

А.И. Ларионов, С.И. Третьяк

Обоснование рационального метода оперативного лечения серозных кист печени

Белорусский государственный медицинский университет

A.I. Larionov, S.I. Trety'ak

Substantiation of an optimum method of liver serous cysts surgical management

The basic results of management of nonparasitic hepatic cysts by laparotomy are reviewed. The comparative analysis of effectiveness and remote results is carried out.

Key words: nonparasitic hepatic cysts, diagnosis, surgical management.

Приведены результаты хирургического лечения 82 пациентов с непаразитарными кистами печени, проведен сравнительный анализ их эффективности и отдаленных результатов.

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

Введение

Опыт, полученный нами при изучении результатов лечения серозных кист печени различными хирургическими методами, послужил основанием для проведения дальнейших исследований, направленных на обоснование оптимального способа оперативного лечения данного заболевания. В процессе выполнения работы была изучена частота встречаемости серозных кист печени у населения, определен характер патоморфологических изменений в зависимости от распространенности процесса, а также характер и частота осложненных форм заболевания. Следует отметить, что до настоящего времени в доступной литературе отсутствуют данные о распространенности серозных кист печени среди различных возрастных групп населения Республики Беларусь.

Материал и методы

Для выяснения распространенности кист печени был проведен скрининговый анализ 50 000 ультразвуковых исследований в УЗ «Минский консультативно-диагностический центр» за период с 1989 по 2000 г.г. Детально были изучены все заключения ультразвуковых исследований, проводимых пациентам вне зависимости от их пола, возраста, клинических проявлений заболевания. Во всех случаях исследование включало осмотр печени, почек, поджелудочной железы. Всего обследовано 38105 (76,21%) женщин и 11895 (23,79%) мужчин (табл. 1). В общей сложности было выявлено 817 больных с одиночными и множественными серозными кистами, поликистозом печени, что составило 1,63% от всего количества пациентов, которым выполнялось УЗИ органов брюшной полости. Полученные нами данные, касающиеся распространенности серозных кист печени, согласуются с другими литературными сообщениями [1, 2, 4].

Таблица 1

Количество ультразвукографических исследований, выполненных для оценки частоты встречаемости серозных кист печени у населения Республики Беларусь в зависимости от пола

№ п/п	Пол	Количество
1.	Женский	38105
2.	Мужской	11895
Всего:		50000

При изучении размеров кист печени было установлено, что наиболее часто встречаются образования до 50 мм в диаметре. Всего было выявлено 543 (66,4%) пациента с кистами, размеры которых не превышали 50 мм, и 197 (24,1%) пациентов с кистами от 50 мм до 100 мм. Свыше 100 мм в диаметре кисты обнаружены у 78 (9,5%) больных (табл. 2).

Таблица 2

Количество выявленных кист в зависимости от их размера

№ п/п	Размер	Количество
1.	До 50 мм	543
2.	От 50 до 100 мм	197
3.	Более 100 мм	78
Всего:		817

При анализе распространенности непаразитарных кист в зависимости от возраста нами были выделены 3 возрастные группы. Наиболее часто серозные кисты печени встретились у пациентов в возрасте от 40 до 60 лет. Их количество составило 483 (59,1%) из всех больных. Старше 60 лет было 259 (31,7%) пациентов. Количество больных до 40 лет составило 75 (9,2 %) из всех обследованных. Данные о количестве выявленных пациентов с кистами печени в зависимости от возраста представлены в таблице 3.

Таблица 3

Количество выявленных кист в зависимости от возраста пациентов

№ п/п	Возраст	Количество
1.	До 40 лет	75
2.	От 40 до 60 лет	483
3.	Старше 60 лет	259
Всего:		817

Локализация кист в печени и объем ее поражения были различными. У 368 (45,1%) больных кисты локализовались в правой доле печени, у 258 (31,6%) – в левой. Поражение правой и левой доли встретилось у 73 (7,3%) пациентов. У 118 (14,6%) было выявлено тотальное кистозное поражение обеих долей печени (табл. 4).

