

ПЕЧЕНЬ

Методы лапароскопического лечения кист печени

В. Н. Филижанко,
А. И. Лобаков,
В. И. Бирюшов,
Ю. И. Захаров,
Ю. Б. Аващ,
Д. В. Вишняков

Отделение абдоминальной хирургии (зав. – проф. А.И. Лобаков) МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Представлены результаты эндовидеохирургического лечения 30 больных с непаразитарными кистами печени (НКП). Целью нашего исследования явилось определение роли различных методов лапароскопических вмешательств при лечении НКП. Нами поставлены задачи: дать сравнительную оценку эндоскопическим вмешательствам при кистах печени, определить показания к различным методикам в зависимости от размеров и локализации кист, внедрить в клиническую практику новые методики эндоскопических вмешательств с применением ультразвукового деструктора и гольмиевого лазера, оценить непосредственные и отдаленные результаты.

Для решения этих задач использованы различные методы видеоэндоскопической хирургии: фенестрация кист (2), иссечение и тампонада сальником (3), обработка остающейся полости этанолом (2), электрокоагуляцией (15), лазером (2), ультразвуковым деструктором (2), цистэктомия с помощью гидропрепаровки (2) и ультразвуковой волны (2). Летальных исходов не отмечено. Изложена техника лапароскопического вылушивания кисты. Сформулированы показания к различным методам хирургического лечения кист. Обоснованы преимущества использования ультразвукового деструктора и гольмиевого лазера.

Laparoscopic Methods of Liver Cyst Management

V. N. Filizhanko,
A. I. Lobakov,
V. I. Biryushov,
Yu. I. Zakharov,
Yu. B. Avash,
D. V. Vishnyakov

Abdominal Surgery Department
(Chief – Prof. A.I. Lobakov)
M.F. Vladimirovskii Moscow
Regional Scientific Clinical
Institute

Results of endovideosurgical management of 30 nonparasitic liver cyst patients are presented. For this purpose following tasks were set: to give comparative evaluation of endoscopic interventions at liver cysts, determine indications of different methods in accordance of the cyst size and localisation, apply in the clinical practice new tools using endoscopic ultrasonic destructor and golmic laser, evaluation of early and remote results. Different tools of videoendoscopic surgery, as like: cyst fenestration (2), excision and omentum tampo-nade (3), ethanol application (2), electrocautery (15), laser (20), ultrasonic destructor (2), cystectomy by means of hydro preparation (2) and ultrasonic wave (2). Early results of operations are presented. No mortality was stated. Technique of the cyst laparoscopic enucleation is described. Indications of different tools of cyst surgical management are formulated. Privileges of ultrasonic destructor and golmic laser are substantiated.

По секционным данным, кисты печени встречаются в 2% случаев, при этом у женщин в 3–5 раз чаще [2, 9]. За последние годы широкое применение УЗИ и КТ позволило улучшить диагностику данного заболевания [5, 6].

Кистозные поражения печени, как правило, длительное время протекают бессимптомно. Однако по мере увеличения размеров кист могут появляться ощущения тяжести и переполнения в эпигастральной области, симптомы сдавления желудка и двенадцатиперстной кишки, тошнота, рвота, желтуха [9, 18]. Возможны и более серьезные осложнения: кровотечения в полость кисты с нагноением или разрывом, возможным развитием перитонита и озлокачествлением кист [7, 17].

В настоящее время в литературе существуют различные мнения о ведении больных с НКП. Ряд авторов предлагают наблюдать больных в динамике с выявленными, но без четких клинических проявлений НКП и диаметром до 5 см, однако при кистах больших размеров считают оправданной хирургическую тактику, не дожидаясь осложнен-

ного течения заболевания или атрофии ткани печени [1, 17, 18]. В большинстве клиник вопрос о тактике ведения больных с НКП решается индивидуально, но развитие осложнений требует экстренного оперативного вмешательства.

До последнего времени применялись различные методы оперативного лечения НКП: резекция органа, частичное иссечение и энуклеация кисты с пластикой остаточной полости сальником и перицистэктомия, наружное или внутреннее ее дренирование, марсупиализация и фенестрация кист через лапаротомный доступ [1, 3, 12].

