

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Ничитайло М. Е., Скумс А. В., Литвин А. И., Литвиненко А. Н.

Национальный Институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова АМН Украины

Работа основана на данных комплексного клинического обследования и хирургического лечения 89 больных с кистозными образованиями селезенки. На основе проведенных исследований разработаны показания и противопоказания к использованию миниинвазивных методов лечения (лапароскопических и пункционно-дренирующих под контролем УЗИ), с учетом размеров, локализации, этиопатогенезу и наличия осложнений кист селезенки. Дана оценка диагностической эффективности ультразвукографии и компьютерной томографии при кистозных образованиях селезенки а также установлена значимость этих методов при выборе рациональной лечебной тактики. Разработаны и внедрены в клиническую практику этапы эндохирургической техники, максимально направленной на выполнение органосохраняющих операций при кистах селезенки. Разработанный диагностический алгоритм и лечебная тактика больных с кистами селезенки позволила уменьшить количество послеоперационных осложнений, сократить сроки госпитализации и улучшить качество их жизни.

Ключевые слова: кистозные образования селезенки, миниинвазивные вмешательства.

Несмотря на то, что миниинвазивные и органосохраняющие направления являются приоритетными в современной хирургии, методы оперативного лечения патологии селезенки далеки от совершенства. Диагностика, хирургическая тактика, определение метода выбора и показаний к оперативному вмешательству по поводу заболеваний селезенки – один из наименее изученных разделов хирургии органов брюшной полости, что обуславливает актуальность поиска новых методов диагностики и лечения больных с этой патологией [6]. Непаразитарные, врожденные и приобретенные кисты селезенки (КС), кистозные опухоли составляют 0,5–2% в структуре всех заболеваний селезенки [1, 2]. Благодаря широкому внедрению в клиническую практику УЗИ, КТ и МРТ КС начали выявлять значительно чаще, в большинстве наблюдений – в стадии, когда значительная часть паренхимы селезенки еще сохранена [4, 7]. Несмотря на относительное увеличение заболеваемости, что обусловлено улучшением диагностики, возрастание общего количества больных, которые обращаются за медицинской помощью, ставит эти заболевания в ряд актуальных проблем современной хирургии. В связи с этим необходима отработка оптимальных алгоритмов ранней диагностики кистозных образований селезенки, снижение травматичности операций, усовершенствование способов профилактики послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания [3]. Актуальной является разработка новых миниинвазивных вмешательств у этой категории больных как альтернативы открытым операциям. Новые перспективы открывает использование видеондоскопических технологий [9]. Интерес к таким методикам обусловлен, во

первых, тем, что выполнение открытого вмешательства сопровождается значительной операционной травмой, длительной послеоперационной реабилитацией пациента [2, 3].

Цели и задачи исследования – улучшение результатов лечения больных с кистами селезенки путем разработки и внедрения в клиническую практику органосохраняющих оперативных вмешательств с приоритетным использованием миниинвазивных технологий.

Материалы и методы исследования

Работа основывается на проспективном и ретроспективном анализе результатов комплексного клинического обследования и хирургического лечения 89 больных с кистозными образованиями селезенки, которые находились на лечении в Национальном институте хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова АМН Украины за период с 1999 по 2010 гг. Результаты обследования и лечения фиксировали в специальных картах, которые оформляли на каждого больного. В карту включали ведомости об основных методах исследования, необходимые, на наш взгляд, для диагностики кист селезенки и анализе эффективности проведенного лечения.

Соответственно с целью исследования все больные с КС распределены на две клинические группы. В основную группу включены 49(55,0%) пациентов, которым использовали миниинвазивные (лапароскопические и пункционные) методы лечения. В контрольную группу вошли 40(45,0%) больных, где выполнены оперативные вмешательства с использованием общепринятого (открытого) способа, основным методом

лечения была спленэктомия (оперированы преимущественно в период с 1999 по 2003 гг).

Заболевания чаще выявляли у женщин, в отношении 3,75:1. Возраст больных колебался от 13 до 78 лет, в среднем 39,5+7,4 года.

