

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616.36-003.263-089

М.Ф.Заривчацкий, О.Ю.Пирожников, И.Н.Мугатаров, О.В.Гаврилов,
А.В.Голованенко

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. М.Ф.Заривчацкий) медико-профилактического факультета
Пермской государственной медицинской академии и Центр хирургической гепатологии клинической медсанчасти
№ 1 (главврач — А.Н.Грачев), г. Пермь

Ключевые слова: печень, непаразитарные кисты, лечение.

Введение. Непаразитарные кисты — часто встречающаяся патология печени. По секционным данным, они обнаруживаются в 1,5–2% наблюдений. У женщин кисты встречаются в 3–5 раз чаще, чем у мужчин, клинически они проявляются обычно в период между 30 и 50 годами жизни [2]. Кисты делят на истинные и ложные. Согласно современным патогенетическим подходам, истинные кисты возникают из аберрантных желчных ходов при отсутствии их инволюции [4, 7, 13, 16]. Ложные кисты развиваются после разрыва паренхимы печени, их стенка состоит из фиброзно-измененной ткани печени. Содержимое кист представляет собой светлую или бурую прозрачную жидкость, иногда с примесью крови или желчи [1, 2, 6, 12].

Благодаря внедрению в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ), значительно увеличилось число больных с этой патологией. Длительное время заболевание протекает бессимптомно. Кисты больших размеров сопровождаются ощущением тяжести и переполнения в эпигастральной области, признаками компрессии желудка и двенадцатиперстной кишки, тошнотой, рвотой, желтухой [5, 6, 8, 10]. Кисты могут также осложниться кровотечением в их полость, нагноением, разрывом и развитием перитонита, малигнизацией. Пациентов с кистами до 5 см в диаметре наблюдают, осуществляя УЗИ через 6–12 мес [1–4, 7], а больным с кистами больших размеров в зависимости от их числа и локализации выполняют резекцию органа, частичное иссечение и энуклеацию кисты, наружное или внутреннее дренирование, марсупиализацию и фенестрацию. В последние годы разрабатываются лапароскопические и пункционные под сонографическим контролем методы с деэпителизацией внутренней оболочки кисты этанолом и другими методами [7–9, 11, 14, 15].

Материал и методы. В настоящем сообщении анализируется опыт комплексного обследования и лечения 104 больных с непаразитарными кистами печени за период с

1995 по 2005 г. В зависимости от примененных способов лечения выделены три группы пациентов. 1-ю группу составили 50 больных, которым были выполнены открытые операции: фенестрация кист, обработка оставшейся эпителиальной выстилки 96% раствором этанола, методом диатермокоагуляции или криодеструкции, а также резекции пораженной части печени. Под эндотрахеальным наркозом в зависимости от локализации кист выполняли верхнюю срединную или правостороннюю подреберную лапаротомию. Во 2-ю группу включено 29 больных, для лечения которых применена лапароскопическая фенестрация кист с деэпителизацией внутренней выстилки диатермокоагуляцией плоским или шаровидным наконечником и обработка 96% раствором этанола. При лапароскопических операциях использовали эндоскопическую систему «STRYKER» и набор хирургических инструментов фирмы «AUTO SUTURE». 3-я группа включала 25 пациентов, которым выполнено пункционно-аспирационное лечение под сонографическим контролем. Распределение пациентов по группам, полу и возрасту представлено в таблице.

Для изучения клинических проявлений и степени распространенности патологического процесса анализировали жалобы (тяжесть и тупые боли в эпигастральной и правой подреберной областях, тошнота, снижение аппетита), собирали анамнез, проводили пальпацию, перкуссию и аускультацию органов брюшной полости, ультрасонографическое исследование печени и изучение печеночного кровотока на аппаратах «TOSHIBA SAL-383» и «MEDISON-8800», компьютерную томографию печени, при необходимости селективную ангиографию (целиакографию, кавографию) на установке «PHILIPS BV-29». По показаниям проводили эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), диагностическую лапароскопию при помощи эндоскопической видеосистемы фирмы «STRYKER».

