

УДК 616.36.-003.4-089.81

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

**Смолякина А.В., Манучаров А.А., Баринов Д.В., Рогова Ю.Ю.**

*ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»,*

*Ульяновск, e-mail: smolant1@yandex.ru*

Представлены результаты обследования и лечения 148 пациентов с непаразитарными кистами печени. На основании комплексного клинического обследования и лечения больных с непаразитарными кистами печени разработана индивидуализированная хирургическая тактика, которая имеет место в хирургической практике. При непаразитарных кистах печени лечебная тактика определяется на основании их размеров. При малых кистах проводили динамическое наблюдение. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи в полости кисты. Пункция под контролем УЗИ является операцией выбора при наличии абсцедирования кисты и локализации кисты среднего размера близко к воротам печени. Лапароскопическая операция предпочтительнее при размерах кисты более 15 см с её расположением в доступных сегментах печени и выбуханием непосредственно из паренхимы печени.

**Ключевые слова:** непаразитарные кисты печени, диагностика, хирургическое лечение

## SURGICAL TACTIS OF PATIENTS WITH NON-PARASITIC HEPATIC CYSTS

**Smolkina A.V., Manucharov A.A., Barinov D.V., Rogova J.J.**

*Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: smolant1@yandex.ru*

The results of examination and treatment of 148 patients with non-parasitic cysts of liver are presented. Based on a complex clinical examination and treatment of patients with non-parasitic cysts of liver an individualized surgical approach is developed, which takes place in surgical practice. In cases of nonparasitic cysts of the liver the treatment tactics depends on the size of cysts. In cases with small cysts dynamical observation was made. Currently the main indication for laparotomy is the admixture of bile in the cavity of the cyst. The ultrasound puncture is the method of choice, if there is an abscess of cyst and the localization of a mid-size cyst close to the gate of the liver. Laparoscopic surgery is preferable if the cyst size is more than 15cm and it is located in the available segments of liver and the protrusion is directly of the liver parenchyma.

**Keywords:** non-parasitic hepatic cysts, diagnosis, surgical treatment

С внедрением в медицинскую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики значительно возросла частота выявления очаговых образований печени. А с появлением более точных данных о характере доброкачественных заболеваний печени и открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода их лечения [1, 2]. Хотя клинические проявления бывают только у 10–16% больных при прогрессировании болезни [4], осложнения наблюдаются у 5% больных. Большие кисты центрального расположения и массивное кистозное поражение могут приводить к сдавлению сосудисто-секреторных элементов печени с развитием симптомов механической желтухи и портальной гипертензии [9]. В литературе описан случай, когда киста сдавила нижнюю полую вену с её локальным тромбозом [7]. Из осложнений непаразитарных кист отмечают кровоизлияния в брюшную полость, нагноение кист и формирование цистобилиарных свищей [5,8]. При клинических проявлениях непаразитарных кист печени пациенты могут отмечать чувство тяжести или боли в правом подреберье и эпигастральной области, дискомфорт в животе после приёма пищи, изжогу, от-

рыжку, потерю аппетита, тошноту [3,6]. Следовательно, данная проблема достаточно актуальна в современной хирургии.

**Цель исследования.** Улучшить результаты диагностики и лечения больных с непаразитарными кистами печени путем разработки индивидуальной хирургической тактики и дифференцированного использования традиционных и малоинвазивных методов в хирургии.

### Материал и методы исследования

В основу исследования положен анализ результатов хирургического лечения 148 больных с непаразитарными кистами печени за период с 2000 по 2010 год, находившиеся в Мурманской областной клинической больнице им П.А. Баяндина и в клинике кафедры госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета.

Мужчин было 17 (11,5%), женщин – 131 (88,5%). Возраст больных составил от 25 лет до 83 лет, средний возраст  $58 \pm 1,2$  лет. Большинство больных госпитализировались в стационар в плановом порядке 143 (96,6%), и 5 (3,4%) пациентов в экстренном порядке, в двух случаях причина экстренной госпитализации клиника абсцедирования кист, и трём пациентам с гигантскими кистами потребовалась срочная госпитализация в связи с резко выраженной клинической картиной.

