

А. И. Ларионов

Лечение непаразитарных кист печени с применением лапаротомного доступа

Белорусский государственный медицинский университет

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

Ключевые слова: серозные кисты печени, диагностика, лапаротомия.

Введение

До широкого внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов лечения серозных кист печени, хирургические вмешательства выполнялись только из лапаротомного доступа. В последующем операции, проводимые с использованием лапаротомии, получили название традиционных хирургических вмешательств. Анализ литературы последних лет свидетельствует о том, что до настоящего времени не существует единой точки зрения в отношении выбора оптимального хирургического пособия из открытого доступа у больных с серозными кистами печени [4, 6]. Хирургическая тактика, характер и объем операции при различных вариантах распространенности патологического процесса остаются предметом дискуссии [1-3, 8, 9]. В связи с этим целью исследования было проведение сравнительной оценки эффективности и отдаленных результатов различных оперативных вмешательств по поводу непаразитарных кист печени, выполняемых из лапаротомного доступа.

Материал и методы

Проведен анализ результатов хирургического лечения 81 пациентов с серозными кистами печени, оперированных в период с 1989 по 2009 гг. в отделениях хирургической гепатологии и портальной гипертензии УЗ «9 городская клиническая больница», УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Из них женщин было 69 (85,2 %), мужчин – 12 (14,8 %), в возрасте от 18 до 76 лет. Оперативные вмешательства по поводу солитарных кист были выполнены 46 (56,7%) больным, а при множественных кистах печени и поликистозе – 35 (43,2%). В 14 случаях показанием к хирургическому лечению было наличие у пациентов желчнокаменной болезни и калькулезного холецистита. В данной группе больных операции, направленные на лечение серозных кист печени, выполнены симультанно с холецистэктомией. При этом у 5 пациентов оперативное пособие выполнялось по поводу острого

воспалительного процесса в желчном пузыре. Все операции были проведены в сроки от 1 до 6 суток от момента поступления пациентов в стационар. Топография кист печени у больных, оперированных открытым способом, была различной и представлена в таблице 1.

Таблица 1

Локализация кист печени у больных, оперированных традиционными способами

№ п/п	Локализация кист печени	Количество больных
1.	Правая доля	28
2.	Левая доля	20
3.	Правая и левая доли	12
4.	Поликистоз	21
	Всего:	81

Наиболее часто кисты локализовались в правой доле печени; с данной локализацией кист оперировано 28 больных, что составило 34,6% от всех оперированных открытыми способами. Кисты в левой доле встретились у 20 (24,7%) пациентов. Соотношение количества кист в левой доле к их количеству в правой доле составило 1:1,7. У 12 (14,8%) патологические образования печени локализовались в обеих долях. При поликистозе операции были выполнены 21 пациенту, что составило 25,9% от всех оперированных. Глубина расположения кист в паренхиме печени представлена в таблице 2.

Таблица 2

Количество оперированных больных с серозными кистами в зависимости от глубины их расположения в печени

№ п/п	Глубина расположения	Количество больных
1.	1-5 мм	74
2.	5-10 мм	5
3.	Более 10мм	2
	Всего:	81

Поверхностное расположение кист было отмечено у 74 (91,3%) больных. У двух пациентов глубина залегания кист была более 1 см. Размеры кист были различными и колебались в пределах от 15 мм до 180 мм в диаметре. Количество больных в зависимости от размера кист представлено в таблице 3.

Таблица 3

Размеры кист у больных, оперированных традиционными способами

№ п/п	Размеры кист	Количество больных
1.	до 5 см	23
2.	От 5 см до 10 см	51
3.	Свыше 10 см	7
Всего:		81

У 31 больного были отмечены осложнения серозных кист печени, что потребовало экстренного хирургического вмешательства. 16 пациентов до операции предъявляли жалобы на боли и чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье. С целью верификации диагноза и исключения патологии со стороны других органов и систем в данной группе больных были проведены дополнительные исследования: фиброгастродуоденоскопия, обзорная рентгенография органов грудной клетки. Двум пациентам для исключения патологии ободочной кишки была проведена колоноскопия. У 7 больных отмечены признаки канцерофобии, проявившиеся астеноневротическим и ипохондрическим синдромами.

