

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

**А.В. Смолькина,
А.А. Манучаров,
Д.В. Барин**

ФГБОУ ВПО
«Ульяновский
государственный
университет»,
ГУЗ «Мурманская областная
клиническая больница
им. П.А. Баяндина»

**Смолькина
Антонина Васильевна** –
e-mail: smolant1@yandex.ru

Исследование посвящено вопросу выбора тактики хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени. Проанализированы результаты обследования и лечения 148 пациентов. На основании комплексного клинического обследования и хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени разработан лечебно-диагностический алгоритм, который имеет место в хирургической практике.

Ключевые слова: непаразитарные кисты печени, диагностика, хирургическое лечение.

This study is about choosing the tactics of surgical treatment patients with non-parasitic hepatic cysts. Results of examination and treatment of 148 patients. On the basis of complex clinical and surgical treatment patients with non-parasitic hepatic cysts developed algorithm of diagnostic and treatment with non-parasitic hepatic cysts, should be used in surgical practice.

Key words: non-parasitic hepatic cysts, diagnosis, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

За последние годы число больных с очаговыми заболеваниями печени и, в частности, с непаразитарными кистами печени заметно увеличилось. Если ранее считали, что кисты печени встречались примерно в 0,8% случаев пожизненной диагностики, а по данным аутопсии частота невыявленных клинически пациентов с этой патологией составляла 1,86% [1,2]. По данным О.И. Жаворонковой (2007) непаразитарные кисты печени составляют 4–7% от числа всех пациентов с очаговыми заболеваниями печени [3]. Рост заболеваемости носит относительный характер и связан, в первую очередь, с большей выявляемостью этих пациентов благодаря использованию современных методов ультразвукографии, компьютерной томографии, ангиографии и др. [4,5]. Между тем, истинное увеличение числа больных с непаразитарными кистами печени, обращающихся за помощью, ставят эту патологию в ряд актуальных проблем современной хирургии.

Анализ данных литературы свидетельствует о том, что в настоящее время отсутствует единая точка зрения на показания к оперативному лечению больных с непаразитарными кистами печени. При этом повысилась роль миниинвазивных методик, к которым относятся чрескожные пункционные вмешательства под ультразвуковым контролем [3,5], применение минидоступа [6], лапароскопическим доступом [1,7]. Некоторые зарубежные и российские авторы полагают, что игловая аспирация и другие подобные манипуляции, в том числе введение в полость 96% спирта, опасны, неадекватны в лечебном аспекте и в ряде наблюдений приводят к тяжёлым последствиям, к алкоголизации [1, 2, 8, 9, 10].

В большинстве наблюдений течение заболевания бессимптомное, непаразитарные кисты выявляются случайно, при обследовании другого заболевания, и клинические

проявления бывают только до 16% больных при прогрессировании болезни [2, 11]. Но несмотря на это, скудность и неспецифичность клинических проявлений, длительно бессимптомное течение и несвоевременная диагностика непаразитарных кист печени обуславливают высокий риск возникновения таких грозных осложнений, как кровотечение в полость кисты, перфорация или разрыв кисты, нагноение кисты, развитие желтухи за счёт сдавления протоков большими кистами [11,12].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ – улучшить результаты диагностики и лечения больных с непаразитарными кистами печени путем разработки лечебно-диагностического алгоритма и дифференцированного использования традиционных и малоинвазивных методов в хирургии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 148 больных с непаразитарными кистами печени за период с 2000 по 2010 год, находившихся в Мурманской областной клинической больнице им. П.А. Баяндина и в клинике кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета.

Мужчин было 17 (11,5%), женщин – 131 (88,5%). Возраст больных составил 25–83 года, средний возраст $58 \pm 1,2$ года. Большинство больных госпитализировались в стационар в плановом порядке – 143 (96,6%) и 5 (3,4%) пациентов в экстренном порядке, в двух случаях причина экстренной госпитализации – клиника абсцедирования кист, трём пациенткам с гигантскими кистами потребовалась срочная госпитализация в связи с резко выраженной клинической картиной.

По характеру происхождения у 145 (97,9%) пациентов кисты были истинными серозными. У 3 (2,1%) – выявлена

посттравматическая фибринозная киста. Локализация кист – в правой доле у 81 (54,7%), в левой доле – у 44 (29,7%), в обеих долях – у 23 (15,6%) пациентов.

Множественные кисты были выявлены у 6 (4,1%) больных. Единичные кисты – у 117 (79,1%), а у 25 (16,8%) пациентов наблюдалось по две солитарных кисты.

При множественных кистах их размеры колебались от 0,3 до 15 см. Диаметр солитарных кист находился в пределах от 3 до 30 см.