Таким образом, основная категория – это пациенты молодых и средних лет, трудоспособного возраста (от 18 до 60 лет) – 65(73,0%), что определяет медико-социальную значимость данной проблемы.

Клинические проявления КС были полиморфными. Отсутствие патогномических симптомов и специфических изменений лабораторных показателей периферической крови обуславливает значительные трудности первичной диагностики кистозных образований селезенки.

Основной жалобой у большинства – 45(50,6%) пациентов была боль, как постоянная – тупая, ноющая или распирающая, которая усиливалась во время физической нагрузки, так и периодическая. У 6(6,7%) больных выявили интоксикационный синдром – повышение температуры тела, озноб, общее недомогание и др. Случайно кисты селезенки выявлены у 37(41,6%) пациентов во время УЗ исследования, особенных жалоб они не предъявляли.

Длительность заболевания от 1 месяца до 5 лет, в среднем (19,8+3,6) мес. Начало заболевания фиксировали от момента появления жалоб у больного и проведения обследования с целью выявления очагового поражения селезенки, а также случайного (в основном по данным УЗИ). Диаметр кист согласно УЗИ и интраоперационной ревизии колебался от 3 до 19 см.

По локализации КС преобладал верхний полюс органа – у 37(41,6%) больных, реже – в нижнем – у 23(25,8%), еще реже – в воротах селезенки и центральном сегменте – у 9(10,1%). У 5(5,6%) больных отмечали кистозные изменения всей паренхимы селезенки.

Для диагностики кистозных образований селезенки основная роль отводилась ультразвуковому исследованию, при помощи которого определяли размеры, локализацию, объем, характер содержимого, наличие внутренних перегородок, объем и состояние паренхимы органа. Кроме того, некоторым больным выполняли компьютерную томографию, при помощи которой устанавливали толщину стенок и паренхимы над кистой, определяли внутриорганное расположение кисты, оценивали внутреннее пространство кист, наличие перегородок и трабекул.

Всем больным с КС выполнены хирургические вмешательства. В контрольной группе основной операцией была спленэктомия, выполнена у 27(30,3%) больных, у 9(10,1%) – произведена резекция селезенки с кистой, у 3(3,4%) – энуклеация кисты, у 1(1,1%) – фенестрация, санация и наружное дренирование кисты (в связи с нагноением). В основной группе лапароскопическая парциальная декапсуляция-фенестрация

кист проведена у 24(27%) хворих, лапароскопическая спленэктомия – у 9(10,1%), лапароскопическая резекция селезенки с кистой – у 2(2,2%), пункционно-дренирующие операции под контролем УЗИ – у 14(15,7%).

Морфологическое исследование удаленных препаратов (селезенка с кистой, стенка кисты при ее частичной резекции) произведено у 67 наблюдениях. Псевдокисты диагностированы у 43 случаях (плотная фиброзная ткань с участками кальциноза и гиалиноза), истинные кисты – у 13, кистозная лимфангиома – у 5, кистозная гемангиома – у 4, организованный абсцесс – в 2 случаях.

При выполнении парциальной декапсуляции-фенестрации использовали три троакарных доступа: первый 10 мм порт в параумбиликальной области, 5 мм слева по медиальному краю прямой мышцы живота и 10 мм троакар в левом подреберье по передней аксилярной линии. После визуализации кистозного образования приступали к первому этапу операции – вакуумаспирации содержимого кисты, после чего через то же отверстие в полость вводили адекватный объем склерозанта (70–96% р-р этилового спирта, концентрированный р-р глюкозы и др.) с экспозицией дважды по 5–10 минут. Следующим этапом была непосредственно декапсуляция («unroofing»), которая выполнялась с максимальным приближением к паренхиме селезенки, гемостаз в случаях кровотечения выполняли при помощи биполярного или аргонового коагулятора. После иссечения капсулы, на завершальном этапе проводили остаточную обработку внутренней поверхности одним из коагуляторов. Оперативное вмешательство заканчивали дренированием остаточной полости кисты во всех случаях.

