

УДК 616.36-003.4-089.81

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

А.П. Толстиков, А.В. Захарова, ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Толстиков Алексей Петрович – e-mail: alexei6260@rambler.ru

Представлены результаты лечения 160 больных с непаразитарными кистами печени в период с 2000 по 2009 год. Ведение пациентов основывалось на разработанном алгоритме диагностики и лечения непаразитарных кист печени.

Ключевые слова: минимальноинвазивная хирургия, киста, печень, ультразвук.

Results of treatment of 160 patients with non-parasitic hepatic cysts during the period of 2000 – 2009 years are presented. Management of patients was based on the developed algorithm of diagnostic and treatment of non-parasitic hepatic cysts.

Key words: minimally-invasive surgery, cyst, liver, ultrasound.

Введение

С внедрением в медицинскую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики значительно возросла частота выявления очаговых образований печени. А с появлением более точных данных о характере доброкачественных заболеваний печени и открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода их лечения [1,2,3,4,6,7]. При этом существенно повысилась роль минимальноинвазивных методик, к которым относятся чрескожные пункционные вмешательства под ультразвуковым контролем, сочетающие в себе высокую эффективность и малую травматичность манипуляций [2,5,8].

Цель исследования заключалась в оценке эффективности минимальноинвазивных хирургических методик в лечении больных с непаразитарными кистами печени.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней № 1 Казанского государственного медицинского университета в период с 2000 по 2009 год находилось на лечении 160 пациентов с непаразитарными кистами печени (НКП). Мужчин было – 48, женщин – 112. 140 пациентов (87,5%) приходилось на возрастную группу от 36 до 65 лет. У 115 (71,8%) больных были выявлены единичные кисты, у 26 (16,2%) пациентов – две кисты, в 21 случае расположенные в одной доле печени. У 19 (11,8%) больных имелось более двух кист печени. Размер кист печени от 2,5 до 3,0 см наблюдался у 18 пациентов (11,2%), от 3,0 до 6,0 см – у 81 пациента (50,6%), от 6,0 до 8,0 см – у 40 больных (25,0%) и более 8,0 см – у 21 больного (13,1%).

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

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось всем больным с использованием ультразвуковых аппаратов «Philips HDL 5000». Оно позволяло судить о размерах образования, его взаимоотношении с внутripеченочными трубчатыми структурами, числе патологических образований, их локализации по сегментам печени.

Компьютерная томография (КТ) брюшной полости была произведена у 55 (34,4%) больных в отделении лучевой диагностики ГУЗ «Республиканская клиническая больница МЗ РТ» с помощью спирального рентгеновского компьютерного томографа «HiSpeed NX/i Pro» производства компании «General Electric». КТ проводили с целью дифференциальной диагностики, а также для определения выбора доступа, показаний к методу оперативного лечения в зависимости от локализации кист, распространенности процесса, характера осложнений.

Выделено две группы больных – основная и сравнения. В основной группе (132 пациента) лечение заключалось в пункции и дренировании под контролем ультразвукового исследования. В группе сравнения (28 пациентов) лечение осуществляли открытым, трансабдоминальным доступом и с помощью видеолапароскопии.

Все 28 оперативных вмешательств выполнили под эндотрахеальным наркозом. При гистологическом исследовании не отмечено опухолевого или паразитарного характера кист. Выполняли следующие операции: вскрытие кисты с дренированием (8), фенестрация кисты (5), резекция пораженной части печени (7), гемигепатэктомия (2), марсупиализация (1), лапароскопическое иссечение кисты (5). Фенестрацию выполняли при подкапсульном, а иссечение оболочек – при внутripеченочном расположении кист.

После лапаротомии проводили ревизию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, выполняли вскрытие и опорожнение кист. Хирургическое лечение кист также осуществляли путем выполнения анатомических и атипичных резекций печени. Показаниями к резекции печени при лечении кист печени считали следующие: множественные кисты печени в пределах одной анатомической области; крупные солитарные кисты с развитой капсулой, занимающие всю анатомическую область печени; краевое расположение солитарных кист среднего и крупного размеров. Были произведены 7 резекций печени: 3 типичные (сегментэктомия), 4 атипичных резекций печени, а также

2 правосторонних гемигепатэктомий. Летальность составила 0%. Средний срок пребывания больных в стационаре у данной группы пациентов составил $18 \pm 1,6$ койко-дней.

При наблюдении в течение 5 лет у 22 пациентов отмечено исчезновение кист, а у 6 уменьшение размеров кист с 10,4 до 1,3 см, что составило от 1 до 25% (в среднем 15%) первоначального диаметра кисты.