По характеру происхождения у 145 (97,9%) кисты были истинными серозными. У 3 (2,1%) – вы-

явлена посттравматическая фибринозная киста. Локализация кист – в правой доле 81 (54,7%), в левой доле – 44 (29,7%), в обеих долях – 23 (15,6%).

Множественные кисты были у 6 (4,1%) больных. Единичные кисты – у 117 (79,1%), а у 25 (16,8%) пациентов наблюдалось по две солитарные кисты.

При множественных кистах их размеры колебались от 0,3 до 15 см. Диаметр солитарных кист находился в пределах от 3 до 30 см.

Среди всех госпитализированных в клинику больных у 72 (48,6%) имелась сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта. 45,2% случаев сочетаются с желчно-каменной болезнью и у 5 (3,4%) больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Сопутствующая патология со стороны сердечно-сосудистой системы была выявлена у 49 (33,1%) больных. Легочная патология была выявлена у 7 (4,7%) больных (5 – с хроническим бронхитом и 2 – с бронхиальной астмой). Патология со стороны почек и мочевыводящей системы – у 8 (5,4%) пациентов. У 5 (3,5%) больных были выявлены грыжи различной локализации (2 – пупочная грыжа, 1 – паховая и 2 – послеоперационная вентральная грыжа). Без сопутствующих заболеваний было 7 (11%) больных.

Всем поступившим пациентам производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований.

Основными симптомами были ноющие боли в правом подреберье – у 84 (56,8%) больных, чувство тяжести в верхних отделах живота – у 52 (35,1%).

Ультразвуковое исследование (УЗИ) выполнялось всем пациентам. Компьютерная томография (КТ) для уточнения предполагаемого диагноза исключения паразитарной диагностики потребовалась 10 больным с идиопатическими кистами печени. Проведенная КТ подтвердила диагноз кисты печени у 9 больных, в 1 наблюдении окончательный диагноз выставлен не был и при диагностической лапароскопии в последующем констатирован поликистоз печени. Радиоизотопное исследование печени использовано у 18 больных в диагностике идиопатических кист печени. При этом «холодные» очаги выявлены у 11 (61,1%) пациентов, причем у 2 больных выполненное ранее УЗИ не обнаруживало в печени очаговых образований. Диффузно-неравномерное поглощение радиоизотопа установлено в 6 (33,3%) случаях, а отсутствие патологии в печени констатировано у 1 (5,6%) больного (множественные кисты в дальнейшем выявлены при УЗИ и подтверждены при лапароскопии). При проведении скинтиграфического исследования у больных с очаговыми поражениями менее 5 см в диаметре была очень высокая вероятность получения ошибочного заключения или ложноотрицательного результата, что связано с перекрытием изображения таких очагов интенсивным сигналом от расположенной над и под ними нормально функционирующей паренхимой печени.

Если при наличии очагового образования более 5 см в диаметре четкий дефект накопления радиоизотопа был получен в 73,3% случаев, то при мелких одиночных и множественных очагах чаще выявляется диффузно неравномерное накопление препарата.

Больные разделены на две группы: I группа – 85 (57,4%) пациентов, которым оперативное лечение не выполнялось, и II группу составили 63 (42,6%) больных, которым выполнено хирургическое лечение: 19 (30,2%) пациентам выполнялись лапаротом-

ные доступы, 23 (36,5%) больным операция выполнялась лапароскопическим методом и 21 (33,3%) – выполнялись лечебно-диагностические пункции под контролем УЗИ. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом.