В случаях выполнения лапароскопической спленэктомии инструменты вводили через 4 троакара: два 10 мм по срединной линии возле пупка и мечевидного отростка слева, 10 и 5 мм троакары в левом подреберье по срединно-ключичной и передней аксилярной линиям соответственно. Методика спленэктомии включала следующие этапы: I – мобилизация нижнего полюса селезенки, для чего пересекали толстокишечно-селезеночную связку; II – пересечение желудочно-селезеночной связки и выделение ворот селезенки; III – отдельное клипирование (лигирование) и пересечение селезеночной артерии и вены; IV – мобилизация верхнего полюса селезенки и собственно спленэктомия, удаление селезенки из брюшной полости при помощи мешка-экстрактора. У 7 из 9 пациентов после выполнения лапароскопической спленэктомии проводили аутооттрансплантацию селезеночной ткани.

Результаты исследования и их обсуждение

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после открытых операций возникли

у 6(15%) больных, в том числе у одного больного потребовалось выполнение релапаротомии в ранние сроки.

Объем интраоперационной кровопотери составил в среднем $216 \pm 48,1$ мл, длительность оперативного вмешательства – $74 \pm 21,6$ мин, дренаж удален через $6,3 \pm 2,1$ суток. Сроки пребывания больного в стационаре после операции составили от 8 до 32 дней, в среднем $14,6 \pm 2,3$ дня.

Отдаленные результаты лечения оценивали через 6–36 мес. Исследования проведены у 30 больных, которым выполнены открытые оперативные вмешательства. Свое состояние как хорошее оценили 15 пациентов, удовлетворительное – 11, неудовлетворительное – 4, что было обусловлено длительным периодом реабилитации, потерей трудоспособности, выраженным астеническим синдромом и поздними осложнениями. Наиболее частым осложнением у этой категории больных было образование послеоперационных грыж брюшной стенки – у 2(5%) пациентов.

Интраоперационные осложнения (кровотечение) отмечено у 1(2%) больного основной группы (выполнена гемотранфузия); необходимости перехода к лапаротомии не было; длительность лапароскопического вмешательства составила от 48 мин – при выполнении парциальной резекции кисты, до 189 мин – при лапароскопической спленэктомии, в среднем $121,3 \pm 22,1$; кровопотеря – $71,5 \pm 23,8$ мл; из послеоперационных осложнений у 1(2%) больного отмечены гематомы ран.

Длительность пребывания больных в стационаре составила 6–14 дней, в том числе после операции – $7,8 \pm 1,4$ дней; срок дренирования остаточной полости после операции – $3,7 \pm 0,4$ дня. Все пациенты живы.

Отдаленные результаты изучены через 2, 6 и 36 мес. Обследовано 24 больных, которым выполнены лапароскопические вмешательства. Свое состояние как хорошее охарактеризовали 18(75%) пациентов, удовлетворительное – 6(25%), неудовлетворительных результатов не было.

По данным контрольного ультразвукового исследования у 19 больных отмечены небольшие остаточные полости и очажки фиброза в зоне кисты, у 5 – паренхима селезенки однородная.

Пункционно-дренирующие методы лечения кист селезенки применяли у 14(15,7%) пациентов, которым выполнено 32 вмешательства. Диаметр кист селезенки от 2–3 до 10 см, в среднем 5,4 см, локализация в верхнем сегменте – у 7 пациентов, в нижнем – у 5, полифокальное поражение – у 1, и в воротах (центральный сегмент) – в 1 случае. Во время лечения кист селезенки путем этапных чрезкожных пункционных аспираций со склерозированием полости под контролем ультразвука непосредственно во время манипуляций осложнений не наблюдали. При после-

дующих ультразвуковых исследованиях отмечалось постепенное уменьшение полости кисты и ее жидкостного компонента, и в дальнейшем снижение экзогенности образования.

Длительность госпитализации больных при использовании метода этапных чрезкожных пункционных аспираций под контролем УЗИ составила 3–12 дней, в среднем $7,7 \pm 1,2$ дня.

