

УДК 616.36–006.2–08–089

ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Э. Ю. Бабабейли

Научный центр хирургии им. акад. М. А. Топчибашева, г. Баку, Республика Азербайджан,
Нахичеванская республиканская больница, Республика Азербайджан,
Медицинский факультет Университета Коджаэми, г. Измир, Турция

TREATMENT OF NONPARASITIC HEPATIC CYSTS

E. Yu. Bababeyli

С внедрением в медицинскую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики значительно увеличилась частота выявления очаговых образований печени, а с появлением более точных данных о неопухолевых заболеваниях печени открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода их лечения [1 – 3].

Проблема диагностики и лечебно–тактических критериев при наличии объемных образований брюшной полости и забрюшинного пространства не решена. Хотя клинические проявления наблюдают у 10 – 16% пациентов при прогрессировании болезни [4], осложнения возникают у 5%. Кисты печени выявляют примерно у 0,8% населения, по данным патологоанатомических исследований, частота обнаружения невыявленных НКП достигает 1,86%. У женщин кисты печени возникают в 3 – 5 раз чаще, чем у мужчин, проявляются в период между 30 и 50 годами жизни. Кисты делят на истинные и ложные (псевдокисты). Согласно современным патогенетическим подходам, истинные кисты печени возникают из аберрантных желчных ходов, то есть в эмбриональном периоде не происходит подключение к системе желчевыводящих путей отдельных внутридольковых и междольковых желчных протоков; отсутствие инволюции этих протоков обуславливает образование кист печени [2, 5, 6]. Истинные кисты выстланы эпителием или эндотелием, ложные — специальной выстилки не имеют. Различают ретенционные, паразитарные, травматические, дизонтогенетические и опухолевые кисты. В их

Реферат

Представлены результаты лечения 160 больных по поводу непаразитарных кист печени (НКП) в период с 2004 по 2013 г. Разработан алгоритм диагностики и лечения НКП. Отмечено, что НКП могут длительно существовать, не увеличиваясь, что подтверждено результатами ультразвукового исследования (УЗИ) в динамике. Угроза возникновения фатальных осложнений при наличии кист печени преувеличена. Автор рекомендует ограничить показания к оперативному лечению кист, сдержанно относиться к их лапароскопическому иссечению, считает пункционно–аспирационный метод основным в лечении заболевания. Приведены технология метода и результаты его применения.

Ключевые слова: непаразитарные кисты печени; минимально инвазивная хирургия.

Abstract

The results of treatment of 160 patients, suffering nonparasitic hepatic cysts (NHC), in 2004 – 2013 yrs period are presented. Algorithm of NHC diagnostic and treatment was elaborated. There was noted, that NHC may persist durably, not enhancing, what was confirmed by results of ultrasonographic investigation in dynamics. Threat of fatal complications occurrence in presence of hepatic cysts is exaggerated. The author recommends to restrict indications for operative treatment of cysts, restraintly concerns to their laparoscopic excision, consider the puncture–aspiration method the main in treatment of the disease. The method technology and results of its application are adduced.

Key words: nonparasitic hepatic cysts; minimally invasive surgery.

лечении существенную роль играют миниинвазивные методы, в частности, чрескожные пункционные вмешательства под контролем УЗИ, сочетающие высокую эффективность и малую травматичность манипуляций [7, 8].

В последние десятилетия разработаны и широко внедрены в медицинскую практику методы миниинвазивной хирургии, в частности, чрескожная лечебно–диагностическая пункция с аспирацией содержимого НКП и введением препаратов, обладающих склерозирующими свойствами, лапароскопическая фенестрация и другие операции с использованием минидоступа. Выполнение таких процедур под контролем УЗИ обеспечило безопасность и уменьшение травматичности вмешательства; угрозы возникновения таких послеоперационных

осложнений, как нагноение операционной раны, эвентрация, послеоперационная грыжа, спаечная болезнь; длительности лечения в стационаре, общей продолжительности периода нетрудоспособности, трудовой и социальной реабилитации [2, 4, 6, 7].

