентов наблюдалась лихорадка. Бессимптомное течение выявлено у 7 (16,7 %) больных, среди которых у 3 пациентов кисты печени удалены симультанно вместе с хирургическим лечением другой патологии. В 2-х случаях пациенты прооперированы в связи с интенсивным ростом кист. У 2-х пациентов было обоснованное подозрение на паразитарный характер кист.

У 37 (88,1 %) пациентов выявлены сопутствующие заболевания: патология органов желудочно-кишечного тракта – у 11 (26,2 %), эндокринные заболевания –

у 14 (33,3 %), патология со стороны сердечно-сосудистой системы – у 20 (47,6 %), дыхательной системы – у 3 (7,1 %), почек и мочевыделительной системы – у 6 (14,2 %) пациентов. Грыжи различной локализации – у 3 (7,1 %) больных. Не имели сопутствующих заболеваний 5 (11,9 %) пациентов.

Оперативные вмешательства у 22 (52,4 %) пациентов проведены под общим обезболиванием. В остальных наблюдениях выполнены миниинвазивные вмешательства (наружное дренирование кист печени) под контролем ультрасонографии под местной анестезией.

Все 42 пациента с непаразитарными кистами печени в зависимости от клинического течения были разделены на 2 группы. Группу пациентов с осложненным течением непаразитарных кист печени (1 группа) составили 19 (45,2 %) пациентов. В структуре осложнений кист печени преобладали гнойно-септические – 89,5 %. В 1 (5,2 %) наблюдении отмечен компрессионный синдром и в 1 (5,2 %) – разрыв кисты печени вследствие удара. В группу неосложненного клинического течения непаразитарных кист печени (2 группа) вошли 23 (54,8 %) человека. Характер оперативного вмешательства у большинства больных 1 группы – у 79,0 % (n = 15) заключался в наружном дренировании кист. Четверем (21 %) пациентам выполнено хирургическое лечение осложненных кист печени через лапаротомный доступ.

Пациентам второй группы выполнялись миниинвазивные методы лечения (n = 12): 5 (21,8 %) пациентам – наружное дренирование, 7 (30,4 %) – лапароскопическая фенестрация кист, а также иссечение стенок кисты в разном объеме и резекция печени традиционным лапаротомным доступом у 11 (47,8 %) (рис. 1).

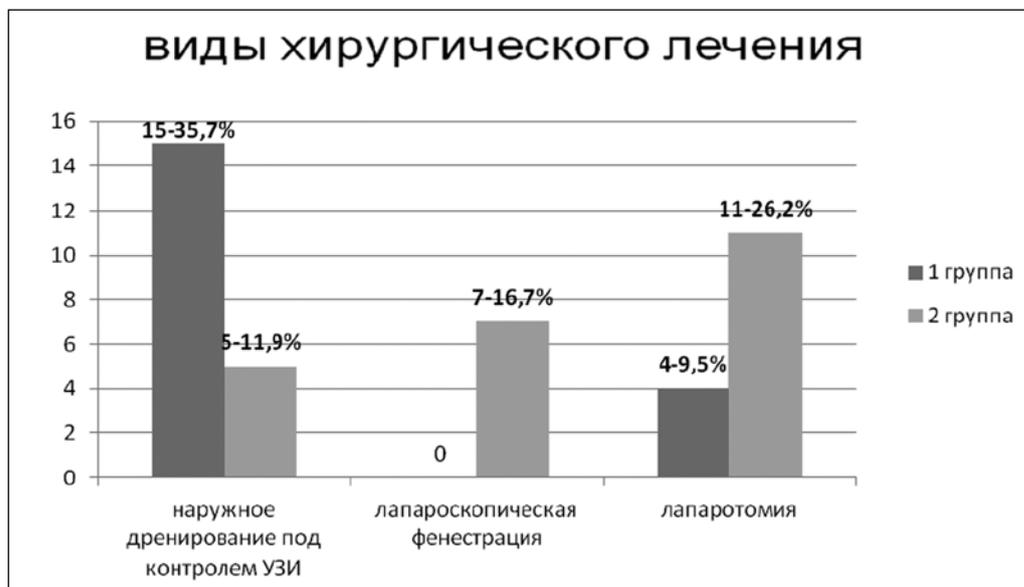


Рис. 1. Виды хирургического лечения непаразитарных кист печени

У пациентов первой группы операции выполнены по срочным и экстренным показаниям – 100 %. Необходимость выполнения хирургического лечения в экстренном порядке была обусловлена тяжелым состоянием больных, декомпенсацией заболевания, развившимися осложнениями кист печени. Также операции выполнялись на фоне угрожающих жизни состояний, которые встречались у 36,8 % (n = 7) (p <

0,05) пациентов первой группы. Среди них 1 (14,3 %) пациенту выполнена лапаротомия, резекция печени и стенок кисты. У 5 (21,7 %) пациентов 2 группы экстренные и срочные операции выполнены в связи с интенсивным болевым синдромом, из них двум больным выполнена лапаротомия, трем – наружное дренирование кист. Лапароскопическая фенестрация пациентам выполнялась только в плановом порядке.