Отдаленные результаты метода оценены у 11 больных с сроки 6–24 мес. Удовлетворительные результаты отмечены у 10 пациентов. Таким образом, в результате анализа проведенного лечения нами разработаны показания к оптимальному оперативному вмешательству при кистах селезенки:

1. Пункционному лечению подлежат:

– кисты селезенки размерами до 4 см в диаметре с тенденцией к увеличению и интрапаренхиматозной локализацией кисты;

– кисты селезенки у пациентов преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском;

– поликистоз селезенки (больше 3-х) с размером наибольшей кисты до 4 см;

– с диагностической целью (цитологическое, морфологическое исследование), с последующим радикальным оперативным вмешательством.

2. показания к пункционно-дренирующим операциям под УЗИ-контролем:

– кисты селезенки более 4–5 см в диаметре при неэффективности пункционного лечения;

– кисты селезенки с нагноением, как первый этап радикального лечения.

3. Основными показаниями к лапароскопической спленэктомии мы считаем:

– кисты больших размеров центральной локализации (более 10 см);

– поликистоз селезенки с интрапаренхиматозной локализацией кист (при поражении >2 сегментов органа и размерами кист >5 см), особенно у пациентов старшего и преклонного возраста;

– при подозрении на эхинококкоз селезенки.

4. Во всех других случаях при наличии кисты селезенки более 5 см с поверхностной локализацией, показано выполнение лапароскопической парциальной резекции кист с обязательной обработкой и дренированием остаточной полости.

Анализ результатов проведенных исследований позволяет сделать вывод, что органосохраняющие и заместительные операции по поводу кистозных образований селезенки технически возможны как с использованием широкой лапаротомии, так и миниинвазивных хирургических технологий. Основопологающим моментом успешного исполнения таких операций является рациональное использование всего арсенала диагностических исследований с целью установления точного диагноза в кратчайшие сроки (характер, величина, локализация кистозного

образования), что позволяет определить показания к использованию определенного метода оперативного вмешательства.

Внедрение современных миниинвазивных методов и использование новых технологий во время оперативного лечения сопутствовали сокращению сроков послеоперационной госпитализации в два раза, уменьшению частоты послеоперационных осложнений до 2%.

Таким образом, лапароскопические вмешательства являются приоритетным методом хирургического лечения, характеризуются малой травматичностью, низкой частотой осложнений, хорошими отдаленными результатами. Использование открытых хирургических методов лечения показано, если лапароскопическая операция не может быть выполнена по объективным причинам, при возникновении осложнений во время проведения миниинвазивной операции. Использование УЗИ-контролируемых пунктирно-дренирующих методов лечения целесообразно у пациентов с выраженной сопутствующей патологией и высоким риском анестезиологического обеспечения, а также при центральной интрапаренхиматозной локализации кисты. Хирургическая тактика с приоритетным использованием миниинвазивных вмешательств привела к увеличению удельного веса органосохраняющих операций с 32,5% (13 больных) до 81,6% (40 больных) во втором периоде исследования.

Выводы

1. При условии точной дифференциальной диагностики кисты селезенки размером до 4 см нуждаются в динамическом наблюдении с выполнением контрольного ультразвукового исследования каждые 6 мес. Наличие кист селезенки диаметром более 4 см является показанием к оперативному лечению.

2. Операция выбора при кистозных образованиях селезенки – лапароскопическая парциальная резекция кисты, которая сопровождается минимальной частотой осложнений (2,0%) в сравнении с открытыми операциями (10,0%), малой кровопотерей – (71,5±23,8) мл, существенным сокращением длительности послеоперационной госпитализации – до (7,8±1,4) дня, уменьшением периода медицинской и социальной реабилитации.

3. Пунктирно-дренирующие операции под контролем УЗИ целесообразно использовать с целью цитологической верификации содержимого кист, при наличии небольших кист (диаметром до 5 см) интрапаренхиматозной локализации их, а также в случаях абсолютных противопоказаний к проведению лапароскопического вмешательства.

4. Выполнение лапароскопической спленэктомии с обязательной аутотрансплантацией ткани селезенки целесообразно при наличии больших и гигантских кист (диаметром свыше 15 см), кист центрального сегмента (ворота) селезенки, мультифокальном поражении органа.