Таблица 4

Локализация кист в печени

№ п/п	Локализация кист	Количество
1.	Правая доля	368
2.	Левая доля	258
3.	Правая и левая доли	73
4.	Поликистоз печени	118
Всего:		817

У 712 (87,2%) больных кисты располагались поверхностно и глубина их расположения не превышала 10 мм. У остальных 105 (12,8%) пациентов расположение кист было внутривнутрипеченочным. Следует отметить, что диаметр глубоко расположенных кист не превышал 50 мм. Таким образом, наиболее часто встречаются кисты, расположенные поверхностно, у пациентов старше 40 лет и их размер, как правило, превышает 50 мм.

Результаты и обсуждение

С целью изучения частоты нагноения серозных кист печени, улучшения ранней диагностики и лечения данного осложнения, были проанализированы протоколы операций и результаты цитологических исследований содержимого кист у 58 пациентов, оперированных пункционными методами. У 37 (63%) больных при пункции была получена бесцветная и прозрачная жидкость, у 9 (16%) – с желтым оттенком вследствие прокрашивания желчью. Опалесцирующее и мутное содержимое из полости кисты получено у 8 (14%) пациентов, в 3 (5,1%) случаях – гнойное. Следует отметить, что серозные кисты с мутным содержимым можно рассматривать как потенциально опасные в отношении нагноения. В случаях инфицирования и нагноения содержимого кист их диаметр превышал 50 мм. Цитологическое исследование опалесцирующего и гнойного содержимого

позволило обнаружить единичные клетки уплощенного или плоского эпителия, лимфоциты и лимфогистиоцитарные клетки. Стенка кист была представлена фиброзной соединительной тканью с воспалительной лейкоцитарной инфильтрацией и частичной атрофией эпителиальной выстилки в некоторых случаях с наличием сегментов желчных протоков. В случаях нагноения содержимого кист больные предъявляли жалобы на умеренные боли и/или чувство тяжести в правом подреберье, повышенную утомляемость, субфебрильную температуру. В общем анализе крови наблюдалось ускорение СОЭ без выраженных признаков воспаления, биохимические гематологические показатели оставались в пределах нормы.

С целью изучения патологических изменений в печеночной паренхиме и их распространенности у 24 пациентов был исследован биопсийный материал, полученный в результате открытых оперативных вмешательств. Оценивались морфологические изменения в стенке кисты и прилегающей к ней печеночной ткани на различном удалении. Во всех случаях выявлены характерные изменения: у кист размером до 50 мм эпителиальная выстилка была представлена однорядным цилиндрическим эпителием, с увеличением диаметра кист эпителий становился кубическим или плоским. Ткань печени, расположенная в непосредственной близости к кистам, была патологически изменена: гепатоциты расположены хаотично, имели место участки со склеротическими изменениями, лимфогистиоцитарной инфильтрацией, гиперпролиферацией желчных протоков. По мере удаления от кисты клетки печени приобретали нормальное строение. Выраженные фиброзные изменения и отсутствие нормальной печеночной архитектоники были характерны для поликистоза [5, 13]. Таким образом, по мере своего роста киста оказывает механическое воздействие на окружающую ткань печени, что приводит к ее ишемии, нарушению трофики гепатоцитов и замещению паренхимы соединительной тканью. Размеры кисты оказывали значительное влияние на степень выраженности морфологических изменений в паренхиме печени. Проведя анализ патоморфологических изменений в печеночной паренхиме, а также сравнительную оценку различных хирургических методов лечения серозных кист печени, мы пришли к выводу, что наиболее эффективным вмешательством является фенестрация кист [6-8, 14, 17, 18]. Обладая минимальной травматичностью и простотой выполнения, фенестрация позволяет ликвидировать механическое давление на ткань печени при максимальном сохранении ее целостности [16]. Для улучшения результативности лечения серозных кист печени предложенным способом в 29 случаях применялся препарат «Оксицеланим» и электрокоагуляция эпителиальной выстилки. 11 оперативных вмешательств с использованием разработанной технологии были произведены из открытого доступа, 18 – из лапароскопического. Женщин было 27, мужчин – 2; возраст больных составил от 31 до 67 лет. По поводу солитарных кист печени операции выполнены 17 пациентам, множественных – 7, поликистоза печени – 5. У 9 пациентов фенестрация кисты была выполнена симультанно с холецистэктомией. Кисты локализовались преимущественно в 2-8 сегментах печени, их размеры составляли 2-10 см в диаметре, содержимое было