Инфицирование содержимого кист наблюдалось у 12 пациентов. Четырем из них в предоперационном периоде выполнялась компьютерная томография исследование с целью уточнения диагноза и исключения паразитарной патологии и абсцесса печени. У 5 пациентов инфицированное содержимое выявлено во время оперативного вмешательства при вскрытии или пункции кистозного образования. При анализе размеров кист, осложненных нагноением, было отмечено, что во всех случаях кисты имели диаметр более 5 см. У 3 пациентов ранее применялись пункционные методы лечения. У двух пациенток, оперированных по поводу острого флегмонозного холецистита, симультанно была выполнена цистэктомия нагноившейся кисты, локализованной в 5 сегменте печени в непосредственной близости с желчным пузырем. Следует отметить, что до операции у этих больных ультразвуковая картина трактовалась как двухкамерный желчный пузырь. Серозный характер кист, осложненных инфицированием, в обоих случаях доказан при гистологическом исследовании. В описанных ситуациях причиной нагноения содержимого кист, по-видимому,

послужил острый воспалительный процесс в желчном пузыре с переходом на стенку кисты.

По поводу разрыва инфицированных кист и разлитого перитонита в экстренном порядке было оперировано двое больных. Одна пациентка была оперирована по поводу механической желтухи, вызванной сдавлением общего печеночного протока кистой, локализованной в области ворот печени. Таким образом, осложненное течение заболевания имело место в 38,3% случаев от общего количества больных, оперированных с использованием лапаротомного доступа (табл. 4).

Таблица 4

Осложнения серозных кист печени у оперированных больных

№ п/п	Осложнения	Количество больных
1.	Нагноение	12
2.	Нагноение и разрыв стенки кисты	2
3.	Механическая желтуха	1
4.	Болевой, диспептический синдром	16
	Всего:	31

Результаты и обсуждение

Для определения эффективности различных видов оперативных пособий, проведенных из лапаротомного доступа, были проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с серозными кистами печени. Оценка эффективности производилась в зависимости от характера поражения печени, соматического состояния больных и осложненного течения заболевания. Виды оперативных вмешательств были различными по объему и представлены в таблице 5.

Таблица 5

Оперативные вмешательства по поводу серозных кист печени

№ п/п	Оперативное вмешательство	Количество больных
1.	Резекция печени	4
2.	Цистэктомия	7
3.	Фенестрация	57
4.	Фенестрация с использованием препарата «Оксицеланим»	8
5.	Фенестрация, тампонада полости кисты большим сальником	2
6.	Наружное дренирование кист	3
	Всего:	81

Из общего количества оперированных больных у четырех были выполнены

различные по объему резекции печени. У одной пациентки, страдающей поликистозом печени, произведена левосторонняя гемигепатэктомия по поводу тотального поражения левой доли. Во время данной операции возникла необходимость в переливании эритроцитарной массы в объеме 750 мл в связи с высокой интраоперационной кровопотерей – до 1500 мл. В двух случаях совместно с фенестрацией маргинально расположенных кист печени была произведена резекция 2, 3, 4 сегментов. Еще у одной больной произведена резекция 3 сегмента печени с кистой. Все операции завершались обязательным дренированием брюшной полости, при этом ее длительность была не менее 120 минут.

У 2 больных послеоперационный период осложнился развитием правосторонней нижнедолевой пневмонии, диагностированной рентгенологически. В указанных случаях в течение длительного времени (не менее 7 суток) после операции сохранялась температурная реакция и воспалительные изменения в общем анализе крови, что потребовало применения антибактериальной терапии. Средняя длительность пребывания в стационаре больных после резекционной хирургии печени составила $23 \pm 2,3$ суток.

Дренирование кист печени в качестве самостоятельного хирургического пособия было выполнено в 3 случаях. При этом диаметр кист превышал 10 см, они были представлены замкнутой полостью с гладкой внутренней поверхностью, гнойным содержимым и незначительным перифокальным воспалением. После аспирации содержимого кисты, промывания ее полости антисептиком, осуществлялось наружное дренирование гнойной полости полихлорвиниловой трубкой 0,5 см в диаметре. Проведенное бактериологическое исследование содержимого кисты аэробной флоры не выявило. Послеоперационный период протекал гладко, каких-либо осложнений выявлено не было. В обязательном порядке проводились парентеральная антибактериальная терапия, промывание дренажа растворами фурацилина и водного хлоргексидина с периодичностью два раза в сутки. Пациенты были выписаны из хирургического стационара в удовлетворительном состоянии после выполнения контрольной цистофистулографии. Средняя длительность пребывания в стационаре пациентов после открытого дренирования кист печени составила $34 \pm 1,4$ дня.