В своей работе нами проведен анализ качества жизни (КЖ) и отдаленные результаты у больных, перенесших операцию и не оперированных больных. Для оценки показателей КЖ нами было проведено тестирование пациентов с использованием русскоязычной версии рекомендованного ВОЗ общего опросника SF-36 (Short Form) и специализированного опросника GPRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale). Больные самостоятельно заполняли анкеты, затем проводили подсчет баллов для каждого больного, в каждой точке исследования с дальнейшим анализом динамики состояния пациентов. Структура анкеты позволяет проанализировать компоненты физического здоровья: состояние физического здоровья; ограничение повседневной деятельности из-за проблем физического здоровья; влияние боли на ежедневную активность; общее восприятие здоровья и компоненты психического здоровья: энергичность; слабость; ограничение в социальной активности; ограничение в повседневной активности из-за эмоциональных проблем; психическое здоровье.

### Результаты исследования и их обсуждение

Обследование больных с непаразитарными кистами печени в целом должно решать следующие задачи:

1. Выявление наличия, определение размеров и точной локализации кисты печени.
2. Дифференциальная диагностика с другими очаговыми заболеваниями печени (паразитарные кисты, абсцессы, гемангиомы и др.) или кистами окологепаточной локализации.
3. Определение показаний к хирургическому лечению.
4. Уточнение оптимального вида вмешательства и хирургического доступа.

В результате исследования выявлено, что идиопатические кисты печени малого размера (менее 5 см) не имеют клинической симптоматики. При увеличении размеров кист более 10 см в диаметре появляется болевой синдром у 88% больных, который носит характер тупых ноющих болей в правом подреберье.

Исходя из поставленных задач, с учетом результатов полученных при анализе данных обследования пациентов, нами были разработаны показания к различным методам оперативного лечения больных непаразитарными кистами печени.

Показаниями к лапаротомии у 5 больных мы считали внутривнутрипеченочное расположение кист, локализацию их вблизи крупных сосудов (например, признаки сдавления нижней полой вены), невозможность исключить паразитарный характер пораже-

ния (3 больных), нагноение кист (2 больных), наличие сопутствующей патологии желчного пузыря и желчных протоков, требовавшей «открытого» вмешательства (9 больных).

В 2 случаях была выполнена атипичная резекция левой доли печени, в 3 случаях резекция кист, в 5 – иссечение выступающих стенок кист, дренирование и тампонада остаточной полости сальником, в 8 – вскрытие кисты и дренирование полости, из них в 1 случае после вскрытия кисты остаточная полость была ушита и дренирована, и в одном случае был наложен цистоэнтероанастомоз. При этом у 9 больных были выполнены симультанные операции одновременно с вмешательствами на желчном пузыре и желчных протоках: холецистэктомия – 8 наблюдений, из них холедохолитотомия с дренированием по Керу – 4 случая, холецистостомия – 1 случай. Объем эвакуированного содержимого кист колебался от 60,0 до 5000,0 мл. В среднем  $1,300 \pm 275,6$  мл.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 6 (31,6%) больных, что достоверно больше, чем при лапароскопическим доступе ( $p = 0,05$  по Фишеру). В двух случаях на 2 сутки после операции было выявлено кровотечение из послеоперационной раны. При ревизии обнаружен кровотокающий сосуд, который был прошит. У одного больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс. У одной больной в послеоперационном периоде была диагностирована и пролечена пневмония, и у одного развился острый панкреатит, потребовавший инфузионной терапии. У одной больной в послеоперационном периоде была выявлена тромбоземболия легочной артерии.