Литература

1. Непаразитарные кисты селезенки у детей / И. В. Поддубный, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов [и др.] // Эндоск. хирургия. – 2004. – № 3. – С. 30–38.
2. Органосохраняющая и миниинвазивная хирургия селезенки [М. В. Тимербулатов, А. Г. Хасанов, Р. Р. Фаязов и др.] – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 224 с.
3. Шапкин Ю. Г. Влияние выбранной операции на развитие осложнений в послеоперационном периоде у больных, оперированных на селезенке / Ю. Г. Шапкин, В. В. Масляков, В. Р. Горбеллик // Анналы хирургии. – 2006. – № 3. – С. 9–13.
4. Hansen M. B. Splenic Cysts / Hansen M. B., Moller A. C. // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2004; –14:316–322)
5. Geraghty M. Large primary splenic cyst. A laparoscopic technique / Geraghty M., Khan I. Z., Conlon K. C. // J Min Access Surg. – 2009. – 5: 14–16.
6. A ten-year experience with laparoscopic treatment of splenic cysts / E. H. Chin, R. Shapiro, D. Hazzan [et al.] // JSLS. – 2007. – Vol. 11, N 1. – P. 20–23.
7. Fisichella M. P. Hepatic and splenic hydatidosis managed with Percutaneous Aspiration, Injection, and Reaspiration (PAIR) of the hepatic cyst and laparoscopic splenectomy / M. P. Fisichella, K. Donaldson, S. W. Helton // J. Gastrointest. Surg. – 2007. – N 11. – P. 116–1131.
8. Post-traumatic splenic cysts treated with laparoscopy: two case reports / Dimitrios V., Kyriakopoulos Ch. E., Konstantinopoulou S. [et al.] // Cases Journal. – 2009; – 2: 76–79.
9. Laparoscopic Unroofing of a Large Pseudocyst of the spleen: Report of the case / Matsutani T., Uchida E., Yokoyama T. [et al.] // J Nippon Med Sch. – 2009; – 76: 319.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ КІСТОЗНИХ УТВОРЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ

Ничитайло М. Е., Скумс А. В., Литвин А. И., Литвиненко А. Н.

Національний Інститут хірургії і трансплантології ім. А. А. Шалімова АМН України

Робота ґрунтована на даних комплексного клінічного обстеження і хірургічного лікування 89 хворих з кистозними утвореннями селезінки. На основі проведених досліджень розроблені свідчення і протипоказання до використання мініінвазивних методів лікування (лапароскопічних і дренажних для пункції під контролем УЗИ), з урахуванням розмірів, локалізації, етіопатогенезу і наявності ускладнень кіст селезінки. Дана оцінка діагностичної ефективності ультрасонографії і

комп'ютерної томографії при кістозних утвореннях селезінки, а також встановлена значущість цих методів при виборі раціональної лікувальної тактики. Розроблені і впроваджені в клінічну практику етапи ендохірургической техніки, максимально спрямованої на виконання органозберігаючих операцій при кістах селезінки. Розроблений діагностичний алгоритм і лікувальна тактика хворих з кістами селезінки дозволила зменшити кількість післяопераційних ускладнень, скоротити терміни госпіталізації і поліпшити якість їх життя.

Ключові слова: кістозні утворення селезінки, мініінвазивні втручання.

LAPAROSCOPIC SURGERY OF SPLENIC CYSTS

Nichitaylo M. Ye., Skoums A. V., Lytvyn A. I., Lytvynenko A. N.

The National Institute of Surgery and Transplantology of the AMS of Ukraine, Kiev

The paper is based on complex clinical investigation and surgical treatment data of 89 patients with splenic cysts. Indications and contraindications for minimally invasive technique use (laparoscopic and interventional) considering size, localization, etiology, pathogenesis and complications of splenic cyst have been introduced based on conducted researches. Diagnostic efficacy of sonography and computer tomography in splenic cysts has been evaluated. Significance of these diagnostic procedures in rational treatment tactics selection has been determined. Stages of endosurgical technique with predominance of organ preserving surgical procedures in splenic cysts treatment have been elaborated and applied in clinical practice. Proposed diagnostic and therapeutic tactics of patients with splenic cysts allowed decreasing postoperative complications quantity, hospital stay period and increasing quality of life in these patients.

Keywords: spleen cysts, mini-invasive interventions.