При проведении дренирования осложненных и неосложненных кист под контролем УЗИ применялись стилет-катетеры, для визуализации использовался ультразвуковой аппарат с конвексным датчиком, оснащенный адаптером для пункции. Дистальная часть катетера представлена в виде спирали или «поросьячьего хвоста» («pigtail»), что позволяло надежно фиксировать дренаж в полости кисты.

При проведении фенестрации кист с помощью эндовидеохирургической методики после визуализации кист печени и оценки возможности лапароскопического вмешательства проводили пункцию кист с удалением их содержимого с помощью электроотсоса. Свободные от паренхимы стенки кисты иссекали с применением биполярного и монополярного коагуляторов. Дренировали остаточную полость кисты силиконовыми трубками диаметром 5–7 мм.

Всем пациентам с неосложненным клиническим течением кист печени была произведена деструкция функционирующей интрапаренхиматозной стенки кист (электрокоагуляция или 70 % спирт). При нагноении кист печени выполнялась санация полости раствором хлоргексидина.

Радикальные операции традиционным способом включали в себя анатомическую (типичную) и неанатомическую (атипичную) резекции печени, а также – фенестрацию кист печени. Резекционные методы лечения кист печени проведены у пациентов с внутрипаренхиматозным расположением кист печени, а также в наблюдениях, представляющих трудности в дифференциальной диагностике.

При simultанном вмешательстве, пункции непаразитарных кист печени в нашем исследовании проводились под общим обезболиванием одновременно с хирургическим лечением послеоперационных вентральных грыж. Первым этапом выполнялся лапаротомный доступ и грыжесечение. После доступа к печени кисты визуализировались с помощью интраоперационной ультрасонографии, намечалась траектория пункции, с помощью шприца с тонкой иглой выполнялась аспирация содержимого кисты, в полость вводился склерозант (70 % спирт). Подпеченочное пространство дренировалось пластиковой трубкой 7 мм в диаметре. Следующим этапом было дренирование и ушивание брюшной полости и пластика грыжевых ворот сетчатым имплантатом.

У 3 (7,1 %) пациентов simultанно выполнено иссечение кист печени с холецистэктомией по поводу хронического калькулезного холецистита, среди них в двух случаях пациенты оперированы лапароскопически, в одном – доступ был лапаротомный. Двум пациентам выполнены simultанные операции по поводу послеоперационной вентральной грыжи и чреспеченочная пункция кист под контролем интраоперационного УЗИ.

Объем эвакуированного содержимого кист колебался от 15,0 до 1000,0 мл. В среднем $217,7 \pm 35,6$ мл. По характеру происхождения по результатам гистологического исследования у 13 (72,2 %) из 18 радикально прооперированных пациентов кисты были истинными, из них 11 (61,1 %) – это простые серозные и 2 (11,1 %) – муцинозные билиарные кисты. У 5 пациентов (27,8 %) кисты были ложными.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В послеоперационном периоде 4 (21,1 %) пациентам первой группы потребовалось лечение в условиях

реанимационного отделения. Средний реанимационный койко-день в группе составил 0,8. Для адекватного обезболивания пациенты использовали мультимодальное обезболивание: наркотические анальгетики и ненаркотические анальгетики. В подгруппе пациентов с миниинвазивным лечением наблюдение в условиях реанимации не требовалось, адекватное обезболивание достигалось введением только ненаркотических анальгетиков. Во второй группе пациентов наблюдение в условиях реанимации также требовалось пациентам подгруппы традиционных лапаротомных методов. Средний реанимационный койко-день в группе составил 0,4.

