

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕПАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Белорусский государственный медицинский университет

Непаразитарные, особенно серозные кисты печени являются довольно частой патологией среди очаговых поражений этого органа. Одним из лучших методов диагностики этих кист считается ультразвукография и компьютерная томография. Среди всех предложенных методов лечения данной патологии фенестрация с коагуляцией внутренней оболочки и тампонированием остаточной полости салфеткой «Оксицеланим» является малотравматичным и эффективным методом лечения.

Полостные образования в печени называются кистами и могут встречаться как единичные (солитарные), так и в большом количестве (поликистоз) [4]. Серозные кисты печени встречаются с каждым десятилетием все чаще, что связано, с одной стороны, с улучшением диагностических возможностей, а с другой — с учащением этой патологии.

Первая публикация о кисте печени принадлежит Clotz (1864). В последующие годы публиковались единичные наблюдения из практики хирургов и патологоанатомов, как случайные находки. К 1937 г. было известно о 499 случаях непаразитарных кист печени. По данным аутопсий частота клинически невыявленных кист печени составляет 1,86% [2]. С последней четверти XX столетия, когда начали широко применять современные методы исследований (ультрасонография, рентгенокомпьютерная томография, ЯМР, ангиография и др.), прижизненная диагностика непаразитарных кист печени достигла 5% от общего числа населения и 11,8% от числа пациентов с очаговыми поражениями печени [4,14]. Статистические показатели исследований нашей клиники подтверждают эти данные. Непаразитарные кисты печени встречаются у людей любого возраста, нередко у детей, в том числе новорожденных, причем у мужчин реже, чем у женщин — 1: 3-5 [2,10].

Этиология

Все теории образования истинных кист делятся на две группы. Солитарные истинные кисты образуются во время эмбрионального развития, когда не происходит подключение к общей системе желчных путей отдельных внутривидольковых и междольковых желчных канальцев. При этом эпителий этих aberrантных желчных ходов секреторует жидкость, в результате чего они превращаются в кисту [3, 7, 14, 16, 18]. Вторая группа авторов считает, что поликистоз печени является самостоятельным заболеванием с аутосомальной доминантной наследственностью или представляет собой единый генетический дефект с различной распространенностью на другие паренхиматозные органы. Подтверждением, этой гипотезы является семейный характер патологии, что подтверждается нашими клиническими наблюдениями. [3, 6, 8, 15, 19].

Ложные кисты — травматические и воспалительные — формируются в результате подкапсульного разрыва или очагового воспаления печени [9].

Классификация

I. Истинные кисты печени: а) серозные единичные и множественные; б) поликистоз только печени или с поражением других паренхиматозных органов; в) многокамерная цистаденома; г) дермоидные (тератомы); д) ретенционные.

II. Ложные кисты печени: а) травматические; б) воспалительные.

III. Внутрипеченочные, около-печеночные и интралигаментарные.

Патологическая анатомия

Размеры истинных кист печени варьируют в широких пределах: от микроскопических до размеров кист, вмещающих до 10 л содержимого. Они могут залегать на различной глубине паренхимы печени, в связках и непосредственно рядом с ней.

Наружная поверхность серозных кист гладкая, блестящая, серо-сизого цвета, а внутренняя – часто мелкобугристая. Стенки серозной кисты тонкие без плоскости отслоения с окружающей тканью. Содержимое этих кист жидкое, прозрачное, серозное, желтоватого или светло-коричневого цвета. Гистологически стенка серозной кисты состоит из трех слоев: 1) внутреннего, эпителиального из кубических или цилиндрических клеток; 2) среднего, плотного из соединительнотканых волокон, бедного клетками и сосудами; 3) внешнего, рыхлого из соединительнотканых, эластичных и мышечных волокон, относительно богатого клетками и сосудами. Окружающая печеночная паренхима, в зависимости от размеров кисты, в меньшей или большей степени атрофирована из-за сдавления.

Стенка травматической и воспалительной кист печени состоит из различной степени созревания соединительной ткани: снаружы фиброзно-измененная ткань печени с явлениями хронического воспаления, а внутренний слой – грануляционная ткань без наличия клеток эпителия. Причем наружная часть ложной кисты плотно сращена с окружающей тканью печени. По мере увеличения этих кист окружающая ткань печени также атрофируется за счет постоянного сдавления [8].