Среди всех госпитализированных в клинику больных у 72 (48,6%) имелась сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта (Табл. 1): 45,2% случаев сочетаются с желчнокаменной болезнью и у 5 (3,4%) больных – с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы была выявлена у 49 (33,1%) больных. Легочная патология была выявлена у 7 (4,7%) больных (5 с хроническим бронхитом и 2 – с бронхиальной астмой). Патология со стороны почек и мочевыводящей системы – у 8 (5,4%) пациентов. У 5 (3,5%) больных были выявлены грыжи различной локализации: у 2 – пупочная грыжа, у 1 – паховая и у 2 – послеоперационная вентральная грыжа. Без сопутствующих заболеваний было 7 (11%) больных.

ТАБЛИЦА 1.

Распределение сопутствующих заболеваний по системам организма

Сопутствующие заболевания	Количество больных	%
Заболевания желудочно-кишечного тракта	72	48,6
Заболевания сердечно-сосудистой системы	49	33,1
Заболевания дыхательной системы	7	4,7
Заболевания мочевыделительной системы	8	5,4
Заболевания передней брюшной стенки	5	3,5
Без сопутствующих заболеваний	7	4,7
Всего	148	100

Всем поступившим пациентам производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Основными симптомами были ноющие боли в правом подреберье – у 84 (56,8%) больных, чувство тяжести в верхних отделах живота – у 52 (35,1%).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось всем пациентом. Компьютерная томография (КТ) для уточнения предполагаемого диагноза исключения паразитарной диагностики потребовалась 10 больным с идиопатическими кистами печени. Проведенная КТ подтвердила диагноз кисты печени у 9 больных, в 1 наблюдении окончательный диагноз выставлен не был и при диагностической лапароскопии в последующем констатирован поликистоз печени. Радиоизотопное исследование печени использовано у 18 больных в диагностике идиопатических кист печени. При этом «холодные» очаги выявлены у 11 (61,1%) пациентов, причем у 2 больных выполненное ранее УЗИ не обнаружи-

вало в печени очаговых образований. Диффузно-неравномерное поглощение радиоизотопа установлено в 6 (33,3%) случаях, а отсутствие патологии в печени констатировано у 1 (5,6%) больного (множественные кисты в дальнейшем выявлены при УЗИ и подтверждены при лапароскопии). При проведении сцинтиграфического исследования у больных с очаговыми поражениями менее 5 см в диаметре была очень высокая вероятность получения ошибочного заключения или ложноотрицательного результата, что связано с перекрытием изображения таких очагов интенсивным сигналом от расположенной над и под ними нормально функционирующей паренхимой печени.

Если при наличии очагового образования более 5 см в диаметре четкий дефект накопления радиоизотопа был получен в 73,3% случаев, то при мелких одиночных и множественных очагах чаще выявляется диффузно-неравномерное накопление препарата.

Больные разделены на две группы: I группа – 85 (57,4%) пациентов, которым оперативное лечение не выполнялось, и II группу составили 63 (42,6%) больных, которым выполнено хирургическое лечение: 19 (30,2%) пациентам выполнялись лапаротомные доступы, 23 (36,5%) больным операция выполнялась лапароскопически и 21 (33,3%) – выполнялись лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Обследование больных с непаразитарными кистами печени в целом должно решать следующие задачи:

1. Выявление наличия, определение размеров и точной локализации кисты печени.
2. Дифференциальная диагностика с другими очаговыми заболеваниями печени (паразитарные кисты, абсцессы, гемангиомы и др.) или кистами околопеченочной локализации.
3. Определение показаний к хирургическому лечению.
4. Уточнение оптимального вида вмешательства и хирургического доступа.

Исходя из поставленных задач, с учетом результатов, полученных при анализе данных различных методов обследования пациентов, нами был разработан лечебно-диагностический алгоритм обследования больных с кистами печени (рис. 1).

В результате исследования выявлено, что идиопатические кисты печени малого размера (менее 5 см) не имеют клинической симптоматики. При увеличении размеров кист более 10 см в диаметре появляется болевой синдром у 88% больных, который носит характер тупых ноющих болей в правом подреберье.

Показаниями к лапаротомии у 5 больных мы считали внутрипеченочное расположение кист, локализацию их вблизи

крупных сосудов (например, признаки сдавления нижней полой вены), невозможность исключить паразитарный характер поражения (3 больных), нагноение кист (2 больных), наличие сопутствующей патологии желчного пузыря и желчных протоков, требовавшей «открытого» вмешательства (9 больных).