О состоянии функции печени и почек судили по содержанию билирубина и его фракций по Ендрашеку, холестерина — энзиматическим колориметрическим методом, АЛТ и АСТ — оптимизированным энзиматическим кинетическим методом. Концентрацию общего белка исследовали биуретовым методом, а его фракций — электрофорезом на целлюлозно-ацетатных мембранах «Владикор». Уровень креатинина определяли псевдокинетическим двухточечным методом, основанным на реакции Яффе без депротеинизации, мочевины — уреазным кинетическим способом, глюкозы — глюкозооксидазным методом, α -амилазы — оптимизированным энзиматическим кинетическим методом, лактатдегидрогеназы — модифицированным кинетическим методом, щелочной фосфатазы — оптимизированным кинетическим методом. Для оценки системы гемостаза исследовали протромбиновое время по Квику, активированное парциальное тромбопластиновое время по Коэн, тромбиновое время по Биттс и Макфарлан, концентрацию фибриногена по Рутберг, проводили пробы этанолового геля-тест образования. Отдаленные результаты лечения оценены у 95% пациентов путем изучения жалоб, пальпации и УЗИ в сроки от 2 до 5 лет.

Распределение пациентов по группам, полу и возрасту

Число больных по группам	Возраст, лет					
	21–40		41–60		Старше 60	
	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.	Муж.	Жен.
1-я (n=50)	2 (4)	7 (14)	5 (10)	28 (56)	2 (4)	6 (12)
2-я (n=29)	1 (3,4)	3 (10,3)	2 (6,9)	18 (62,2)	1 (3,4)	4 (13,8)
3-я (n=25)	1 (4)	3 (12)	1 (4)	16 (64)	1 (4)	3 (12)
Всего (n=104)	4 (3,8)	13 (12,5)	8 (7,7)	62 (59,7)	4 (3,8)	13 (12,5)

Примечание. В скобках указан %.

Результаты и обсуждение. Распределение кист по сегментам печени было следующим: I сегмент — 21%, II — 17%, IV — 12%, V — 19%, VI — 22%, VII — 19%, VIII — 17%. Локализация кист в правой доле отмечена у 54 пациентов, в левой — у 27, двусторонняя — у 23. Диаметр кист колебался от 6 до 21 см. В 1-й группе 72% больных имели кисты от 6 до 10 см в диаметре, 16% — от 11 до 15 см и 12% — свыше 15 см. Во 2-й группе соответственно 79,3, 13,8 и 6,9%, а в 3-й — 80, 12 и 8%.

Бессимптомное течение заболевания отмечено у 82,3% пациентов, у 17,7% носителей кист диаметром 15 см и более периодически появлялись умеренные тупые боли в эпигастрии и правом подреберье, отрыжка, тошнота, временами рвота. Анализ биохимических показателей крови не выявил существенных нарушений функции печени и почек у 96,2% больных и лишь у 3,8% — отмечена гипербилирубинемия до $(25,7 \pm 4,1)$ мкмоль/л, превышение физиологических показателей АЛТ и АСТ в $(1,2 \pm 0,08)$ раза. Коагулологические исследования не выявили каких-либо сдвигов.

Открытые оперативные вмешательства считали показанными при кистах больших размеров (диаметром 15 см и более), кистах с неоднородной структурой и плотной капсулой (подозрение на эхинококкоз или цистаденому), кистах, расположенных в воротах печени с явлениями портальной гипертензии и сообщающимися с желчными протоками, а также при сочетании кист с желчнокаменной болезнью. Кисты больших размеров, с утолщенной стенкой и выраженными перифокальными изменениями паренхимы печени послужили поводом для выполнения сегментэктомии: II сегмента — у 2 больных, III — у 1, II и III — у 5, VI — у 3, VI и VII — у 4. У 35 пациентов осуществлена фенестрация кист с обработкой оставшейся на печени внутренней оболочки 96% раствором этанола (у 15), диатермокоагуляцией (у 10) или криодеструкцией (у 10). В 10 наблюдениях по поводу хронического калькулезного холецистита произведена симультанная холецистэктомия. Операции завершали дренированием зоны оперативного вмешательства и соответствующих поддиафрагмальных пространств полихлорвиниловыми трубчатыми дренажами с активной аспирацией на 4–7 сут.