Пункционные методы лечения под ультразвуковым контролем использованы у 132 больных (2-я группа).

Показаниями к минимальноинвазивным методам лечения НКП являются:

- киста более 30 мм в диаметре;
- киста с центральным расположением в воротах печени (со сдавлением билиарного тракта и/или с явлениями портальной гипертензии);
- нагноение кисты;
- киста с выраженной клинической картиной (постоянные боли в подреберье, диспепсические явления, потеря веса и др.).

Больные с кистами диаметром до 30 мм подлежат диспансерному наблюдению.

Противопоказаниями к минимальноинвазивным вмешательствам являются:

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

Пункция и дренирование кист проводилось тремя методами: одноэтапными – стилет-катетер и троакарным способом либо двухэтапной – 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.

Результаты исследования

Пункционное лечение использовано у 65 больных с использованием в качестве склерозанта 96% этанола, дренирование НКП произведено у 67 пациентов.

Пункция была однократной в 35 случаях. В 30 наблюдениях потребовалось выполнение 2–3 пункций. Периодичность пункций варьировали индивидуально. При этом формирование остаточных полостей не считали осложнением операции и расценивали как отсроченную реакцию паренхимы печени на перифокальное воспаление.

Всем пациентам проведено цитологическое исследование содержимого кист, а при их нагноении – бактериологическое исследование.

Дренирование НКП проводили по следующим показаниям: нагноение кист, размер кист более 55 мм, кисты, расположенные в 3–4-м сегменте диаметром более 40 мм, неэффективность пункционного лечения. Дренаж в полости кисты находился от 2 недель до 2 месяцев. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение одной недели, в совокупности с визуальным (спадание полости до малых размеров или полная облитерация) и кли-

ническим (уменьшение или исчезновение жалоб) эффектами. При проведении минимальноинвазивных вмешательств проводился постоянный ультразвуковой контроль.

Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил $10 \pm 1,6$ койко-дней.

Отдаленные результаты лечения прослежены в сроки от 3 мес. до 2 лет. Для оценки эффективности лечения проводили динамическое УЗИ (3, 6, 12, 24 месяца) с целью контроля состояния полости и спадания ее стенок. Рецидивов заболевания не было.

Заключение и выводы

Ультразвуковое исследование имеет ключевое значение в комплексном исследовании в силу простоты, быстроты, неинвазивности и достаточной эффективности (94–98%) для выявления НКП и отбора больных для хирургического лечения. У всех больных, подлежащих оперативному лечению, для установления дифференциальной топической локализации, распространенности и других особенностей кист и решения тактических вопросов требуется сочетанное использование УЗИ и КТ.

Больные НКП в зависимости от размеров и локализации требуют различных подходов к тактике ведения. При размерах до 30 мм, отсутствии клинической симптоматики и достоверно установленном при комплексном обследовании диагнозе пациенты подлежат динамическому наблюдению. При множественных непаразитарных кистах в диаметре более 30 мм и солитарных кистах более 50 мм в диаметре показано выполнение минимальноинвазивных вмешательств. Ранний и систематический УЗ-контроль за областью возможного формирования остаточной полости или жидкостных скоплений с превентивными saniрующими пункциями являются важным этапом лечебной тактики, во многом определяющим характер и длительность послеоперационного периода.

Пункция и дренирование непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем является эффективным способом лечения больных, позволяющим сократить время пребывания пациентов в стационаре, уменьшить количество полостных операций, снизить вероятность развития послеоперационных осложнений. Таким образом, данная методика лечения пациентов с НКП может и должна широко применяться у этой категории больных.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Г. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени. Хирургия. 1990. № 8. С. 157–163.
2. Альперович Б.И., Митасов В.Я. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени. Вестник хирургии. 1990. № 6. С. 17–21.
3. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. СПб.: Предприятие ЭФА, 2002. 448 с.
4. Матвеев В.Р. и соавт. Диагностика и выбор метода хирургического лечения непаразитарных кист печени. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2002. № 7. С. 31–36.
5. Новомлинский В.В. и соавт. Применение малоинвазивных методов лечения при простых кистах печени. Анналы хирургической гепатологии. 1998. № 3. С. 17–18.
6. Польшалов В.Н., Олещук Н.В. Пункционное склерозирующее лечение непаразитарных кист печени. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1997. № 5. С. 78–80.
7. Пышкин С.А. и соавт. Лечебная тактика при неосложненных непаразитарных кистах печени. Хирургия. 2008. № 11. С. 35–38.
8. Шалимов А.А. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени. Хирургия. 1983. № 5. С. 86.