В 2 случаях была выполнена атипичная резекция левой доли печени, в 3 случаях резекция кист, в 5 – иссечение выступающих стенок кист, дренирование и тампонада остаточной полости сальником, в 8 – вскрытие кисты и дренирование полости, из них в 1 случае после вскрытия кисты остаточная полость была ушита и дренирована, и в одном случае был наложен цистоэнтероанастомоз. При этом у 9 больных были выполнены симультанные операции одновременно с вмешательствами на желчном пузыре и желчных протоках: холецистэктомия – 8 наблюдений, из них холедохолитотомия с дренированием по Керу – 4 случая, холецистостомия – 1 случай. Объем эвакуированного содержимого кист колебался от 60,0 до 5000,0 мл. В среднем $1,300 \pm 275,6$ мл.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 6 (31,6%) больных, что достоверно больше, чем при лапароскопическом доступе ($p=0,05$ по Фишеру). В двух

случаях на 2-е сутки после операции было выявлено кровотечение из послеоперационной раны. При ревизии обнаружен кровоточащий сосуд, который был прошит. У одного больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс. У одной больной в послеоперационном периоде была диагностирована и пролечена пневмония и у одного развился острый панкреатит, потребовавший инфузионной терапии. У одной больной в послеоперационном периоде была выявлена тромбоэмболия легочной артерии.

Наименее длительная температурная реакция, а также наиболее быстрое восстановление показателей крови наблюдалось у больных после резекций кист печени или иссечения выступающей части стенки кисты. Наиболее длительно сохраняющиеся проявления воспалительного процесса (температура, лейкоцитоз, повышение СОЭ) наблюдались у больных после вскрытия и дренирования кист. Длительное сохранение изменений со стороны показателей крови у больных, перенесших симультанные операции, было обусловлено, в основном, вмешательством на желчных протоках (например, дренированием холедоха по Керу). Аналогичная зависимость наблюдается и при сравнении продолжительности послеоперационного пребывания больных в стационаре. Наименьший послеоперационный

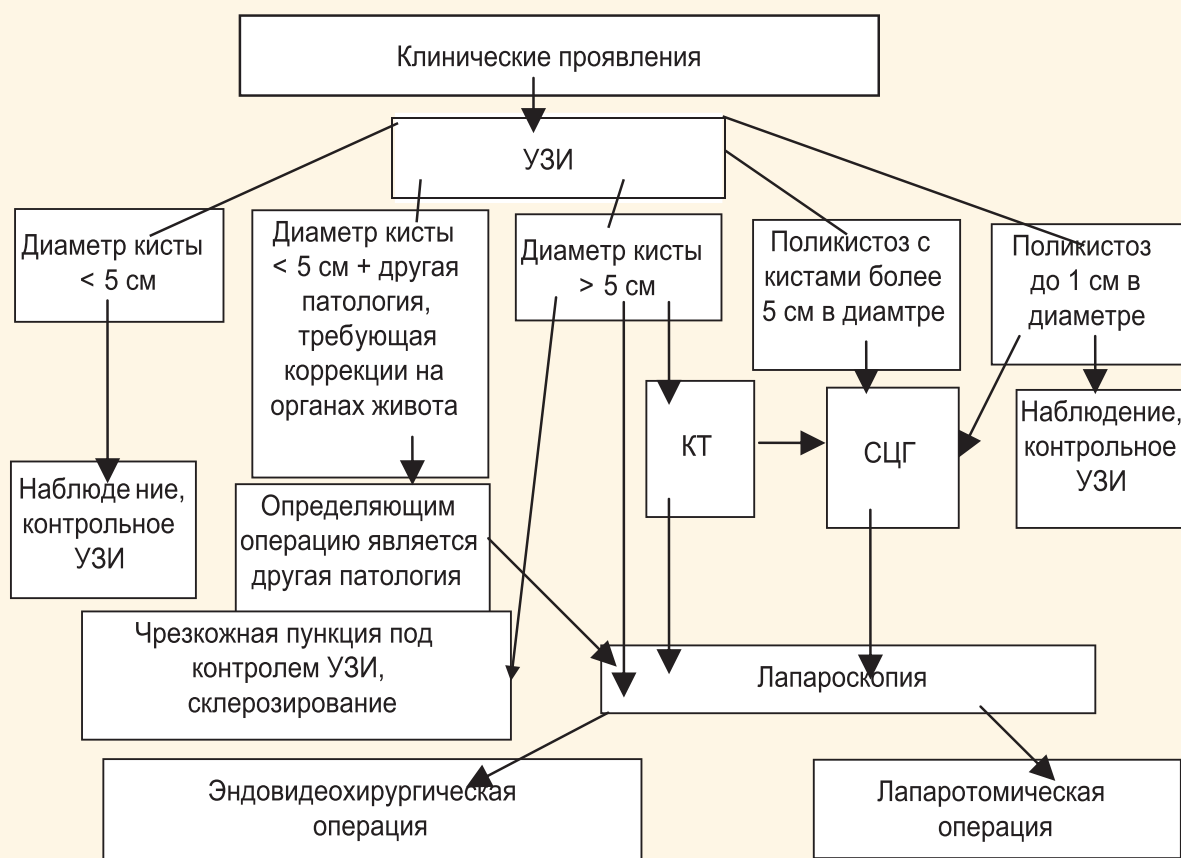


РИС. 1.

Лечебно-диагностический алгоритм для больных с непаразитарными кистами печени.