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных по поводу НКП путем разработки индивидуальной хирургической тактики и дифференцированного использования открытых и миниинвазивных методов в хирургии; оценка эффективности миниинвазивных хирургических методов лечения больных; улучшение их результатов путем разработки и внедрения в клиническую практику модифицированных методов радиочастотной обработки стенок кисты, гидроимпульсной санации полости

кисты, в сочетании с трехмерным моделированием изображения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 160 пациентов по поводу НКП, у которых выполнены различные по объему оперативные вмешательства под контролем УЗИ за период с 2004 по 2013 г. Женщин было 102 (64%), мужчин — 58 (36%). Возраст больных от 16 до 75 лет. Учитывая тотальное поражение органа, для достижения максимального эффекта пунктировали наибольшие кисты. У 124 (78%) больных отмечены кисты правой доли печени, у 36 (22%) — левой доли. У 115 (71,8%) больных выявлены единичные кисты, у 26 (16,2%) — по две кисты, из них у 21 — расположенные в одной доле печени; у 19 (11,8%) — более 2 кист. НКП были диаметром от 2 до 12 см, в том числе от 2 до 3 см — у 18 (11,2%) пациентов, от 3 до 6,5 см — у 81 (50,6%), от 6,5 до 9 см — у 40 (25%), более 10 см — у 21 (13,1%).

У всех больных применяли комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. УЗИ выполняли всем пациентам. "Холодные" очаги выявлены у 11 (61,1%) пациентов, из них у 2 при ранее проведенном исследовании печени очаговые образования не обнаружены. Диффузно-неравномерное поглощение радиоизотопа установлено в 6 (33,3%) наблюдениях, отсутствие патологических изменений печени — у 1 (5,6%) (в по-



Рис. 1.
Ультрасонограмма.
Непаразитарная киста печени.

следующем по данным УЗИ выявлены множественные кисты, что подтверждено при лапароскопии). УЗИ выполняли с использованием ультразвуковых аппаратов "Philips HDL 5000". Оно позволяло оценить размеры образования, его взаимоотношение с внутривнутрипеченочными трубчатыми структурами, количество патологических образований, их локализацию в сегментах печени (рис. 1).

Компьютерная томография (КТ) брюшной полости проведена 85 (53%) больным в отделении лучевой диагностики с помощью спирального рентгеновского компьютерного томографа "HiSpeed NX/i Pro" (рис. 2). КТ применяли в целях дифференциальной диагностики, а также выбора доступа, метода оперативного вмешательства в зависимости от локализации кист, распространенности процесса, характера осложнений. КТ для уточнения пред-

полагаемого диагноза, исключения паразитарной природы кисты проведена у 10 больных при идиопатических кистах печени.

По данным КТ диагноз кисты печени подтвержден у 9 больных, у 1 окончательный диагноз не установлен, в последующем при диагностической лапароскопии констатирован поликистоз печени. Радиоизотопное исследование печени проведено у 18 больных для диагностики идиопатических кист печени.

Больные распределены на две группы — основную и группу сравнения. У 132 пациентов (основная группа) лечение включало пункцию и дренирование НКП под контролем УЗИ; у 28 пациентов (группа сравнения) лечение проводили с применением открытого трансабдоминального доступа и с помощью видеолапароскопии. Стандартное хирургическое лечение проведено 28 (18%) пациентам по поводу НКП.

Все оперативные вмешательства выполняли под эндотрахеальным наркозом. По результатам гистологического исследования опухолевый или паразитарный характер кист не отмечен. Вскрытие кисты с дренированием осуществлено у 8 больных, фенестрация кисты — у 5, резекция пораженной части печени — у 7, гемигепатэктомия — у 2, марсупиализация — у 1, лапароскопическое иссечение кисты — у 5. Фенестрацию выполняли при подкапсульном, а иссечение оболочек — при внутривнутрипеченочном расположении кист. После лапаротомии проводили ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, вскрытие и опорожнение кист. У некоторых больных осуществлена анатомическая и атипичная резекция печени. Показаниями к резекции печени были: множественные кисты печени в пределах одной анатомической области; крупные солитарные кисты со сформированной капсулой, занимающие всю анатомическую область печени; краевое расположение средних и крупных солитарных кист.