Клиника

Клиническая картина заболевания зависит от ее 3-х периодов течения: латентный, неосложненный дискомфортный и осложненный, которые непосредственно зависят от размеров кист [1, 10, 16]. При диаметре кист до 3–5 см, как правило, клинических проявлений нет. Они обнаруживаются случайно при обследовании в связи с другими заболеваниями, во время операций на органах брюшной полости, а так же на аутопсии. По мере увеличения размеров кист, параллельно их увеличению, нарастает синдром брюшного дискомфорта: постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся при физической нагрузке, чувство тяжести, давления и полноты в эпигастрии и правом подреберье, снижение аппетита, общая слабость, похудание, тошнота, иногда рвота. Пальпаторно можно определить округлую эластичную, умеренно напряженную опухоль, тесно связанную с печенью. Третий период заболевания характерен больше для кист диаметром более 10 см – это период осложнений, которые наблюдаются в 4–5% случаев [3, 19]. К ним относятся: кровоизлияние в стенку или полость кисты, нагноение, разрыв или перфорация, перекрут ножки кисты, кишечная непроходимость, механическая желтуха, синдром портальной гипертензии, асцит, печеночная недостаточность и малигнизация.

Кровоизлияние в кисту сопровождается внезапными сильными нарастающими болями в правом подреберье и эпигастрии, быстрым увеличении в размерах и болезненностью кисты или печени, симптомами внутреннего кровотечения.

Нагноение кисты сопровождается клиникой, подобной абсцессу печени: повышение температуры, возможна гектическая температурная кривая, медленно нарастающая боль в правом подреберье с иррадиацией в спину, увеличение и болезненность печени, иногда локальная болезненность в межреберьях.

Разрыв или перфорация кисты печени чаще всего развивается после внезапного физического напряжения или локальной травмы, когда появляется резкая боль в верхнем квадранте живота с напряжением здесь мышцы, выявляется симптом Щеткина – Блюмберга. Если киста была нагноившаяся, то в клинической картине преобладают признаки перитонита.

Перекрут ножки кисты печени сопровождается внезапно появившейся постоянной, периодически усиливающейся, болью в животе. В момент усиления боли может появляться напряжение мышц живота, однако клинические симптомы перитонита появляются значительно позже, когда наступает некроз стенок кисты.

Синдром портальной гипертензии, асцит, механическая желтуха и кишечная непроходимость развиваются в результате сдавления кистой элементов гепатодуоденальной связки или просвета кишки и сопровождаются соответствующими клиническими проявлениями.

Малигнизация кист встречается редко и характеризуется клинической картиной злокачественной опухоли печени: небольшая тупая боль в правом подреберье с иррадиацией в спину, лихорадка с возможной гектической температурной кривой, нарастающая общая слабость и утомляемость, иногда смешанная желтуха, а также увеличение печени.

Несмотря на огромные компенсаторные способности печени при быстром увеличении особенно множественных кист печени или поликистозе, а также при осложнениях кист, в определенный момент начинает страдать функциональное состояние печени из-за сдавления и фиброзной дегенерации оставшейся ее паренхимы. Развивается печеночная недостаточность с возможным неблагоприятным исходом, что особенно часто встречается при сочетании поликистоза печени и почек, а также других паренхиматозных органов.

Дифференциальную диагностику кист печени необходимо проводить с ее эхинококком и опухолями, гидронефрозом и опухолями правой почки, кистой поджелудочной железы, водянкой желчного пузыря, мезентеральной и забрюшинной кистами.

Диагностика

Диагностика кист печени осуществляется на основании изучения клинической картины, инструментальных исследований и лабораторных данных (в том числе серологических и иммунологических тестов).

Определенную информацию дают лабораторные исследования по мере ценности методов: а) общий анализ крови в основном отражает тяжесть воспалительного процесса и явления кровотечения; б) биохимический комплекс в основном помогает в определении функционального состояния печени и почек, что очень важно при поликистозе, а также при осложнениях кист печени; в) в дифференциальной диагностике с паразитарными кистами относительно важную роль играют серологические реакции гемагглютинации и непрямой гемагглютинации.

Среди инструментальных методов обследования при кистах печени в настоящее время первостепенное значение играют ультразвукография (УЗИ), рентгенокомпьютерная (КТ) и ядерно-магнитно-резонансная (ЯМР) томографии, которые дают много полезной информации: точная локализация и распространенность кист, форма и размер патологических участков, наличие одно-или двухслойной оболочки, жидкостное содержание с и без включений, плотность жидкости, накапливается ли вазоконтрастное вещество. Высокая надежность этих методов опирается на их диагностическую чувствительность – в 96% правильность диагноза. Для дифференциальной диагностики можно применить УЗИ в режиме доплерографии, которая может выявить активный кровоток внутренних перегородок кист, при гемангиомах, при многокамерных кистах. Огромное значение имеет интраоперационное применение УЗИ с целью установления точной локализации патологических очагов в толще паренхимы печени, кистозности билиарных и сосудистых структур.

