

ARTICOLE ORIGINALI

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

SURGICAL TREATMENT OF NONPARASITIC LIVER CYSTS

Реферат

Обобщен опыт лечения 98 больных с непаразитарными кистами печени. Лапароскопическое лечение кист с криообработкой капсулы и тампонадой прядью большого сальника на ножке

осуществлено 63 больным, резекционные методы печени выполнены у 35 больных. Осложнения отмечены у 4 больных (6,3%) при лапароскопическом лечении (умер 1) и у 10 больных (28,6%) при резекции печени (умерло 2). **Ключевые слова:** непаразитарная киста, печень, хирургическое лечение, криохирургия.

ЗАПОРОЖЧЕНКО Б.С., ШИШЛОВ В.И.,
ШАРАПОВ И.В.

*Одесский государственный
медицинский университет*

Summary

An experience in treatment of 98 patients with nonparasitic cysts of liver has been generalized. Laparoscopic cryodestruction of capsule and tamponade using greater omentum has been applied

in 63 patients, resectable methods of surgical treatment – in 35 patients. Complications occurred in 4 patients (6,3%) at laparoscopic approach (died 1) and 10 patients (28,6%) at liver resections (died 2). **Key words:** nonparasitic cysts, liver, surgical treatments, cryosurgery.

Введение

Проблема хирургического лечения непаразитарных кист печени является весьма актуальной, поскольку важным является как постановка самого диагноза, так и последующая технология оперативного лечения. По литературным данным, частота очаговых поражений печени составляет 1,38-1,86%, а частота непаразитарных кист составляет треть этих заболеваний [1, 3]. Проблематичными являются вопросы лечения кист большого диаметра, поскольку значительный диаметр остающейся полости значительно увеличивает риск развития кровотечения, абсцедирования в участках, которые плохо дренируются (карманах), а также формирования свищевых ходов [6]. Вследствие этого выбор резекции или послеоперационного дренирования с различными видами тампонад полостей паренхимы печени является важным с точки зрения эффективного лечения подобных заболеваний [4, 5].

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа эффективности лечения непаразитарных кист печени с помощью лапароскопического криовоздействия и резекции ткани печени.

Материал и методы исследования

В клинике хирургии № 2 ОГМУ за последние 7 лет на стационарном лечении находились 98 больных с непаразитарными кистами печени. Мужчин было 11 (11,2 %), женщин 87 (88,8 %); возраст больных составил от 23 лет до 76 лет (средний возраст - 52 года). В 52 (53,1 %) случаях кисты локализовались в правой доле, в 29 (29,6%) - в левой; в 9 (9,2%) - в обеих долях, околопеченочные кисты выявлены в 8 (8,1 %) случаях. Множественные кисты были у 12 (12,2%) больных, единичные кисты у 68 (69,4 %). У

18 (18,4%) больных были выявлены по две кисты печени. Диаметр солитарных кист колебался от 3 см до 22 см. Солитарные кисты размером менее 5 см были выявлены у 15 (15,3%) больных, от 5 до 10 см - у 36 (36,7 %), 10-15 см - у 40 (40,8 %), более 15 см - у 7 (7,2 %) больных.

Для постановки диагноза применяли УЗ- исследование органов брюшной полости. Эхонографически кисты представляли собой ограниченные тонкой стенкой (1 -2 мм) полости округлой или овальной формы без экзогенности внутреннего пространства. Основными эхонографическими критериями непаразитарных кист считали наличие четких, ровных контуров с хорошо различимой задней стенкой и отсутствие внутреннего отражения сигнала (гомогенность содержимого кисты).