В связи с развитием эндовидеохирургических технологий стали появляться сообщения о лапароскопических методах лечения кист печени, при которых хирургическое пособие заканчивалось, как правило, фенестрацией или иссечением выступающей части кисты [13, 14]. По другим сообщениям лапароскопическое иссечение дополнялось тампонадой оставшейся полости сальником [11], введением пломбировочных композиций [4] или дезпителлизацией этанолом, электрокоагуля-

Таблица 1. Распределение пациентов с НКП в зависимости от пола и возраста

Пол	Возраст, годы		
	20–40	40–60	60–80
Женский	3	14	9
Мужской		3	1

Таблица 2. Сопутствующие заболевания у оперированных пациентов

Нозологическая форма	Число больных	
	абс.	%
ИБС	3	10
Гипертоническая болезнь	3	10
Бронхиальная астма	4	13
Хронический панкреатит	4	13
Всего	14	46

Таблица 3. Методы лапароскопического лечения НКП

Оперативный метод	Число % общего количества больных	
	Число	%
<i>Условно-радикальные</i>		
Фенестрация кист	2	6.6
Иссечение и тампонада большим сальником	3	10
Иссечение и обработка 96% этиловым спиртом (этанолом)	2	6.6
Иссечение с электрокоагуляцией	15	50
Иссечение и обработка гольмиевым лазером	2	6.6
Иссечение и обработка ультразвуковым деструктором	2	6.6
<i>Радикальные</i>		
Цистэктомия методом гидропрепаровки	2	6.6
Цистэктомия методом ультразвуковой деструкции	2	6.6
Всего	30	100

цией [8, 9], воздействием лазера [15, 16]. С учетом изложенного выше возникла необходимость выработать определенную хирургическую тактику лечения больных с НКП, определить наиболее рациональный метод хирургического лечения.

Материал и методы

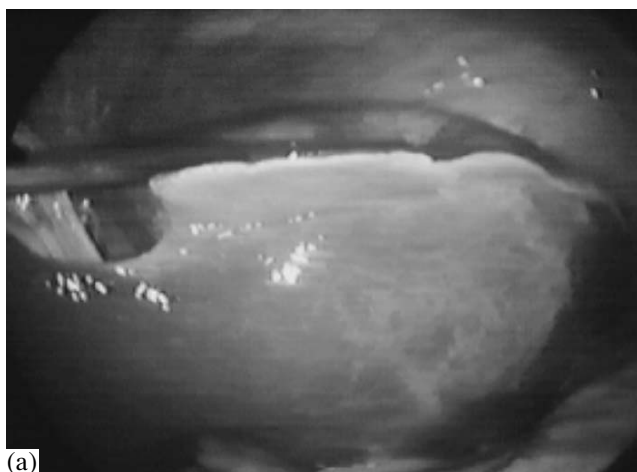
В отделении абдоминальной хирургии МОНИКИ лапароскопические операции выполнены 30 больным с НКП (в том числе 6 больным с множественными кистами печени). Среди оперированных больных преобладали женщины (26) в возрасте от 18 до 73 лет (табл. 1) с размером кист от 200 до 3500 мл. В 17 наблюдениях кисты исходили из правой доли печени, в 9 – из левой, у 3 пациентов имелись крупные кисты в обеих долях печени. Киста круглой связки печени отмечена в одном наблюдении. В связи с крупными размерами жидкостных полостей не всегда имелась возможность определить сегментарную принадлежность. В 6 наблюдениях кисты располагались по заднедиафрагмальной поверхности печени (VII–VIII сегменты). Из III и IV сегментов кисты исходили у 6 пациентов, в остальных 17 наблюдениях крупные кисты располагались на нижне-латеральной поверхности печени в V–VI сегментах.

Клинические проявления были разнообразными. Симптоматика заболевания отсутствовала у 7 пациентов. Субклинические симптомы, такие как тяжесть в эпигастральной области, правом подреберье, тошнота, отмечены у 12 пациентов. Стойкий болевой синдром имелся в 11 наблюдениях. На основании данных УЗИ, РКТ и рентгеноскопического исследования в 3 наблюдениях выявлено оттеснение желудка и двенадцатиперстной кишки, в 2 – на фоне гастродуоденостаза отмечалось нарушение функции толстой кишки по типу хронической толстокишечной непроходимости вследствие оттеснения и сдавления кишки, у 1 пациента наблюдалось также нарушение уродинамики (оттесненная кистой правая почка). У 4 больных отмечались высокое стояние диафрагмы, деформация купола и дисковидные ателектазы нижней доли правого легкого.