Пункционные методы лечения под контролем УЗИ использованы у 132 больных.



Рис. 2.
Компьютерная томограмма.
Непаразитарная киста печени.

Показаниями к применению минимально инвазивных методов лечения НКП являются: киста диаметром более 30 мм; киста, расположенная центрально, в воротах печени (со сдавлением билиарного тракта и/или признаками портальной гипертензии); нагноение кисты; киста при наличии выраженных клинических признаков (постоянная боль в подреберье, диспептические явления, похудение и др.).

При наличии НКП диаметром до 30 мм больным показано диспансерное наблюдение.

Противопоказаниями к выполнению миниинвазивных вмешательств являются:

кровотечение в полость кисты, связь кисты с желчными протоками, разрыв кисты, тяжелое нарушение свертывающей системы крови, высокий операционно-анестезиологический риск.

Пункцию и дренирование кист проводили с использованием трех методов: одноэтапно — с применением стилет-катетера, троакарным способом и двухэтапно — по типу Сельдингера. В режиме "свободной руки" осуществляли контроль продвижения иглы. Необходимым условием при этом является возможность получения ультразвукового среза с одновременной визуализацией пунктируемого очага и плоскости прохождения иглы дренирующей системы. После проведения обзорного УЗИ выбирали траекторию движения инструмента, которая может быть линейной или "ломаной". Применяли технику PAIR—PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) [8]. Для дренирования кисты использовали стилет-катетер. После попадания в полость НКП стилет извлекали, дренаж фиксировали к коже. Использовали изогнутые дренажные катетеры 12 — 18 Fr, а также типа "pig tail". Через катетер максимально аспирировали содержимое кисты. Затем полость неоднократно промывали 30% раствором NaCl. Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента пожилого возраста возникла правосторонняя нижнедолевая пневмо-

ния, еще у одного больного наблюдали нагноение остаточной полости. У 8 больных при нагноившейся НКП достигнута полная эвакуация содержимого во время манипуляции. Сроки полной эвакуации при нагноившихся НКП составили в среднем ($16,3 \pm 2,4$) дня, в остальных наблюдениях — ($22,2 \pm 3,4$) дня. Продолжительность лечения больных в стационаре при выполнении чрескожных вмешательств составила в среднем ($13 \pm 2,1$) дня. В этой группе все пациенты живы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пункционное лечение проведено 65 больным с использованием в качестве склерозанта 96% этанола, дренирование НКП — у 67. Однократная пункция осуществлена у 35 больных, у 30 — потребовалось выполнение 2 — 3 пункций. Периодичность их индивидуальна. При этом формирование остаточных полостей не считали осложнением операции и расценивали как отсроченную реакцию паренхимы печени на перифокальное воспаление. У всех пациентов проведено цитологическое исследование содержимого кист, а при их нагноении — бактериологическое исследование. Дренирование НКП проводили по таким показаниям: нагноение, диаметр более 55 мм, кисты, расположенные в C_{III} — C_{IV} сегментах диаметром более 40 мм, неэффективность пункционного лечения. Дренаж в полости кисты находился в течение от 2 нед до 2 мес.

Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение 1 нед, в сочетании с визуальным (спадение полости или полная облитерация) и клиническим (уменьшение или исчезновение жалоб) эффектом. При выполнении миниинвазивных вмешательств осуществляли постоянный контроль с помощью УЗИ. Длительность лечения больных в стационаре после чрескожных вмешательств составляла в среднем ($10 \pm 1,6$) дня.

Отдаленные результаты лечения проанализированы в сроки от 3 мес до 2 лет. Для оценки эффективности

лечения проводили УЗИ в динамике (3, 6, 12, 24 мес) в целях контроля состояния полости и спадения ее стенок. Рецидивов заболевания не было.