Больных с кистами диаметром менее 3,0 см наблюдали амбулаторно с ежегодным УЗ- исследованием. В процессе наблюдения при регистрации увеличения размеров кисты до 5,0- 6,0 см проводили пункционно- аспирационное лечение с лапароскопическим криовоздействием. Аналогичным образом поступали в случае размеров кист от 3,0 до 7,0 см в диаметре. 6 больным непаразитарными кистами небольших размеров (2,3- 5,0 см) с локализацией в IV сегменте печени и деформирующего пузырного протока, была выполнена холецистэктомия с криовоздействием и удалением кисты. У больных с кистами от 5,1 до 10,0 см проводили УЗ- пункцию кисты, криовоздействие с последующим дренированием остаточной полости.

При больших полостях (более 10 см в диаметре) выполняли тампонаду полости, остающейся после криодеструкции, тканью большого сальника (23 операции). Нагноение кисты с выраженными гнойно- воспалительными изменениями на стенках фиброзной капсулы было противопоказанием к использованию большого сальника.

Принцип оперативного вмешательства состоял в следующем. После определения размеров остаточной полости производили мобилизацию сальника по большой кривизне желудка. Питающими сосудами трансплантата являлись правые желудочно-сальниковые сосуды. При наличии разобщенных остаточных полостей производили расщепление сальника по продольной оси. «Тампон» остаточной полости сальником на ножке после его укладки фиксировали наложением редких кетгутовых швов, начиная со дна полости. Остатки фиброзной капсулы укладывали поверх трансплантата и фиксировали к нему узловыми швами. Обязательным считали подведение трубчатого дренажа в полость фиброзной капсулы с выведением последнего через отдельный прокол - разрез. Дренаж удаляли после прекращения отделяемого, обычно на 5-10 сутки. Осложнений, связанных с использованием большого сальника, не наблюдали.

В группе больных с резекциями (операции до 2005 года) выполнены: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГ) у 7 пациентов, 3 - расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГ), 5- левосторонняя гемигепатэктомия, 20 - три и бисегментэктомия.

Результаты исследования

При выполнении пункций кист дооперационный диагноз подтвержден у 95 из 98 пациентов (точность УЗ-диагностики непаразитарных кист составила 96,9%).

В ближайшем послеоперационном периоде у 4 больных с криохирургическим методом лечения (6,3%) и у 10 с резекцией печени (28,6%) отмечены осложнения (Табл.1), причем наиболее частым осложнением в подгруппе больных с резекциями были кровотечения (11,4%) и абсцедирование (8,6%). При криохирургическом лечении абсцедирование отмечено у 2 больных (3,2%) (Табл. 1). В подгруппе с резекциями 2 больных погибли от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности и массивного внутрибрюшного кровотечения (5,7%), в то время как в подгруппе пациентов с криодеструкцией погиб один больной при явлениях нарастающей печеночно-почечной недостаточности (1,6%).

Таблица 1

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных с различными видами хирургического лечения непаразитарных кист печени

Вид осложнений	Криовоздействие (n= 63)	Резекция ткани печени (n= 35)
Абсцесс	2 (3,2%)	3 (8,6%)
Печеночно-почечная недостаточность	1 (1,6%)	2 (5,7%)
Кровотечение	1 (1,6%)	4 (11,4%)
Тромбоз воротной вены	-	1 (2,8%)
ВСЕГО	4 (6,3%)	10 (28,6%)

Представляет интерес динамика биохимических изменений крови у больных в различных условиях хирургического лечения. Так, до начала хирургического лечения регистрировался высокий уровень средних молекул (СМ) - 0,38+ 0,1 (норма 0,22- 0,26 опт.ед.), общего билирубина крови (31,2+ 1,4 мкмоль/л), АсАТ и АлАТ (соответственно 227,4+ 15,6 МЕ и 358,4+ 26,8 МЕ), мочевины (13,5+ 0,9

ммоль/л). Кроме того, содержание лейкоцитов составило 12,9+ 2,3 Г/л. Исследование биохимических показателей на седьмые сутки после оперативного вмешательства показало, что в подгруппе больных с лапароскопической деструкцией непаразитарных кист содержание СМ снижалось на 60,5% в сравнении с таковым до начала лечения ($P<0,05$) (рис. 1). В этот период времени также меньшими в сравнении с дооперационными значениями были показатели содержания билирубина на 55,1%, АсАТ и АлАТ (соответственно на 54,8% и 51,9%) (Рис.1). Также уменьшился уровень мочевины - на 51,9% ($P<0,05$). В сравнении с показателями у практически здоровых активность АсАТ и АлАТ оставалась соответственно в 2 и 3,5 раза более высокой, в то время как остальные показатели практически не отличались от таковых в группе здоровых.

