

*В. Я. Хрыщанович, В. И. Дружинин, А.И. Ларионов*

## **Результаты лечения серозных кист печени пункционными методами**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Приведены результаты пункционного лечения 59 пациентов с серозными кистами печени, проведен сравнительный анализ их эффективности и отдаленных результатов.

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

### **Введение**

В последние десятилетия значительно возрос интерес к проблеме лечения серозных кист печени, что обусловлено появлением современной диагностической аппаратуры и минимальноинвазивных хирургических методик. В связи с этим большинство исследователей считают методом выбора в лечении данной патологии чрезкожное пунктирование и/или дренирование кист под контролем ультразвука и компьютерной томографии с последующим введением в ее полость склерозирующих веществ [4, 6, 7, 9, 11, 13]. В качестве склерозантов применяются 96% этиловый спирт, его смесь с йодом, этоксисклерол (полидоканол, лауромакрогол) в объеме, равном 1/4 объема аспирированной жидкости [12]. Некоторые авторы применяют лапароскопическую пункционно-аспирационную санацию кисты печени с дальнейшим бактериологическим и цитологическим исследованием материала [1]. Следует отметить, что до настоящего времени возможность лечения серозных кист печени пункционными способами остается предметом многочисленных дискуссий. Одни авторы считают, что пункция и другие манипуляции с применением склерозирующих веществ являются нерадикальными и опасными в плане развития осложнений [2, 3], другие называют подобные вмешательства методом выбора [11].

В связи с вышеизложенными предпосылками нами проведено исследование, основанное на применении метода ультрасонографии, как с целью диагностики кистозной патологии печени, так и проведения манипуляций под визуальным контролем.

### **Материал и методы**

Проанализированы результаты лечения 59 пациентов с серозными кистами печени, которым были выполнены различные по объему оперативные вмешательства под ультразвуковым контролем за период с 1996 по 2009 гг. Все пациенты находились на стационарном лечении в отделениях хирургической гепатологии и портальной гипертензии УЗ «9 городская клиническая больница» и УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска. Минимальноинвазивные вмешательства проводились в условиях манипуляционной УЗ «Минский консультативно-диагностический центр», рентгенооперационной и гнойно-септической операционной УЗ «9 ГКБ». Всего было оперировано 48 (81,3%) женщин и 11 (18,7%) мужчин с серозными кистами размером от 4 до 12 см в диаметре. У 41 больного кисты располагались поверхностно, у 18 – внутрипеченочно, из них четверо пациентов страдали

поликистозом печени. У данной категории пациентов, учитывая тотальное поражение органа, для достижения максимального эффекта от манипуляции, пункции подвергались кисты наибольших размеров. Основное количество составили больные с поверхностно расположенными кистами (табл. 1).

Таблица 1

Расположение кист по отношению к поверхности печени

№п/п	Расположение кист	Количество больных
1.	Поверхностное	41
2.	Внутрипеченочное	18
	Всего:	59

Всем больным, оперированным под контролем ультразвука, проводилась пункция кист иглой под визуальным контролем. В ряде случаев пункция и аспирация содержимого кисты дополнялись склеротерапией и дренированием остаточной полости. Пункционных методы лечения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Пункционные методы лечения

№п/п	Виды пункционных методов лечения	Количество больных
1.	Пункция и аспирация содержимого	15
2.	Пункция, аспирация и склеротерапия	37
3.	Пункция, аспирация, склеротерапия и дренирование	7
	Всего:	59

### Результаты

У 15 (25,4%) больных была выполнена только аспирация содержимого кисты. У 37 (62,7%) помимо аспирации произведена обработка полости кисты 96% спиртом, из них у 4 (6,8%) обработка проводилась 96% спиртом в сочетании с йодом. У 7 (11,9%) пациентов выполнено дренирование полости кисты с многократной обработкой эпителиальной выстилки спиртом (рис. 3.3). Введение склерозанта осуществлялось не менее 3 раз с периодичностью 1 раз в сутки. Использовался 96% спирт в количестве, не превышающем 20% объема кисты. У 4 больных инфузия спирта вызывала появление боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область. У 3 больных болевой синдром купировался самостоятельно в течение ближайших 2 часов после введения. У одной пациентки потребовалось промывание полости кисты 0,5% раствором новокаина в количестве 40 мл и внутримышечное введение анальгетиков и спазмолитиков. В случаях хорошей переносимости больными проводимой манипуляции, экспозиция спирта в полости кисты составляла от 20 до 30 минут. Дренаж удаляли через 3 суток при отсутствии по нему отделяемого после

контрольного ультразвукового исследования. У 4 больных дренирование осуществлялось в течение 7 суток по причине сохранения до 150 мл суточного отделяемого мутного или опалесцирующего характера. В случаях обтурации дренажа густым отделяемым из полости кисты, требовалось его многократное промывание для сохранения дренажной функции.