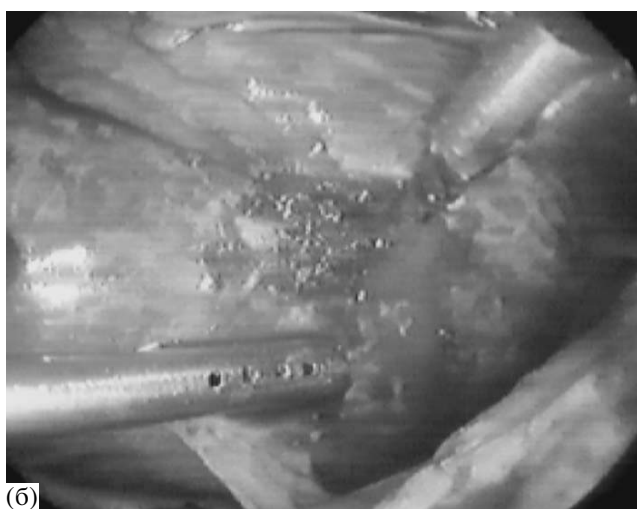
Сочетанные хирургические заболевания были у 7 пациентов: у 4 – хронический калькулезный холецистит (выполнена сочетанная лапароскопическая холецистэктомия), у 3 – грыжа (выполнена пластика пупочного кольца). Сопутствующие заболевания представлены в табл. 2.

По характеру содержимого, гистологическому строению истинные ретенционные кисты отмечены в 25 наблюдениях, 4 кисты были ложными и не имели внутренней эпителиальной выстилки (травматический анамнез выяснен у 3 больных), у 1 больного – холангионгенная киста.

Пациентам с НКП, выполнены различные лапароскопические операции: фенестрация кист, иссечение и тампонада сальником, обработка остающейся полости этанолом, электрокоагуляцией, лазером, ультразвуковым деструктором, цистэктомия с помощью гидропрепаровки и ультразвуковой волны (табл. 3).



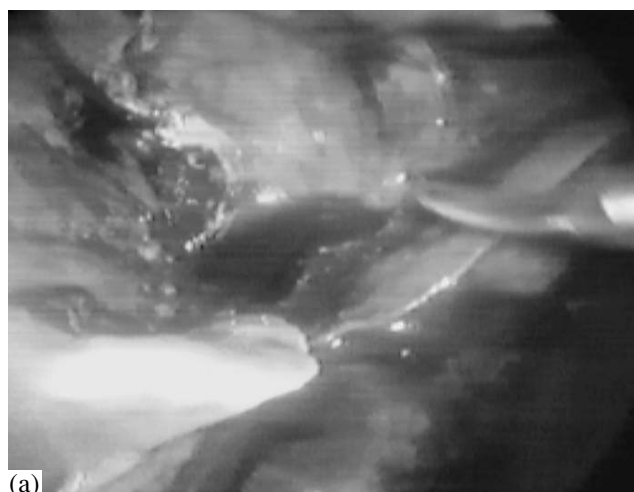
(a)



(б)

Рис. 1. Лапароскопическая картина солитарной кисты левой доли печени больной Б., 60 лет: а – обзорная; б – вскрытие кисты.

Радикальная цистэктомия методом лапароскопического вылушивания произведена 4 пациентам. Использовали два варианта операции. Первым этапом выполняли пункцию и широкое иссечение наружной части капсулы кисты, содержимое удаляли электроотсосом. Затем в первом варианте с помощью пункционной иглы пунктировали внутреннюю стенку капсулы и вводили физиологический раствор. При этой манипуляции происходило отслоение капсулы кисты от паренхимы печени. Вторым этапом с помощью тупфера вылушивали капсулу из паренхиматозного ложа, при этом гемостаз осуществляли с помощью биполярного электрокоагулятора (рис. 1–4). Во втором варианте оба этапа осуществляли с помощью ультразвукового деструктора фирмы “Джонсон и Джонсон” (“Ultracision Generator, Model G220”). Рабочую часть инструмента осторожно вводили под край капсулы кисты и производили ультразвуковую препаровку, поочередно вылушивая отпрепарованные части тупфером. После вылушивания капсулы в паренхиме печени



(a)



(б)

Рис. 2. Иссечение стенки кисты (а) и гидропрепаровка капсулы (б).