У пациентов с резекциями печени на седьмые сутки с момента выполнения хирургического вмешательства отмечалось уменьшение СМ на 23,7% в сравнении с таковым до лечения ($P<0,05$) (Рис. 1). При этом данный показатель был достоверно выше (в 1,93 раза) в сравнении с таковым в подгруппе больных с криохирургическим лечением ($P<0,05$). Содержание билирубина также снижалось в сравнении с дооперационным показателем на 27,6% ($P<0,05$) и было достоверно большим, чем в подгруппе с криовоздействием ($P<0,05$) (Рис. 1). Активность аминотрансфераз, несмотря на снижение в сравнении с дооперационным уровнем (АсАТ - на 23,1% и АлАТ- на 22,2%), не достигала границы достоверных различий ($P>0,05$) и при этом была достоверно выше в сравнении с показателями у больных с криохирургическим лечением (соответственно в 1,8 и в 1,94 раза, $P<0,05$) (Рис. 1).

Содержание лейкоцитов у пациентов с применением криовоздействия не отличалось от нормы и было в 1,9 раза меньше, чем до начала лечения ($P<0,05$) (Рис. 1). При этом уровень лейкоцитов у больных с резекцией печени был меньше, чем до начала лечения в 1,48 раза ($P<0,05$).

При проведении гемигепатэктомий, особенно правосторонних, во время операции было замечено, что после перевязки правой или левой ветви воротной вены происходило «набухание» и гипертрофия оставшейся части печени. В ближайшем послеоперационном периоде это подтверждали и другие методы исследований - УЗИ, ангиография, что расценивали как появление портальной гипертензии или ее усиление. На доплерограмме отмечено расширение основного ствола воротной вены до 12,3- 14,8 мм с замедлением линейной скорости крови до 13,8- 19,2 см/сек. и гипертрофией оставшейся части. У 12 выявлена спленомегалия, у 8 - асцит, у 5 - варикозное расширение вен пищевода.

Среднее время пребывания на койке составило 14,2+ 2,8 суток при резекциях печени и 8,5+ 1,7 при лапароскопическом криогенном воздействии ($P>0,05$).

При УЗИ печени через 5-6 месяцев кистозные образования не обнаружены.

Таким образом, полученные результаты показали, что применение лапароскопической криодеструкции ткани непаразитарной кисты представляет собой высокоэффективный метод лечения, характеризующийся меньшим числом осложнений в раннем послеоперационном периоде в сравнении с резекциями ткани печени. Тампонада остаточных полостей большим сальником на сосудистой