Не последнюю роль в диагностике патологии печени играют и такие рентгенологические методы: а) при обзорной рентгенографии можно увидеть оттеснение диафрагмы, облитерацию плевральных синусов, деформацию краев печени, особенно верхне-переднего, иногда видна ячеистость паренхимы печени, может наблюдаться кальцификация ложных и паразитарных кист; б) при артерио- и портогепатографии видны сферические бессосудистые участки, вокруг которых обходят васкулярные элементы; в) холангиограммы показывают деформацию желчных протоков в определенных участках, а иногда видна полная обструкция протоков из-за их сдавливания; г) рентгеноконтрастные исследования желудка и кишечника могут выявить их деформацию и смещения патологическим процессом.

Радионуклидные исследования: а) определение поглатительно-экскреторной функции (ПЭФ) является одним из достоверных методов выявления нарушения функционального состояния печени; б) сканирование выявляет размеры печени и дефекты накопления радионуклида в ней, а сцинтиграфическое исследование очаговых образований печени в диаметре до 5 см мало достоверно из-за перекрытия их изображения интенсивными сигналами от расположенной выше и ниже нормальной паренхимы. Диагностическая информативность сканирования до 61%.

Реогепатография в диагностических возможностях очаговой патологии печени ограничена. Поэтому для этих целей она практически не применяется.

Лапароскопия, особенно современная эндовидеолапароскопия с применением инструментальной пальпации и манипуляторов, является достоверным, но инвазивным методом исследования. Недостатком метода является невозможность осмотра всей поверхности печени, но при сомнениях в дифференциальной диагностике есть возможность произвести прицельную биопсию. Диагностическая информативность современной методики равна 91%.

Лечение

В связи с тем, что самоизлечение кист печени не происходит, а консервативное лечение практически не эффективно, поэтому этой категории больных показано хирургическое лечение.

Общепринято, что при неинвазивной диагностике кист печени в диаметре до 3 см показано наблюдение за боль-

ным с контрольным обследованием один раз в год. Если диаметр кист от 3 до 5 см, когда появляются неопределенные клинические проявления, показано оперативное лечение в плановом порядке. При диаметре кист от 5 до 10 см, когда имеется четкая клиническая картина, показана операция в плановом порядке. При диаметре кисты более 10 см показана срочная операция, потому что функциональные компенсаторные способности печени при этом всегда снижены, а также возможны другие осложнения кист. При случайном обнаружении кист печени во время операции по поводу другого заболевания органов брюшной полости для профилактики их роста и развития осложнений следует симультантно применить одну из предложенных операций.

Перед хирургом стоит дилемма выбора объема операции, так как предложено несколько методов, а выбор того или иного вмешательства всегда зависит от вида непаразитарной кисты, ее взаимоотношения с трубчатыми образованиями печени, наличия или отсутствия осложнений, а также от тяжести состояния больного. Следует помнить, что ни одно из предложенных операций не гарантирует от вновь образующихся истинных кист печени [3].

При ложных кистах печени оперативная тактика общепринята, когда после вскрытия, опорожнения и обработки их полости вмешательство ограничивается наружным дренированием. При больших полостях с толстыми склеротическими стенками иногда приходится делать резекцию печени.

При серозных кистах до сих пор нет единого мнения на выбор объема вмешательства.

Согласно литературных данных при серозных, истинных кистах печени считаются нерациональными такие операции как: марсупиализация кисты с ее тампонадой и дренированием, цистоэнтеро- и гастростомия, вскрытие и дренирование, а также частичное иссечение выступающих стенок кисты с последующим ушиванием и дренированием остаточной полости. Дело в том, что эти операции часто осложняются кровотечением, секвестрацией участков печени, свищами, образованием остаточных полостей с последующим нагноением, рецидивами.

В связи с возможностью образования новых истинных кист печени все предложенные операции не являются радикальными [3]. Условно-радикальной операцией считается энуклеация кисты, однако она нередко является травматичной из-за сращений с паренхимой печени или при глубоко расположенных кистах, а также практически не применима при поликистозе.