оставались разнообразной формы полости, иногда больших размеров. Они имели ровную поверхность со структурой печеночной ткани. Крупные полости дренировали двухпросветным дренажем. Во всех случаях дренировали околопеченочное пространство. Заживление оставшейся раны печени происходило путем заполнения грануляционной тканью.

Всего вылущено 4 кисты, расположенные в различных сегментах, в том числе крупная киста, занимающая почти всю левую долю печени (см. рис. 1). Характерно, что ни в одном наблюдении не было массивной кровопотери, что объясняется наличием капсулы, четко отграничивающей кисту от паренхимы печени. В послеоперационном периоде осложнений не отмечено, однако в одном наблюдении после вылушивания крупной кисты серозное отделяемое длительно до 6 сут поступало по дренажу из ложа кисты, что, вероятно, связано с большой раневой поверхностью. Летальных исходов не отмечено. Все больные

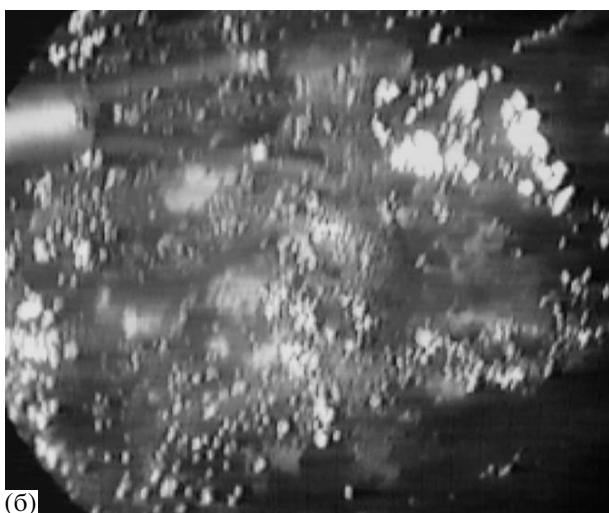
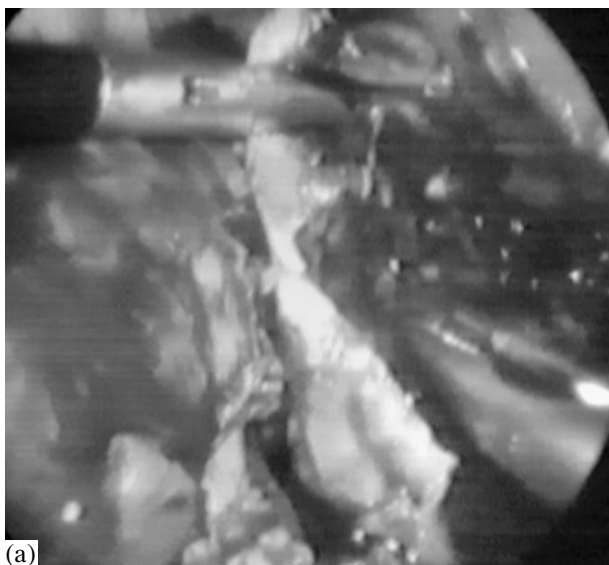


Рис. 3. Препаровка капсулы тупфером (а) и гемостаз биполярным коагулятором (б).

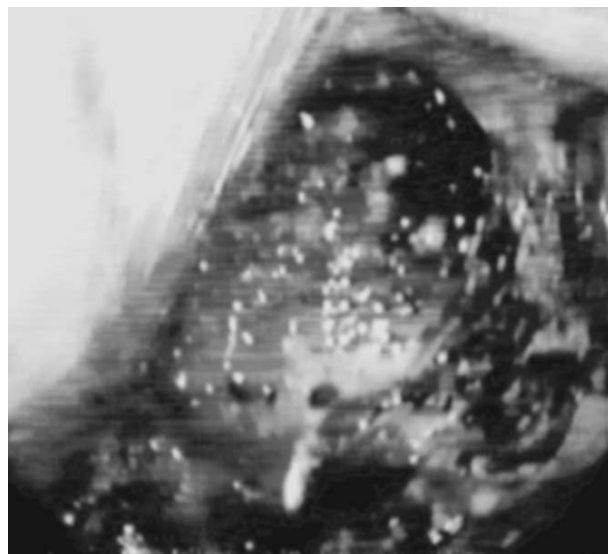


Рис. 4. Лапароскопическая картина ложа удаленной кисты.