Лапароскопическая фенестрация кист выполнена у 29 больных, из которых у 20 оставшаяся внутренняя оболочка была разрушена обработкой 96% раствором этанола в течение 5 мин, диатермокоагуляцией — у 9. Зону оперативного вмешательства дренировали полихлорвиниловым трубчатым дренажем с активной аспирацией в течение 2–4 сут. Противопоказаны эндовидеохирургические операции при локализации кист на задней поверхности печени и их внутривнутрипеченочном расположении, наличии кисты гигантских размеров с атрофией печеночной паренхимы, при нагноившихся кистах, а также при сообщении между полостью кисты и желчевыводящей системой.

Чрескожная пункция кист, эвакуация их жидкого содержимого и химическая обработка внутренней оболочки 96% раствором этанола осуществлена у 25 пациентов. Раствор этанола вводили на 5 мин в объеме, равном 40–50% объема кисты, затем его эвакуировали путем активной аспирации. У этих больных осуществлялся ультразвуковой мониторинг и при необходимости повторяли 2–3 сеанса склеротерапии.

Эффективность примененных способов лечения кист оценивали по количеству и характеру послеоперационных осложнений, числу рецидивов и продолжительности пребывания больных в специализированном отделении.

Послеоперационные осложнения в 1-й группе возникли у 10 (20%) больных: по одному осложнению — у 7 пациентов, по два — у 3. Среди осложнений выявлены пневмония, скопление гематомы в зоне резекции печени, нагноение послеоперационной раны — по 3 больных, формирование подпеченочного, поддиафрагмального абсцессов и желчного свища — по 1. Послеоперационную пневмонию лечили по общепринятой схеме. Гематомы в зоне резекции печени лечили пункционно-аспирационным методом: под сонографическим контролем в образовавшуюся полость вводили полихлорвиниловый трубчатый дренаж, отсасывали содержимое, 2 раза в сутки промывали 3% раствором перекиси водорода и 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата. Дренаж удаляли через 5–7 сут при условии прекращения выделений по

нему. Сформировавшийся поддиафрагмальный абсцесс был вскрыт доступом по А.В.Мельникову, а подпеченочный — путем релапаротомии. До получения результатов бактериологического исследования проводили эмпирическую, а затем целенаправленную антибиотикотерапию. При желчном свище, сформировавшемся после открытой фенестрации кисты, для уточнения диагноза и улучшения естественного пассажа желчи выполнены эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Свищевой ход промывали через трубчатый дренаж растворами антисептиков и склерозирующих веществ. На 12-е сутки свищ закрылся.

Во 2-й группе послеоперационный период осложнился пневмонией у двух пациентов. Рецидивы кист, потребовавшие для облитерации чрескожной пункции и склерозирования этанолом, отмечены у двух больных через 5 и 6 мес после операции.

У 2 больных 3-й группы после пункции и введения этанола отмечен кратковременный болевой синдром и гипертермия, связанные, очевидно, с неполным удалением склерозанта. Полная облитерация кист достигнута у 22 пациентов, а у 3 — при отсутствии жалоб сохранялись кисты небольшого объема, что позволило нам сделать заключение о достигнутом клиническом эффекте.

Сроки пребывания больных в стационаре в 1-й группе составили ($17,3 \pm 2,3$), во 2-й — ($6,4 \pm 2,1$), в 3-й — ($3,1 \pm 1,3$) сут.

Таким образом, учитывая доброкачественный характер непаразитарных кист печени, малую вероятность их озлокачествления и нарушения функции печени, предпочтение следует отдавать малоинвазивным лечебным технологиям, которые по эффективности не уступают открытым операциям, но сопровождаются меньшим числом осложнений.

Выводы. 1. Больные с непаразитарными кистами печени диаметром до 5–6 см и не сопровождающиеся клиническими проявлениями подлежат динамическому наблюдению с ультразвуковым мониторингом через 6–12 мес.

2. При кистах больших размеров показана активная лечебная тактика для предупреждения и ликвидации осложнений.