представлено серозной жидкостью. Завершали операцию рыхлым тампонированием остаточной полости кисты пленкой «Оксицеланим». Осложнений в послеоперационном периоде отмечено не было. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $8 \pm 2,4$ суток. В раннем и позднем послеоперационном периоде всем больным проводилось УЗИ печени в динамике, при котором уже через 7-14 суток на месте остаточной полости кисты определялось образование округлой формы, заполненное гиперэхогенной структурой. Через 30-60 суток после операции остаточная полость кисты практически не визуализировалась, в единичных случаях имело место снижение плотности печеночной ткани. Через 6-12 месяцев плотность ткани печени, на месте ранее располагавшейся кисты, соответствовала плотности других участков. В 4 случаях выполнялась компьютерная томография печени, позволившая исключить рецидив заболевания. У 1 больной через месяц после операции выявлен рецидив кисты, что, вероятно, было связано с внутривнутрипеченочным ее расположением и недостаточной радикальностью фенестрации.

Мы провели сравнительную оценку двух сопоставимых групп пациентов (по 10 человек в каждой), которым была произведена фенестрация кист печени с пломбировкой остаточной полости препаратом «Оксицеланим» и без его применения. Было установлено, что в группе, где применялся препарат «Оксицеланим», ультразвуковая картина характеризовалась более высокой скоростью закрытия остаточной полости: на 7 сутки после операции определялась гиперэхогенная зона, которая через 2 месяца уже не визуализировалась. В группе, где фенестрация кист выполнялась без последующей пломбировки остаточной полости препаратом «Оксицеланим», на 7 сутки сохранялась гипоэхогенная зона, а через 2 месяца в этом месте определялся участок паренхимы с пониженной эхоплотностью.

При поликистозе печени производили фенестрацию всех кист, находящихся в пределах досягаемости, при этом максимальное количество фенестрированных кист составило 9. Контрольное ультразвуковое исследование у пациентов, оперированных по поводу поликистоза, выявило уменьшение размеров печени, однако достоверно судить об эффективности оперативного пособия не представилось возможным вследствие тотального поражения органа и трудности в визуализации ранее оперированного участка печени. Следует отметить, что в данной группе пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось купирование таких клинических симптомов, как тяжесть и боли в правом подреберье. Отдаленный послеоперационный период характеризовался увеличением размеров печени до исходных и постепенным нарастанием клинической симптоматики. 1 пациентка была оперирована повторно – выполнялась дополнительная фенестрация кист из лапаротомного доступа через 2 года после первой операции в связи с прогрессированием заболевания.

Выводы

1. Серозные кисты печени являются распространенным заболеванием, нередко приводящим к развитию осложнений. Длительное течение заболевания приводит к дегенеративно-дистрофическим процессам в печени [11].

2. Лечение серозных кист печени требует дифференцированного подхода в каждом конкретном случае. Лапароскопическая фенестрация с заполнением остаточной полости препаратом «Оксицеланим» и обработкой эпителиальной выстилки биполярным коагулятором является оптимальным способом лечения серозных кист печени, позволяющим снизить вероятность гнойных осложнений и кровотечения в послеоперационном периоде, а также стимулировать регенеративные процессы в паренхиме печени и способствовать эффективному закрытию остаточной полости кисты [3, 9, 10, 12, 15].