У одного больного дренирование выполнялось в течение 12 суток, поскольку произошло инфицирование содержимого остаточной полости, что потребовало применения антисептиков и многократного промывания полости кисты. В качестве антисептика применяли водный раствор хлоргексидина.

Послеоперационный период протекал без воспалительных изменений: отсутствовали выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови, болевой синдром и температурная реакция. Больной был выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии после прекращения поступления отделяемого из дренажа и положительных данных ультразвукового контроля.

У 3 больных дренаж не функционировал в связи с его перегибом и дислокацией из полости кисты. На вторые сутки после проведения манипуляции указанные обстоятельства потребовали удаление дренажа. У 12 больных было отмечено развитие рецидивов кист печени, в связи с чем им выполнялись повторные пункции под контролем ультразвука. Количество повторных пункций представлено в таблице 3.

Таблица 3

Количество повторных пункций при лечении серозных кист печени

Количество пациентов	Количество пункций
6	2
4	3
1	4
1	5

При повторных пункциях цвет содержимого кист менялся, он приобретал коричневую окраску или становился мутным. У 6 пациентов было получено гнойное отделяемое, из них у 4 ранее были выполнены пункции кист. При получении гнойного содержимого всем больным выполнялось дренирование кисты с многократным промыванием полости кисты водным раствором хлоргексидина. Дренаж извлекали после контрольного ультразвукового исследования, подтверждающего уменьшение полости кисты, и отсутствии отделяемого. Полного исчезновения полости кисты не было достигнуто ни в одном из наблюдений.

У 3 пациентов в процессе выполнения манипуляции пункция была прекращена в связи с появлением крови из пункционной иглы, у 2 больных наблюдали кровотечение в полость кисты. У 1 пациентки манипуляция осложнилась формированием гематомы печени в процессе проведения иглы в полость кисты. Гематома располагалась подкапсульно и имела размеры 10×5 см. Учитывая развившееся осложнение, сразу после его возникновения пациентке был назначен постельный режим и гемостатическая терапия. Количество и виды

осложнений, связанные с проведением пункционных методов лечения представлены в таблице 4.

Таблица 4

Осложнения пункционных методов лечения серозных кист печени

№п/п	Вид осложнения	Количество больных
1.	Абсцедирование	1
2.	Инфицирование	4
3.	Кровотечение в полость кисты	2
4.	Подкапсулярная гематома	1
5.	Пункция сосудистого образования	3
	Всего:	11

Таким образом, из 59 пациентов у 12 были зафиксированы осложнения пункционных методов лечения, что составило 18,6%. Все послеоперационные осложнения в зависимости от времени их развития были разделены на две группы. В первую группу вошли осложнения, связанные непосредственно с проведением операции: кровотечение в полость кисты, подкапсулярная гематома; пункция сосудистого образования, послужившая причиной отказа от проведения процедуры. Все вышеперечисленные осложнения были диагностированы непосредственно во время выполнения пункции и больные находились под динамическим наблюдением в условиях стационара. Лечение пациентов заключалось в назначении постельного режима, гемостатических препаратов, антибиотиков. Выписка из стационара осуществлялась после контрольного ультразвукового исследования. Во всех случаях лечение проводилось консервативно и не потребовало выполнения лапаротомии. По нашим данным ранние послеоперационные осложнения составили 54,5% от всех осложнений, полученных при проведении пункционных методов.

У 5 (45,5%) больных имели место поздние осложнения – инфицирование и абсцедирование содержимого кист. Поздние осложнения были диагностированы в различные сроки – от 7 суток до 4 месяцев. В одном случае потребовалось наружное дренирование абсцесса из лапаротомного доступа под общей анестезией. У 4 больных проводилось дренирование под контролем ультразвука с многократным санированием полости кисты антисептиками. В большинстве случаев контрольное ультразвуковое исследование выполнялось на вторые сутки после проведения манипуляции.

Анализ результатов, проведенный на основании УЗИ контроля полости кисты, показал, что из 44 больных с кистами более 5 см в диаметре у 39 (88,6%) отмечалось сохранение остаточной полости с жидкостным компонентом объемом до 2 мл. При контрольном обследовании группы из 15 больных с кистами до 5 см в диаметре у 7 (46,6%) также сохранялась остаточная полость.