3. При выборе метода лечения следует отдавать предпочтение миниинвазивным технологиям — пункционно-аспирационной и лапароскопической.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей.—Томск: Красная заря, 1997.—605 с.
2. Ахаладзе Г.Г., Нанеташвили М.Г., Чеокин А.Ю., Гальперин Э.И. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени // Анн. хир. гепатол.—1999.—№ 1.—С. 29–33.

3. Кузин Н.М., Лотов А.Н., Авокян В.Н. Лечение непаразитарных кист печени с помощью чрескожной чреспеченочной пункции и дренирования // Материалы II конференции хирургов-гепатологов.—Киров, 1994.—С. 141–142.
4. Малиновский Н.Н., Мовчун А.А., Абдулаев А.Г. и др. Диагностика и хирургическая тактика при доброкачественных объемных образованиях печени // Хирургия.—1997.—№ 2.—С. 21–23.
5. Мовчун А.А., Малиновский Н.Н., Абдулаев А.Г. и др. Алгоритм дифференциально-диагностического поиска при объемных образованиях печени // Хирургия.—1998.—№ 6.—С. 54–58.
6. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Завенян З.С. и др. Хирургическое лечение поликистоза печени // Хирургия.—1991.—№ 11.—С. 27–29.
7. Петровский Б.В. Хирургическая гепатология.—М.: Медицина, 1972.—С. 248–254.
8. Федоров В.Д., Кармазановский Г.Г., Кубышкин В.А. и др. Спиральная компьютерная томография в диагностике заболеваний печени // Хирургия.—1998.—№ 5.—С. 9–15.
9. Филижанко В.Н., Лобаков А.И., Бирюшов В.И. и др. Методы лапароскопического лечения кист печени // Анн. хир. гепатол.—2001.— № 2.—С. 41–46.
10. Edward C.S. Symptomatic nonparasitic cyst of liver // World J. Surgery.—1990.—Vol. 7, № 4.—P. 452–450.
11. Fabiani P., Katkhouda N. Laparoscopic fenestration of biliary cyst // Surg. Laparosc. Endosc.—1991.—Vol. 1, № 3.—P. 162–165.
12. Koperna T., Vogl S. et al. Nonparasitic cysts of the liver: results and option of surgical treatment // World J. Surg.—1997.— № 21.—P. 850–854.
13. Litwin B.R., Taylor B. et al. Nonparasitic cysts of the liver // Ann. Surgery.—1987.—Vol. 205.—P. 45–48.
14. Mario Morino, Maurizio De Giuli et al. Laparoscopic management of symptomatic nonparasitic cysts of the liver // Ann. Surgery.—1994.—Vol. 219, № 2.—P. 157–164.
15. McGregor J.R., O'Dwyer P.J. Laser-assisted laparoscopic excision of liver cyst // Br. J. Surg.—1992.—Vol. 79, № 6.—P. 595.
16. Schulz F., Fugger R., Contreras F., Funoviec Y. Klinik und Therapie der unbereinigten Cysten Leber // Chirurg.—1984.—Bd. 55.—S. 813–816.

Поступила в редакцию 25.01.2006 г.

M.F.Zarivchatsky, O.Yu.Pirozhnikov, I.N.Mugatarov,
O.V.Gavrilov, A.V.Golovanenko

PRINCIPLES OF TREATMENT OF NONPARASITIC CYSTS OF THE LIVER

A comparative investigation of different methods of treatment of nonparasitic cysts of the liver was carried out in 104 patients aged from 21 through 74 years with sizes of the cysts from 6 to 21 cm in diameter, divided into three groups. The first group included 50 patients who were subjected to open operations (segmentectomy, bisegmentectomy, fenestration of the cysts with treatment of the residual inner lining with ethanol, diathermocoagulation or cryodestruction). Laparoscopic fenestration and chemical or thermal treatment of the cysts were used in the second group of 29 patients, in the third group consisting of 25 patients a puncture-aspiration method was used under sonographic control. An analysis of the results showed advantages of laparoscopic and puncture methods that gave good immediate and long-term results, less number of postoperative complications and shorter periods of rehabilitation of the patients.