Литература

1. Альперович, Б. И. Диагностика и лечение кист печени / Б. И. Альперович, В. Я. Митасов // Сов. медицина. 1989. № 12. С. 80–82.
2. Борец, В. М. Поликистоз печени / В. М. Борец, В. П. Гопанова, Л. А. Якубович // Здравоохр. Белоруссии. 1986. № 1. С. 74–76.
3. Волошин, В. Н. Лапароскопическое лечение солитарной кисты печени / В. Н. Волошин, Ю. П. Шишкин, Л. В. Мезина // Эндохирургия. 1994. № 1. С. 22–20.
4. Карпенко, В. Г. Поликистоз печени / В. Г. Карпенко, С. А. Растринин // Хирургия. 1989. № 12. С. 120–121.
5. Итин, Л. С. Диагностика и лечебная тактика при поликистозе печени / Л. С. Итин, Г. Г. Чемисова, В. И. Милонова // Клиническая медицина. 1992. № 7–8. С. 29–33.
6. Петров, В. П. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени / В. П. Петров // Хирургия. 1991. № 1. С. 80–83.
7. Преклонский, А. В. Отдаленные результаты лечения непаразитарных кист печени и их осложнений / А. В. Преклонский // Нижегород. мед. журн. 1994. № 1. С. 64–66.
8. Савчук, Б. Д. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / Б. Д. Савчук // Пленум правления Всесоюзного научного общества хирургов, 21-й: тез. Краснодар, 1988. С. 128.
9. Совершенствование методов хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени: тез. докл. 2-й конференции хирургов-гепатологов / В. А. Кубышкин [и др.] // Киров, 1994. С. 139–141.
10. Чикотеев, С. П. Лапароскопическое лечение кист печени / С. П. Чикотеев, М. Б. Шапочник, Д. С. Ким // Анналы хирургической гепатологии. 1996. Т. 1. С. 71.
11. Шалимов, С. А. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени / С. А. Шалимов, И. А. Рустамов, В. А. Земсков // Клиническая хирургия. 1977. № 6. С. 29.
12. Cala, Z. Laparoscopic treatment of non-parasitic cysts of spleen and liver / Z. Cala, V. Cvitanavijc, Z. Perco // J. Laparoendosc. Surg. 1996. Vol. 6. P. 387–391.
13. Henne-Bruns, D. Non-parasitic liver cysts and polycystic liver disease: results of surgical treatment / D. Henne-Bruns, HJ. Klopp, V. Kremer // Hepato-Gastroenterology. 1993. Vol. 40(1). P. 1–5.

14. Ker, C. G. Laparoscopic fenestration for giant liver cyst / C. G. Ker, K. K. Kai, J. S. Chen // *Kao Hsiung I Hsuehko Hsueh Tea Chih*. 1997. Vol. 13(9). P. 572–577.
15. Klingler, P. J. Treatment of hepatic cysts in the era of laparoscopic surgery / P. J. Klingler, M. Gadenstater, N. Schmid // *Br. J. Surg.* 1997. Vol. 84. P. 468–470.
16. Morino, M. Laparoscopic treatment of non-parasitic liver cysts / M. Morino, C. Garrone, V. Festa // *Am. Chir.* 1996. Vol. 50. P. 419–430.
17. Tate, J. J. Transhepatic fenestration of liver cyst: a further application of laparoscopic surgery / J. J. Tate, W. Y. Lau, A. K. Li // *Australian & New Zealand Journal of Surgery*. 1994. Vol. 64(4). P. 264–265.
18. Watson, D. I. Laparoscopic fenestration of giant posterolateral liver cyst / D. I. Watson, G. G. Jamieson // *Journal of Laparoendoscopic Surgery*. 1995. Vol. 5(4). P. 255–257.