Цистэктомия, как основной метод лечения серозных кист, была произведена у 7 больных. В 2 случаях пациенты были оперированы по поводу деструктивных форм острого холецистита и кисты располагались в непосредственной близости с желчным пузырем. В остальных случаях кисты располагались маргинально или поверхностно, а их размер не превышал 10 см в диаметре. В 5 случаях были отмечены признаки инфицирования кисты, ее стенка состояла из плотной фиброзной ткани. Во время операции у 3 пациентов отмечалось кровотечение из паренхимы печени при удалении медиальной стенки кисты. Гемостаз проводился прошиванием ложа кисты, а в одном случае путем фиксации пряди

сальника и в двух случаях – капитонажем остаточной полости. Операцию заканчивали дренированием ложа кисты и брюшной полости. В послеоперационном периоде поступление серозно-геморрагического отделяемого из брюшной полости прекращалось на 4-5 сутки, после чего дренажи удаляли. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре после выполнения цистэктомии составила $16 \pm 2,2$ дней.

Фенестрация кист печени, произведенная 67 пациентам, была наиболее частой операцией, при этом у 21 из них выявлен поликистоз печени. У 2 больных с целью закрытия остаточной полости применялась прядь большого сальника, у 8 с этой целью применяли отечественный препарат “Оксицеланим”. Оперативному лечению подвергались все доступные вмешательства кисты. Количество фенестрированных кист составило от 9 до 40, размеры их были от 0,5 см до 14 см в диаметре. При поверхностном расположении максимально иссекалась передняя (свободная) стенка кисты. В случаях глубокого их залегания, когда передняя стенка кисты была представлена тканью печени толщиной 5-10 мм, имело место паренхиматозное кровотечение из краев фенестрированного окна. Гемостаз осуществлялся путем би- или монополярной электрокоагуляции и краевого прошивания кровоточащего участка ткани печени кетгутом. У всех пациентов производилось дренирование подпеченочного и надпеченочного пространств, малого таза. Из всех больных, оперированных по поводу поликистоза, у 15 было отмечено серозно-геморрагическое отделяемое по дренажам в количестве до 1000 мл в первые сутки после операции, затем отделяемое становилось серозным и его количество уменьшалось. При ультрасонографическом исследовании у 5 пациентов в первые 5 суток после операции определялась свободная жидкость в брюшной полости. Через 2 недели после операции жидкостное содержимое брюшной полости резорбировалось. У 3 больных в раннем послеоперационном периоде развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. В одном случае послеоперационный период осложнился абсцессом правой доли печени, что явилось показанием для повторного оперативного вмешательства на 22 сутки после проведения первой операции. При этом было эвакуировано 100 мл жидкого гноя и выполнено дренирование остаточной полости кисты, поддиафрагмального пространства и малого таза. Для купирования воспалительного синдрома потребовалось применение антибиотиков широкого спектра действия в сочетании с дезинтоксикационной инфузионной терапией. Длительность стационарного лечения составила 67 суток. Средняя длительность пребывания больных с поликистозом печени составила $18 \pm 1,3$ суток.

Одна пациентка с поликистозом почек умерла на 14 сутки после оперативного вмешательства на фоне нарастающей острой почечной недостаточности.

Самую большую группу составили 44 больных, которым была выполнена фенестрация по поводу одиночных и множественных кист печени с размерами 2-18 см. У 13 из них фенестрация дополнялась электрокоагуляцией эпителиальной