Несмотря на то, что чрескожное дренирование принято в качестве безопасной процедуры в лечении НКП, долгосрочных клинических результатов пока нет. Продолжительность лечения больных в стационаре составила от 1 до 4 дней, в среднем ($2,1 \pm 0,7$) дня, пациентов наблюдали в течение от 43 до 62 мес, в среднем ($54 \pm 5,4$) мес. Максимальный диаметр кисты уменьшился с ($7,5 \pm 2,9$) до ($3,2 \pm 1,5$) см ($p < 0,001$). По данным УЗИ в динамике в целях контроля состояния полости и спадения ее стенок отмечены высокая эхогенность и гетерогенность в полости кисты.

Миниинвазивные вмешательства имеют существенные преимущества по сравнению с открытыми операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, уменьшение частоты послеоперационных осложнений, продолжительности лечения пациентов в стационаре. Особое значение миниинвазивные технологии приобретают при лечении НКП у пациентов пожилого возраста, с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, при высоком операционном риске.

НКП в зависимости от размеров и локализации требуют различных подходов к тактике ведения. При диаметре кисты до 30 мм, отсутствии клинических симптомов и достоверном установлении по результатам комплексного обследования диагноза пациентам показано динамическое наблюдение.

При множественных НКП диаметром более 30 мм и солитарных кистах диаметром более 50 мм показано выполнение миниинвазивных вмешательств. Ранний и систематический контроль УЗИ области возможного формирования остаточной полости или скоплений жидкости с превентивными санирующими пункциями являются важным этапом лечебной тактики, во многом определяющим тяжесть и длительность течения послеоперационного периода.

В то же время, полагаем ошибочным преувеличивать значимость этих методов как основного пособия при лечении больных по поводу НКП. На современном этапе развития хирургии необходимы переосмысление и унификация тактики при применении стандартных вмешательств с учетом внедрения в практику новых технологий. Накоп-

ленный нами опыт использования пункционно—аспирационного метода лечения НКП свидетельствует о необходимости его применения по строго обоснованным показаниям, а также дальнейшего совершенствования техники операций и их инструментального обеспечения. Пункция и дренирование НКП под контролем УЗИ являются эффективны-

ми способами лечения больных, позволяющими уменьшить его продолжительность, частоту выполнения полостных операций, вероятность возникновения послеоперационных осложнений. Чрескожное дренирование является безопасным и менее дорогим методом лечения НКП по сравнению с открытым хирургическим вмешательством.

ЛИТЕРАТУРА

1. Глушков Н. И. Возможности ультрасонографии в диагностике и лечении непаразитарных кист и абсцессов печени / Н. И. Глушков // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2009. — Т. 168, № 3. — С. 76 — 78.
2. Жаворонкова О. И. Лечение непаразитарных кист печени более 10 см в диаметре / О. И. Жаворонкова // Анналы хирург. гепатологии. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 116 — 122.
3. Иванов В. А. Пункционные малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии: учеб. пособие / В. А. Иванов. — М.: РУДН, 2008. — 130 с.
4. Гаврилин А. В. Роль высокотехнологичных ультразвуковых методов исследования в диагностике крупных и гигантских непаразитарных кист / А. В. Гаврилин // Альманах Ин—та хирургии им. А. В. Вишневского. — 2006. — № 1. — С. 35 — 37.
5. Толстикова А. П. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени / А. П. Толстикова // Мед. альманах. — 2010. — № 1 (10). — С. 151 — 152.
6. Жаворонкова О. И. Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем: автореф. дис. ... канд. мед. наук / О. И. Жаворонкова. — М., 2007. — 26 с.
7. Пышкин С. А. Лечебная тактика при неосложненных непаразитарных кистах печени / С. А. Пышкин // Хирургия. — 2008. — № 11. — С. 35 — 38.
8. PAIR as percutaneous treatment of hydatid liver cysts / V. Pelaez, C. Kugler, D. Correa [et al.] // Acta Trop. — 2000. — Vol. 75, N 2. — P. 197 — 202.