Резекция печени также относится к условно-радикальной операции и должна производиться при множественных кистах и поликистозе в пределах одного сегмента или половины печени, цистаденомах, осложненных кистах, малигнизации кист, кровотечением, абсцедированием или инфильтрацией вокруг кист. Такой объем операции является довольно травматичным и нередко сопровождается значительной кровопотерей.

Чрескожная пункция кист под контролем УЗИ или КТ с эвакуацией ее содержимого одно время использовалась широко. Однако она сопровождается частыми рецидивами и осложнениями в виде кровотечения и инфицирования. Причины рецидива заключаются в том, что ригидная строма ткани печени не дает возможности слипнуться стенкам кисты. В связи с этим внутренняя оболочка кисты про-

должна выделять экссудат, который заполняет остаточную полость. Обработка внутренней оболочки кисты одним из коагулирующих растворов для стимуляции образования грануляционной ткани сопровождается выделением большого количества экссудата, особенно первые 3 — 5 суток, что доказано микродренированием остаточной полости. При задержке коагулирующего раствора в остаточной полости он всасывается в паренхиму печени и токсически воздействует на прилегающие гепатоциты. Достаточное количество фибрина в экссудате стимулирует образование грануляционной ткани в остаточной полости с последующей трансформацией в рубец. Если пункции повторяются неоднократно, то прямо пропорционально частоте процедур присоединяется либо инфицирование, либо кровотечение, что оценивается по качеству экссудата. Такого рода малоинвазивное вмешательство показано лишь тем больным, которые не могут перенести более рациональную операцию или категорически от нее отказываются.

В 1968 г. Lin T.Y. предложил в качестве основного метода лечения серозных кист фенестрацию, то есть иссечение выступающих стенок над поверхностью печени. Положительным моментом этой операции является максимальное сохранение интактной печеночной ткани. Эта операция малотравматична и ее можно выполнить через лапаротомию и лапароскопическим методом. Недостатком этой операции является заживление остаточной полости кисты грубым, нередко деформирующим рубцом. При наличии больших кист с широким плоским дном рубцевания может и не быть, а выделение серозного экссудата в брюшную полость продолжается в больших количествах, из-за этого он не всегда успевает всасываться брюшиной и накапливается в виде асцита. Если же в таком экссудате много фибрина, то возможно развитие спаечной болезни брюшной полости [3]. В подобных случаях после коагуляции внутренней оболочки кисты уместно дренирование такой остаточной полости прядью большого сальника на ножке, что увеличивает локальную всасывающую поверхность брюшины.

Для профилактики указанных недостатков фенестрации кист печени предложено остаточную полость тампонировать специальными препаратами — аллопан, тахокомб и др. В клинике 2-ой кафедры хирургических болезней БГМУ на базе отделения хирургической гепатологии 9-ой ГКБ в качестве пломбирочного материала в течение 10 лет у 221 больного из 372 подобных больных использовалась салфетка «Оксицеланим». Основой этой салфетки является окисленная целлюлоза, обладающая гемостатическим эффектом, кроме того, она содержит тимоген и гентамицин. После фенестрации кисты печени, ее опорожнения и коагуляции внутренней оболочки плазменным пучком, электрокоагулятором или другими методами остаточная полость тампонируется салфеткой «Оксицеланим». Образующаяся из последней гель плотно заполняет остаточную полость, тем самым, вызывая гемостаз, а также препятствуя выделению экссудата.

Известно, что операционная травма печени повышает ее репаративные процессы. Кроме того, имеющийся в препарате «Оксицеланима» тимоген, как представитель тимогенных гормонов, стимулирует местный иммунный процесс с усилением регенерации тканей. Регенерирующая ткань печени постоянно вытесняет гель из остаточной полости и восстанавливает контуры печени в пределах 3-6 месяцев после операции.

Присутствие в «Оксицеланиме» антибиотика, представителя группы аминогликозидов-гентамицина сульфата, предупреждает инфицирование остаточной полости. Если учесть, что разрушение применяемого препарата продолжается до 3-х недель, то можно оценить его пролонгированное действие как положительный эффект. Функциональное состояние печени при такой щадящей методике лечения не нарушается, рецидивов кист не наблюдается, если методика лечения соблюдается. У одного нашего пациента был рецидив, когда при глубоко расположенной кисте недостаточно коагулирован внутренний слой, а пломбирочный материал выпал из остаточной полости на вторые сутки, что подтверждено УЗИ.