выстилки кисты. Максимальное количество поверхностно расположенных фенестрированных во время одной операции кист составило 6. Толщина свободной мембранозной части кисты не превышала 5 мм. Операция заключалась в максимальном иссечении свободной стенки кисты, обработке эпителиальной выстилки электро- или аргонусиленным коагулятором. В 6 случаях для пломбировки остаточной полости применялась пленка «Оксицеланим». Операцию завершали дренированием подпеченочного пространства, а в случаях, когда киста локализовалась в 7-8 сегментах печени, дренировали поддиафрагмальное пространство справа. Одной больной была произведена релапаротомия в связи с развившимся внутрибрюшным кровотечением: «Больная В. находилась на лечении в отделении хирургической гепатологии с клиническим диагнозом: хронический калькулезный холецистит. Киста в области ворот печени. Механическая и паренхиматозная желтуха. Интраоперационно в 4-5 сегментах печени выявлена инфицированная серозная киста размером 6,5 см в диаметре, послужившая причиной сдавления общего желчного протока. Произведена фенестрация кисты с заполнением остаточной полости пленкой «Оксицеланим», холецистэктомия, дренирование холедоха по методу Холстеда-Пиковского. На 3 сутки ранний послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, была выполнена релапаротомия. Эвакуировано 600 мл гемолизированной крови. Явного источника кровотечения выявлено не было, было предположено остановившееся кровотечение из ложа желчного пузыря холемического характера». Следует отметить, что показательной в данном случае явилась макроскопическая картина пленки, которая была представлена гелеобразной массой, заполнявшей остаточную полость кисты. Данный факт подтвердил целесообразность использования препарата «Оксицеланим» с целью закрытия остаточных полостей серозных кист печени и послужил основанием для дальнейшего применения препарата.

Анализ историй болезни пациентов, оперированных по поводу одиночных и множественных серозных кист печени, поликистоза показал, что фенестрация является малотравматичным оперативным пособием и хорошо переносится пациентами. Послеоперационных осложнений, непосредственно связанных с проведением фенестрации кист печени, отмечено не было. При контрольном ультразвуковом исследовании в различные сроки – от 1 месяца до 3 лет, в группе из 17 человек у 2 пациентов был выявлен рецидив заболевания, что составило 11,7%. Полученные нами данные согласуются с результатами исследований других авторов [5]. Многие из них рекомендуют широкое вскрытие кистозной полости, что позволяет снизить вероятность рецидива заболевания и избежать необходимости резекции печени [7].

Заключение

Данные собственных исследований, полученные в результате хирургического лечения пациентов с серозными кистами печени с использованием лапаротомного доступа, позволили сделать следующие выводы:

- 1) оперативные вмешательства по поводу серозных кист печени, выполняемые из лапаротомного доступа, являются более эффективными по сравнению с пункционными методами, но, в то же время, более травматичны и выполнимы не во всех случаях;
- 2) резекция печени и цистэктомия являются радикальными операциями, однако имеют большой процент осложнений в раннем послеоперационном периоде вследствие их высокой травматичности;
- 3) дренирование полости кисты в сочетании с ее многократной санацией антисептиками, как самостоятельное вмешательство, оправдано при абсцедировании кистозного содержимого. Фенестрация при поликистозе печени носит паллиативный характер и обоснована в случаях невозможности выполнения более радикальной операции;
- 4) методом выбора в хирургии серозных кист печени из лапаротомного доступа следует считать фенестрацию, поскольку она является малотравматичным оперативным вмешательством, позволяющим снизить количество осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения.

Литература

1. Береснев, А. В. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени. *Анналы хирургической гепатологии* / А. В. Береснев, В. А. Сипливый., Г. В. Садовский. 1996. Т. 1. С. 199.
2. Гранов, А. М. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / А. М. Гранов, Л. В. Анфилова // *Вестник хирургии*. 1994. № 5. С. 46–50.
3. Диагностика и лечебная тактика при поликистозе печени / А. А. Мовчун [и др.] // *Клинич. медицина*. 1992. № 7. С. 29–34.
4. Журавлев, В. А. Большие и предельно большие резекции печени / В. А. Журавлев. Саратов, 1986.
5. Ларионов, А. И. Лечение серозных кист печени: матер. науч. конференции «Диагностика и лечение опухолей печени» / А. И. Ларионов, В. И. Дружинин, А. М. Федорук. СПб., 1999. С 92.
6. Савчук, Б. Д. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени // Пленум правления Всесоюзного научного общества хирургов, 21-й: тез. / Б. Д. Савчук. Краснодар, 1988. С. 128.

7. Edwards, J. D. Optimizing surgical management of symptomatic solitary hepatic cysts / J. D. Edwards, F. E. Eckhauser, J. A. Knol // *Amer. Surg.* 1987. Vol. 53. P. 510–514.

8. Fernandez, M. Management of solitary nonparasitic liver cyst / M. Fernandez, J. C. Cacioppo, R. P. Davis // *Ibid.* 1984. Vol. 50. P. 205–208.

9. Sancher, H. Surgical management of non-parasitic cystic liver disease / H. Sancher, M. Gagner, P. L. Jenkins // *Am. J. Surg.* 1991. Vol. 161. P. 113–118.