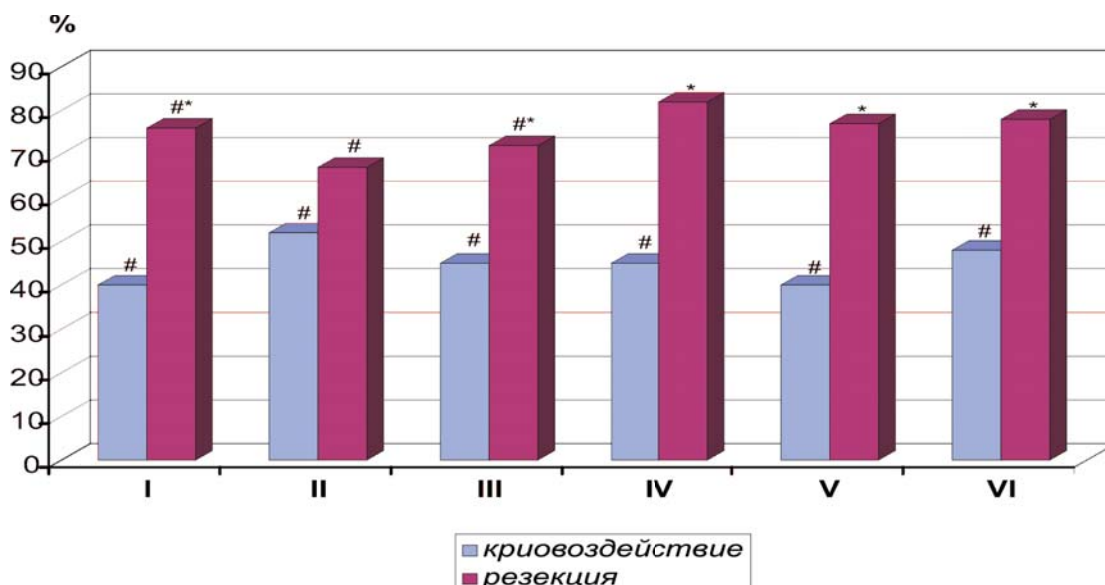


Рис.1 Биохимические показатели у больных с различными видами хирургического лечения на седьмые сутки после операции.

Обозначения: по оси абсцисс- I- средние молекулы; II- лейкоциты; III- билирубин; IV- АсАТ; V- АлАТ; VI- мочевины. По оси ординат- значение каждого из

ножке является высокоэффективной, и она показана при больших и центральных кистах, особенно расположенных в воротах печени. При этом также в условиях криохирургического воздействия у больных отсутствуют признаки нарушений кровотока (асцит, спленомегалия), что было весьма характерным для резекционных вмешательств.

При криохирургическом лечении непаразитарных кист печени биохимические показатели функционального состояния печени претерпевают более быструю нормализацию в сравнении с резекционными методами лечения.

Данные различия, очевидно, можно объяснить как разным объемом хирургической травмы, так и возможным стимулирующим действием криогенно измененных белков, обеспечивающих повышение иммунологической и общей реактивности организма [2].

Выводы

Удаление непаразитарных кист печени с применением лапароскопической криотехники, тампонирования тканью большого сальника полостей в печени позволяет получить лучший клинический результат в сравнении с традиционной лапаротомическими резекционными вмешательствами.

Литература

1. Гарелик ПВ, Жемойтяк РР. Результаты лечения кист печени с использованием лапароскопических методик // *Анналы хирургической гепатологии.* – 1996. – Т.1. – С.38.
2. Гриневич ЮА, Храновская НН. Дендритные клетки и перспективы их использования в иммунотерапии больных со злокачественными новообразованиями // *Журнал АМН України.* – 2003. - № 4. – С. 736- 753.
3. Мовчун АА, Абдуллаев АГ, Итин ЛС. Диагностика и хирургическое лечение поликистоза печени. // *Хирургия.* – 1991. - №4. – С.162-168.
4. Самойлов ВА, Гладенко АА, Шутов ВЮ, Самойлов ДВ, Бережной ВГ, Гникитин ОВ, Сведельников ОВ, Некрасов ДС, Богачева НМ. Программное обеспечение для прогнозирования температурных полей в процессе криодеструкции очаговых образований печени// *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999.- Т. 4, № 2. - С. 273- 274.
5. Тодуа ФИ, Помелов ВС, Люлинский ДМ. Возможности эхосонаграфии в дифференциальной диагностике хирургических заболеваний печени. // *Сов. мед.* – 1989. -№ 4. – С.90-93.
6. Шутов ВЮ, Самойлов ДВ, Салюков ЮЛ, Гладенко АА. Результаты лечения больных с непаразитарными кистами печени// *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999.- Т.4, №2.- С. 285.