Наименее длительная температурная реакция, а также наиболее быстрое восстановление показателей крови наблюдалось у больных после резекций кист печени или иссечения выступающей части стенки кисты. Наиболее длительно сохраняющиеся проявления воспалительного процесса (температура, лейкоцитоз, повышение СОЭ) наблюдались у больных после вскрытия и дренирования кист. Длительное сохранение изменений со стороны показателей крови у больных, перенесших симультанные операции, было обусловлено в основном вмешательством на желчных протоках (например, дренированием холедоха по Керу). Аналогичная зависимость наблюдается и при сравнении продолжительности послеоперационного пребывания больных в стационаре. Наименьший послеоперационный период (12 суток) отмечался при ис-

сечении выступающей стенки кисты. При резекциях кист послеоперационный период составил в среднем 14,5 суток, при атипичных резекциях левой доли – 15,5 сут., при вскрытии кисты и дренировании – 19,5. В среднем оперированные лапаротомным доступом больные были выписаны в удовлетворительном состоянии через 16,9 суток после операции.

Оперативное вмешательство с использованием эндовидео-хирургического метода заключалось в иссечении выступающей стенки кисты, тампонаде остаточной полости сальником и дренировании брюшной полости. В 17 случаях из 23 осуществлены симультанные операции иссечения кист печени и холецистэктомии.

Интраоперационных осложнений не было. В послеоперационном периоде у одного больного после иссечения кист правой и левой долей печени возник тромбоз левого стопы, который потребовал выполнения на 11 сутки после эндовидеохирургического вмешательства выполнения операции Троянова-Транделенбурга. Все 23 оперированных эндовидеохирургическим методом выписаны в удовлетворительном состоянии в среднем через 6–7 суток после операции (от 1 до 21 суток – у больного с тромбозом левого стопы в послеоперационном периоде).

При пункционном лечении у всех больных в качестве склерозанта использовали 96%-й этанол. У 11 пациентов потребовалось выполнение дренирования. Дренаж в полости кисты находился до 3 недель. Все 21 пациент выписан в удовлетворительном состоянии в среднем через 6–5 дней. Нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 1 больной. Рана зажила вторичным натяжением в течение 6–7 суток. При сравнении результатов исследования выявлено значительно лучшие показатели средних сроков госпитализации при использовании лапароскопической методики и пункциях под контролем УЗИ.

Результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что КЖ пациентов по опроснику SF-36, которым не выполнялось оперативное лечение, ниже по всем показателям, чем у пациентов, которым проводились оперативные вмешательства. И существенно снижено по шкалам: социальное функционирование PF – 19%, психическое здоровье (SF) – 25%. При исследовании КЖ пациентов по опроснику GRSR были получены неудовлетворительные результаты по шкале «Абдоминальная боль» – ниже на 8%, «Диспептический синдром» – 19%. Следовательно, больных непаразитарными кистами печени необходимо ставить на

диспансерный учёт и динамическое наблюдение, а также выработать чёткие показания для оперативного лечения данной патологии.

### Выводы

Непаразитарные кисты печени малого размера (менее 5 см) не имеют клинической симптоматики. При увеличении размеров кист более 10 см в диаметре появляется болевой синдром у 88% больных.

Идиопатические кисты печени в 45,2% случаев сочетаются с желчно-каменной болезнью. Выполнение в таких случаях симультанных операций (холецистэктомия + иссечение кист печени) не утяжеляет течение послеоперационного периода и не удлиняет длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре. Критерием выбора тактики оперативного лечения служили размеры кисты, ее локализацию по отношению к воротам печени и краю паренхимы. На настоящий момент основным показанием к лапаротомии служит наличие примеси желчи в полости кисты, в остальных случаях показана лапароскопия либо лечебно-диагностическая пункция под контролем УЗИ. Пункция под контролем УЗИ является операцией выбора при наличии абсцедирования кисты и локализации кисты близко к воротам печени. Лапароскопическая операция предпочтительнее при больших размерах кисты, более 15 см и с ее расположением в доступных сегментах печени и вывиханием непосредственно из паренхимы печени.

Внедрение индивидуальной лечебной тактики ведения больных с непаразитарными кистами печени позволяет своевременно выявить данную патологию и выбрать адекватный путь ведения больных с определением методики лечения. Оперативное лечение идиопатических кист печени с использованием методов эндовидеохирургии и лечебно-диагностической пункции под контролем УЗИ в большинстве случаев, позволяет осуществить адекватный объем вмешательства и сопровождается меньшей операционной травмой.