В первой группе пациентов после проведения наружного дренирования кист печени отмечены послеоперационные осложнения: реактивный гепатит ($n = 1$), двусторонний плеврит ($n = 1$), кровотечение из области стояния дренажа ($n = 1$). В подгруппе лапаротомных методов лечения выявлены осложнения: односторонний плеврит ($n = 2$), реактивный гепатит ($n = 1$) и нагноившаяся гематома печени ($n = 1$). Послеоперационный койко-день у данной группы пациентов составил $- 28,3 \pm 3,2$.

Во второй группе у 2 (8,7 %) пациентов выявлены послеоперационные осложнения. В обоих наблюдениях после резекции печени через лапаротомию диагностирован реактивный гепатит. После наружного дренирования и лапароскопической фенестрации послеоперационных осложнений выявлено не было. Длительность лечения после операции составила в среднем в группе $12,6 \pm 1,8$ койко-дней, что более чем в 2 раза меньше чем в первой группе. Минимальный койко-день был отмечен в группе лапароскопической фенестрации – $8,7 \pm 1,4$. Летальных исходов в группах наблюдения не выявлено.

Мы проанализировали все развившиеся осложнения кист печени, в соответствии с классификацией Clavien – Dindo (The Clavien – Dindo Classification of Surgical Complications, 2009) (табл. 1).

В группе пациентов с осложненным течением кист печени после проведения наружного дренирования кист печени у 4 (21,1 %) пациентов отмечены послеоперационные осложнения. Из них в соответствии с классификацией Clavien – Dindo у 1 пациента осложнение IIIa степени, у 1 – I степени. После хирургического лечения лапаротомным доступом в той же группе пациентов выявлены послеоперационные осложнения у 2 (10,5 %) пациентов. В соответствии с классификацией Clavien – Dindo у одной пациентки выявлены осложнения IVa степени, у 1 пациента – I степени.

В группе пациентов с неосложненным течением непаразитарных кист печени осложнения выявлены у 2 (8,7 %) пациентов, для лечения которых применялся лапаротомный доступ. В соответствии с классификацией Clavien – Dindo вышеуказанные осложнения отнеслись к осложнениям I степени.

В отдаленном периоде результаты лечения изучены в сроки от 6 до 60 месяцев (в среднем 12–30 месяцев) у 33 (78,6 %) пациентов. Отдаленные результаты не изучены у 9 пациентов, по причине их неявики и отсутствия связи с ними (эти пациенты исключены из анализа отдаленных результатов).

У 4 (30,8 %) пациентов первой группы по данным визуализационных методов обследования в подгруппе миниинвазивного лечения выявлено повторное наполнение кист печени. Однако у 3 больных кисты были мно-

Классификация хирургических осложнений Clavien – Dindo, 2009 г.

Степень	Определение
I	Любые отклонения от нормального послеоперационного течения, не требующие медикаментозного лечения или хирургического, эндоскопического, радиологического вмешательства. Разрешается терапевтическое лечение: антипиретики, анальгетики, диуретики, электролиты, физиотерапия. Сюда же относится лечение раневой инфекции
II	Требуется лечение в виде гемотрансфузии, энтерального или парентерального питания
III	Требуется хирургическое, эндоскопическое или радиологическое вмешательство:
IIIa	вмешательство без общего обезболивания
IIIb	вмешательство под общим обезболиванием
IV	Жизнеугрожающие осложнения (включая осложнения со стороны ЦНС)*, требующие интенсивной терапии, наблюдения в отделении реанимации, резекции органа:
IVa	недостаточность одного органа
IVb	полиорганная недостаточность
V	Смерть больного

жественными, что, возможно, стало причиной возникновения кисты в области операции. В 1 наблюдении выявлено повторное наполнение солитарной кисты печени, что в дальнейшем потребовало повторного оперативного лечения (лапароскопической фенестрации). Данное осложнение имеет место только при выполнении нерадикальных операций (наружное дренирование в нашем исследовании). У 4 (40 %) пациентов 2-й группы после миниинвазивного лечения выявлено также повторное наполнение кист печени, из них у 1 пациента проведено в последующем радикальное лечение – лапароскопическая фенестрация. Повторные операции выполнены в связи с вновь появившимся болевым синдромом.

У 2 (20 %) пациентов второй группы после лапароскопической фенестрации диагностирована остаточная полость небольших размеров. В данных наблюдениях речь идет о кистах, которые были расположены достаточно глубоко в паренхиме печени и малой частью выходили на поверхность. Данное осложнение не влияло

на субъективное состояние пациентов и не требовало повторных операций. Аналогичная ситуация была у пациентки после резекции кисты печени из подгруппы лапаротомного доступа. У 1 пациента в данной подгруппе после проведения радикального лечения кисты печени выявлена послеоперационная вентральная грыжа. Осложнение, по-нашему мнению, возникло вследствие сопутствующей патологии пациентки – ожирение 2 степени, сахарный диабет 2 типа, что ухудшает заживление раны и формирование рубцовой ткани.