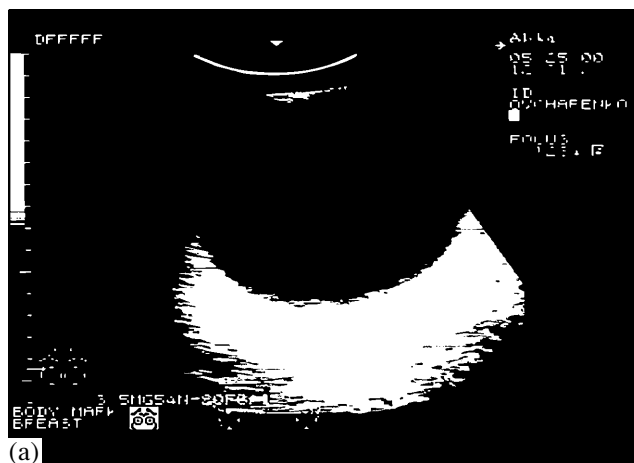


Рис. 5. УЗ-картина солитарной кисты правой доли печени больной О., 48 лет: а – до операции, б – ложе кисты после лапароскопического удаления методом гидропрепаровки.

выписаны по выздоровлении с рекомендациями динамического ультразвукового контроля.

В 24 наблюдениях лапароскопические операции заключались в иссечении наружной стенки кисты и деэпителизации остающейся части капсулы с помощью различных факторов.

Деэпителизацию кисты методом контактной электрокоагуляции проводили в 15 наблюдениях (у 6 больных она дополнена тампонадой остаточной полости прядью большого сальника). Тампонада большим сальником без деэпителизации остающейся части выполнена 3 больным. Эпителиальная выстилка кисты обработана 96% этанолом (экспозиция 3 мин) у 2 больных. В 2 наблюдениях пациентам с крупными солитарными кистами правой доли печени проводили деэпителизацию остающейся части гольмиевым лазером с длиной волны 2.09 мкм на установке СТН-10. У 2 больных остающуюся часть капсулы кисты обраба-



Рис. 6. УЗ-картина солитарной кисты правой доли печени с перегородкой у больной Я., 28 лет: а – до операции; б – ложе кисты после лапароскопического иссечения с тампонадой прядью большого сальника.

тивали с помощью ультразвукового деструктора. 2 пациентам иссечение крупных кист дополнено фенестрацией мелких кист.

Все операции заканчивали дренированием места расположения кисты и поддиафрагмального пространства. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи удаляли на 2–4-й день, продолжительность пребывания в стационаре после операции составила от 7 до 12 койко-дней. Результаты лечения прослежены в сроки от 2 мес. до 4 лет. Отмечен один рецидив фенестации (остаточная полость объемом 80 мл) – произведена однократная пунктированная санация под УЗ-контролем) у больной через 5 мес.

Результаты и обсуждение

Подавляющее большинство хирургов при наличии показаний к хирургическому лечению кист печени выполняют лапароскопическую фенестрацию с электро- или диатермокоагуляцией оставшейся части [10, 13, 14]. Сообщения об использовании других методов лапароскопического лечения НКП не систематизированны [4, 8, 11, 15,

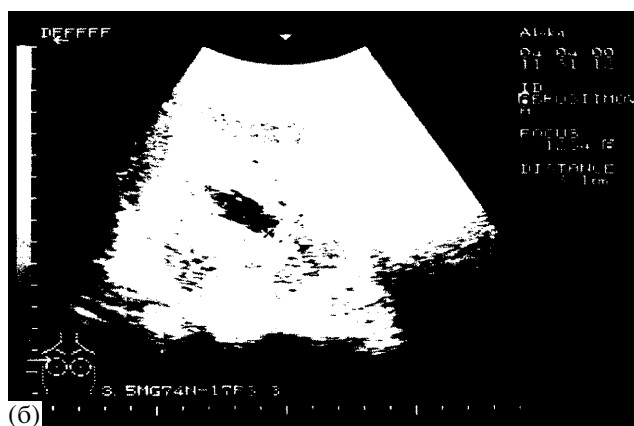


Рис. 7. УЗ-картина солитарной кисты правой доли печени больной А., 57 лет: а – до операции; б – ложе кисты после лапароскопического иссечения и обработки 96% этанолом.