### Список литературы

1. Лечебная тактика при неосложнённых непаразитарных кистах печени / С.А. Пышкин, А.С. Аладин, Д.Л. Борисов, Е.В. Ефремова, И.А. Юскин // Хирургия. – 2008 – №11. – С. 35–38.
2. Толстикова А.П., Захарова А.В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени // Медицинский Альманах. – 2010. – №1 (10). – С. 151–152.

3. Ammori B.J., Jenkins B.L., Lim P.C. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a hepatobiliary center // *World J Surg.* – 2002. – №. 4. – P. 462–469.

4. Emmermann A., Zorjin C., Lloyd D.M. Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of liver with omental transposition flap // *Surg Endosc.* – 1997. – Vol.11, №.7. – P. 734–736.

5. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice // *Hepatobiliary Pancreat Surg.* – 2002. – Vol. 9, №. 6. – P. 764–768.

6. Katkhouda N., Mavor E., Gugenheim J., Vjuiel J. Laparoscopic management of benign cystic of the liver // *Hepatobiliary Pancreat Surg.* – 2000. – Vol. 7, №. 2. – P. 212–217.

7. Lermite E., Pessaux P., Jousset Y. Compression of the inferior vena cava with thrombus: a rare complication of solitary liver cyst // *Ann Chir.* – 2002. – Vol. 127, №. 10. – P. 776–778.

8. Masatsugu T., Shimizu S., Noshiro H. Liver cyst with biliary communication successfully treated with laparoscopic deroofting: a case report // *JLS.* – 2003. – Vol.7, №. 3. – P. 249–252.

9. Parenti R., Leone V., Del Buono G. Obstructive jaundice caused by solitary nonparasitic cysts of the liver // *Minerva Chir.* – 1991. – Vol. 46, №. 6. – P. 273–277.

### References

1. Pyshkin S.A., Aladin A.S., Borisov D.L., Efremova E.V., Iuskin I.A. *Chirurgia*, 2008, no. 11, pp. 35–38.

2. Tolstikov A.P., Zakharov A.P. *Medicine almanakh*, 2010, no 1 (10), pp. 151–152.

3. Ammori B.J., Jenkins B.L., Lim P.C. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a hepatobiliary center. *World J Surg*, 2002, no 4, pp. 462–469.

4. Emmermann A., Zorjin C., Lloyd D.M. Laparoscopic treatment of nonparasitic cysts of liver with omental transposition flap. *Surg Endosc*, 1997, vol.11, no 7. pp. 734–736.

5. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2002, vol. 9, no 6, pp. 764–768.

6. Katkhouda N., Mavor E., Gugenheim J., Vjuiel J. Laparoscopic management of benign cystic of the liver. *Hepatobiliary Pancreat Surg*, 2000, vol. 7, no 2, pp. 212–217.

7. Lermite E., Pessaux P., Jousset Y. Compression of the inferior vena cava with thrombus: a rare complication of solitary liver cyst. *Ann Chir*, 2002, vol. 127, no 10, pp. 776–778.

8. Masatsugu T., Shimizu S., Noshiro H. Liver cyst with biliary communication successfully treated with laparoscopic deroofting: a case report. *JLS*, 2003, vol. 7, no.3, pp. 249–252.

9. Parenti R., Leone V., Del Buono G. Obstructive jaundice caused by solitary nonparasitic cysts of the liver. *Minerva Chir*, 1991, vol. 46, no. 6, pp. 273–277.

### Рецензенты:

Анисимов А.Ю., д.м.н., профессор, заведующий курсом скорой медицинской помощи ФГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия», г. Казань;

Островский В.К., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей и оперативной хирургии с топографической анатомией и курсом стоматологии ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск.

Работа поступила в редакцию 14.05.2012.