Поликистоз печени или поликистозная болезнь сопровождается появлением новых кист по ходу жизни пациента с постоянным нарастающим сдавливанием паренхимы печени и постепенным нарушениям ее функционального состояния вплоть до развития печеночной комы. Хирургическое лечение поликистоза остается проблематичным, поэтому некоторые авторы [10] утверждают, что данная проблема не хирургическая. Радикальным методом лечения при такой патологии является трансплантация органа. Условно радикальная гемигепатэктомия применима лишь при поражении половины печени, что встречается крайне редко. Если поражена вся печень, то рекомендуется лапаротомным путем произвести фенестрацию и коагуляцию эпителиального слоя всех кист, в том числе и внутрипеченочно расположенных, заполнив наиболее крупные остаточные полости салфеткой «Оксицеланим». Такая хирургическая тактика применена нами у 4 пациентов с хорошим клиническим эффектом на протяжении 5 — 3 лет. При контрольном исследовании отмечается регенерация ткани печени. Однако на фоне большого количества дефектов (остаточных полостей) в печени трудно обнаружить вновь образовавшиеся кисты.

Таким образом, серозные кисты печени являются довольно частой патологией среди очаговых поражений этого органа. Одним из лучших методов диагностики этих кист считается ультрасонография и компьютерная томография. Среди всех предложенных методов хирургического лечения данной патологии открытая или лапароскопическая фенестрация с коагуляцией внутренней оболочки кисты и тампонадой остаточной полости салфеткой «Оксицеланим» является малотравматичным и эффективным методом лечения.

Литература

1. Альперович, В.И., Митасов В.Я. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени. //Вестник хирургии. — 1990, — № 6. С. 17 — 21.
2. Блюгер, А.Ф., Новицкий И.Н. Практическая гепатология. Рига, 1984.
3. Борисов, А.Е., Земляной В.П., Непомнящий С.Л., Чистяков Д.Б. Непаразитарные кисты печени. Диагностика и хирургическое лечение. СПбМАПО. Предприятие ЗФА, 2000.
4. Виноградов, А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. 3-е изд. М., МИА, 2001, 606 с.
5. Иранов, А.М., Анфилова Л.В. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени. //Вестник хирургии, — 1994, — № 5 — 6, с. 46 — 50.
6. Журавлев, В.А. Большие и предельно большие резекции печени. — Саратов, 1986.
7. Земсков, В.С., Радзиховский А.П., Панченко С.Н. Хирургия печени. — Киев, 1985.
8. Мовчун, А.А., Абдулаев А.Г., Итин Л.С. Диагностика и хирургическое лечение поликистоза печени. //Хирургия, — 1991. — № 4. с.162 — 168.
9. Олейник, В.С. Травматическая киста печени. //Хирургия, 1978, №1, С.120.
10. Петровский, Б.В. Хирургическая гепатология. М., Медицина, 1972.
11. Фэгарэщану, И., Ионеску-Бужор К., Аломан Д., Албу Е. Хирургия печени

Оригинальные научные статьи ☆

и желчных внутрипеченочных путей. Бухарест, Академия CPP, 1976.

12. Lin, T.Y. Treatment of non-parasitic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver. //Ann.Surg. — Vol.1688. — P.921 — 922//.

13. Martelli, H. Discovery of benign hepatic lesions during investigation for hepatic metastases. //Nouv Presse med. — 1982. — Vol.11. — P.2833 — 2836//.

14. Moschowitz, E. Non-parasitic cyst (congenital) of the liver with a study of aberrant bile ducts. //Am J. Med.Sci. — V.131, P.674 — 680//.

15. Pichlmayer, R., Grubermatis G. Preventive surgical indications in liver and bile duct surgery //Chirurg. — 1987 — Bd. 58. — S.316 — 323//.

16. Roemer, C. E., Ferrucci J.T., Mueller P.R. Hepatic cysts: diagnosis and therapy

ly sonographic needle aspiration. //Amer.J.Roentgend. — 1981. — Vol.136. — P.1065 — 1071.

17. Sancher, H., Gagner M., Jenkins P.L., Lewis W.D., Munson J.L., Bruusch J.W. Surgical management of non-parasitic cystic liver disease. //Am. J.Surg., 1991. — V. 161. — P.113 — 118//.

18. Swobodnik, W. Sonographic of focal lesions of the liver. //Leber. Magen. Darm. — 1986. — Bd.3 № 3. — S.153 — 168.

19. Turnage, R.H., Eckhauser F.E., Knol J.A., Thompson N.W. Therapeutic dilemmas in patients with symptomatic polycystic liver disease. //Amer.Surg., — 1988. — Vol. 54, № 6. — P.365 — 372.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