В процентном отношении наименьшее количество осложнений в отдаленном периоде отмечено после лапароскопической фенестрации (рис. 2).

Полученные нами, статистически подтвержденные, результаты позволяют рекомендовать лапароскопические операции для лечения пациентов с неосложненными непаразитарными кистами печени. Они, наряду с дренирующими вмешательствами, займут достойное место в арсенале хирургических



Рис. 2. Отдаленные результаты хирургического лечения непаразитарных кист печени

методов лечения больных непаразитарными кистами печени. Накопление опыта в их проведении позволит снизить количество послеоперационных осложнений и улучшить социальную реабилитацию пациентов. При наличии гнойно-септических осложнений непаразитарных кист печени преимущество отдается дренирующим методикам, которые позволят подготовить пациентов к плановой миниинвазивной операции.

ВЫВОДЫ

1. Применение малоинвазивного эндовидеохирургического способа лечения непаразитарных кист печени позволяет достичь снижения травматичности операций, уменьшает сроки пребывания больных в стационаре после операции. Лапароскопическое

лечение непаразитарных кист печени представляется оптимальным способом, характеризующимся минимальным числом осложнений, отсутствием рецидивов и необходимости повторных хирургических вмешательств.

2. Открытые операции в данной ситуации остаются актуальными при наличии осложнений, а также при сложностях дифференциальной диагностики. Метод является радикальным и вероятность повторного вмешательства по поводу кист печени минимален.

3. Наружное дренирование непаразитарных кист печени под контролем методов медицинской визуализации предпочтительнее при наличии гнойно-септических осложнений кист как подготовительный этап для проведения радикального лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г. Г., Нанеташвили М. Г., Чевокин А. Ю., альперин Э. И. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени // Анн. хир. гепат. 1999. Т. 4. № 1. С. 29–33.
2. Климова Н. В., Дарвин В. В., Краснов Е. А., Цыкура В. А., Лысак М. М. Визуализационная диагностика различных форм эхинококкоза печени // Вестн. СурГУ. Медицина. 2016. № 2. С. 37–45.
3. Лебедев М. С. Инновационные технологии в диагностике и хирургическом лечении очаговых образований печени (обзор) // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 2. С. 525–528.
4. Kornprat P. Surgical therapy options in polycystic liver disease // Wien Klin. Wochenschr. 2005. Bd. 117. № 5–6. P. 215–218.
5. Туровина Л. П., Стрельцова Н. А. Реактивные свойства и регенеративные возможности гепатоцитов в норме и при описторхозе // Вестн. СурГУ. Медицина. 2010. № 6. С. 16–21.
6. Толстикова А. П., Захарова А. В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени // Медицинский Альманах. 2010. № 1 (10). С. 151–152.
7. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice // Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002. Vol. 9, № 6. P. 764–768.
8. Мурунова Ю. Н., Дарвин В. В., Лысак М. М. Лечебно-диагностический алгоритм при непаразитарных кистах печени // Уральский медицинский журнал. 2017. № 1. С. 87–91.
9. Мурунова Ю. Н., Дарвин В. В. Роль малоинвазивных технологий в хирургическом лечении непаразитарных кист печени // Кубанский научный медицинский вестник. 2017. Т. 24. № 3. С. 66–70.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Мурунова Юлия Николаевна – врач, Сургутская окружная клиническая больница; e-mail: pinch.yulka@gmail.com.

Дарвин Владимир Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: e.suhajckova2012@yandex.ru.

Лысак Михаил Михайлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии Медицинского института, Сургутский государственный университет; e-mail: gnv@no.surgu.ru.

ABOUT THE AUTHORS

Murunova Yuliya Nikolaevna – Physician, Surgut Regional Clinical Hospital; e-mail: pinch.yulka@gmail.com.

Darvin Vladimir Vasilyevich – Doctor of Science (Medicine), Professor, Head of Hospital Surgery Department, Medical Institute, Surgut State University; e-mail: e.suhajckova2012@yandex.ru.

Lysak Mikhail Mikhailovich – PhD (Medicine), Assistant Professor, Hospital Surgery Department, Surgut State University; e-mail: gnv@no.surgu.ru.