Обсуждение

Широкое распространение и применение малоинвазивных методик стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику ультразвукового и

компьютерного методов исследования. Благодаря доступности, безопасности и высокой информативности ультразвукографическое исследование имеет ряд преимуществ перед компьютерно-томографическим методом диагностики. На начальных этапах внедрения и применения пункционно-аспирационных методов лечения серозных кист печени многие авторы сообщали о хороших послеоперационных результатах [4, 5]. Ряд исследователей считают этот метод безальтернативным [12]. Н.Ф.Кузовлев и соавт. (1999) отдают предпочтение пункции при кистах до 5 см в диаметре. А.А Шалимов (1993) считает, что пункционные методы лечения серозных кист печени являются наиболее щадящими по сравнению с другими методами. В тоже время, в результате анализа отдаленных результатов лечения данной патологии, стали появляться сообщения о достаточно частых осложнениях и рецидивах заболевания, что в некоторых случаях требовало применения повторных аспираций или открытых оперативных вмешательств [10]. По мнению большинства авторов, многократные пункции могут приводить к инфицированию содержимого кист, а в ряде случаев требуют более радикальных подходов к лечению [14]. С целью изучения эффективности пункционных методов лечения в отдаленном периоде нами был проведен анализ результатов ультразвукографических исследований 24 пациентов, оперированных минимальноинвазивными способами. Ультразвуковые исследования были выполнены в различные сроки – от 2 суток до 6 месяцев. При этом было установлено, что у 19 (79,1%) из них возник рецидив заболевания. Таким образом, эффективность лечения серозных кист печени пункционными методами составила 20,1%, что согласуется с литературными данными [8].

#### Заключение

Анализ ближайших и отдаленных результатов пункционных методов лечения позволяет нам констатировать, что в настоящее время существуют ограниченные показания к их применению, но в тоже время они являются наименее травматичными из ныне существующих способов лечения серозных кист печени. Данные собственного исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Пункционные методы лечения серозных кист печени недостаточно эффективны и носят паллиативный характер.
2. Многократные пункции нецелесообразны из-за высокой частоты осложнений и рецидивов.
3. Учитывая малую травматичность, применение пункционных методов оправдано при внутривнутрипеченочном расположении кист, а также у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, когда другие виды лечения невыполнимы.
4. Наружное дренирование остаточной полости кист следует выполнять для многократной обработки полости при осложненном течении заболевания в случаях инфицирования содержимого кист.

## Литература

1. Абдуллаев, А. Г. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени / А. Г. Абдуллаев // Хирургия. 1990. № 8. С. 157–163.
2. Афондулов, С. А. Диагностика и лечение кист печени / С. А. Афондулов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 1996. Т. 1. С. 194.
3. Гранов, А. М. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / А. М. Гранов, Л. В. Анфилова // Вестник хирургии. 1994. № 5. С. 46–50.
4. Джумшудов, Д. Г. О пункционном лечении эпителиальных кист печени в эксперименте / Д. Г. Джумшудов, С. Сары, Г. Устюн // Анналы хирургической гепатологии. 1996. Т. 1. С. 218.
5. Диагностика и лечебная тактика при поликистозе печени / А. А. Мовчун [и др.] // Клинич. медицина. 1992. № 7–8. С. 29–34.
6. Зубовский, Г. А. Лучевая и ультразвуковая диагностика заболеваний печени и желчных путей / Г. А. Зубовский. М., 1998.
7. Зубарев, А. В. Методы медицинской визуализации УЗИ, КТ, МРТ в диагностике опухолей и кист печени / А. В. Зубарев; науч. рец. В. Н. Китаев. М.: Видар, 1995. 112 с.
8. Кузин, Н. М. Диагностика и малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист печени / Н. М. Кузин [и др.] // Хирургия. № 5. 1996. С. 16–20.
9. Медведев, В. Е. Ультразвуковая диагностика поликистоза печени / В. Е. Медведев, Б. А. Тарасюк, С. А. Шалимов // Тер. арх. 1983. № 10. С. 16–17.
10. Преклонский, А. В. Отдаленные результаты лечения непаразитарных кист печени и их осложнений / А. В. Преклонский // Нижегород. мед. журн. 1994. № 1. С. 64–66.
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. Jeng, K. S. Management of symptomatic polycystic liver disease: laparoscopy adjuvant with alcohol sclerotherapy / K. S. Jeng [et al.] // Journal of Gastroenterology & Hepatology. 1995. Vol. 10(3). P. 359–362.
13. Robinson, D. A. Magnetic resonance imaging of the solitary hepatic mass: direct correlation with pathology and computed tomography / D. A. Robinson // Clin. Radiol. 1987. Vol. 38, № 6. P. 559–568.
14. Roemer, C. E. Hepatic cysts: diagnosis and therapy by sonographic needle aspiration / C. E. Roemer, J. T. Ferrucci, P. R. Mueller // Amer. J. Roentgenol. 1981. Vol. 136. P. 1065–1071.