16]. Приведенные наблюдения указывают на то, что все методы деэпителизации кист дали хорошие результаты, о чем свидетельствуют отсутствие клинической симптоматики и данные динамического ультразвукового контроля (рис. 5–7). Однако показания и выбор метода операции зависит от характера и локализации кисты.

По нашему мнению, при подкапсульном расположении НКП показана радикальная цистэктомия с помощью гидропрепаровки или ультразвукового деструктора. При невозможности цистэктомии лучше производить деэпителизацию кисты, причем предпочтение лучше отдавать методам ультразвуковой деструкции и обработки лазером. Данные методы деэпителизации кист не вызывают сильных ожогов и обугливания тканей, как при электрокоагуляции, являясь в то же время достаточно радикальными по сравнению с тампонадой полости кисты сальником или обычной фенестрацией. Однако для деэпителизации кист, расположенных в глубине печени и труднодоступных для манипуляций (I, II, VII, VIII сегменты), – вполне успешно можно использовать 96% этанол или выполнить тампонаду полости сальником на ножке.

Список литературы

1. Бисвас С.К. // Диагностика и хирургическое лечение непаразитарных кист печени // Дис. ... канд. мед. наук. М. 1990
2. Блюгер А.Ф., Новицкий и др. // Практическая гепатология // Рига. 1984. С. 339–341.
3. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. // Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях // М. 1987. С. 248–251.
4. Гарелик П.В., Жемойтяк Р.Р. // Результаты лечения кист печени с использованием лапароскопических методик // В кн: Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы 4-й конф. хирургов-гепатологов 3–4 окт. 1996. Тула. 1996. С. 38.
5. Кузин Н.М., Лотов А.Н., Авакян В.Н. и др. // Лечение непаразитарных кист печени с помощью чрезкожной чрезпеченочной пункции и дренирования // Материалы второй конф. хирургов-гепатологов. (Киров) 1994. С. 141–142.
6. Люлинский Д.М. // Ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование в диагностике и лечении хирургических заболеваний печени: Дис. ... канд. мед. наук. М. 1989.
7. Петровский Б.В. // Хирургическая гепатология // М. 1972. С. 248–254.
8. Стрекаловский В.П., Гришин И.А., Варенок А.М. // Первый опыт лапароскопических операций с использованием стереолапароскопа // Международный симпозиум – “Лапароскопическая хирургия” 1994. М. Тезисы доклада. С. 90–91.
9. Филижанко В.Н., Шеменова Е.Г., Фомин А.М., Захаров Ю.И., Грингауз В.Б. // Лапароскопические вмешательства при кистах печени и селезенки // 2-й Московский Международный конгресс по лапароскопической хирургии. М. 23–25 апреля. 1997. С. 219–220.
10. Хайлобеков Р.К. // Лапароскопическое лечение истинных непаразитарных кист печени // Дис. ... канд. мед. наук. М. 1997.
11. Чикотеев С.П., Шапочник М.Б., Ким Д.С. // Лапароскопическое лечение кист печени // В кн. Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы 4-й конф. хирургов-гепатологов 3–4 окт. 1996. Тула. 1996. С. 71.
12. Шалимов А.А. // Хирургия печени и желчных протоков // Киев. 1975. С. 264–270.
13. Fabiani P, Katkhouda N. et al. // Laparoscopic fenestration of biliary cysts // Surg. Laparosc. Endosc 1991. V. 1(3). P. 162–165.
14. Koperna T. et al. World-J-Surg 1997 Oct 21(8): 850-4; discussion 854–855.
15. McGregor J.R., O'Dwyer P.J. // Laser-assisted laparoscopic excision of liver cyst. // Br. J. Surg. 1992. Jun. V. 79(6). P. 595.
16. Pier A. Chirurg 1992 Sep; 63 (9). P. 774–775.
17. Schubert Th, Treutner K.H., Winkelau G. // Treuman Th Dicnicht parasitare Leberzyste Indikation und Verfahrenswahl // Actuel Chir. 1989. V. 24. № 1. P. 12–16.
18. Schulz F., Fugger R., Contreras F., Funovies Y. // Klinik und Therapic der undeborenen Cystenleber // Chirurg. 1984. Bd 55. S. 813–816.