

## ПЕЧЕНЬ

## Лечение непаразитарных кист печени

С. А. Пышкин,  
Д. Л. Борисов,  
Е. В. Ефремова,  
А. А. Сапрыкин,  
И. А. Юшкин

Городской центр хирургии  
 печени и поджелудочной  
 железы (руководитель –  
 проф. С.А. Пышкин),  
 ГКБ № 8, Челябинск

Представлен собственный опыт наблюдения за 197 пациентами с непаразитарными кистами печени, что составляет 38,8% общего количества больных с объемными поражениями печени. Отмечено, что в большинстве случаев непаразитарные кисты печени могут длительно существовать, не увеличиваясь в размерах. Это подтверждается регулярным УЗ-контролем. Угроза развития фатальных осложнений кист представляется преувеличенной. Авторы ограничивают показания к оперативному лечению кист, весьма сдержанно относятся к лапароскопическому иссечению их, считая пункционно-аспирационный метод ведущим в лечении данного заболевания. Приводятся описание технологии метода и результаты его применения.

## Treatment of Non-parasitic Liver Cysts

S. A. Pyshkin,  
D. L. Borisov,  
E. V. Efremova,  
A. A. Saprykin,  
I. A. Yushkin

City Liver and Pancreas  
 Surgery Center (Chief –  
 prof. S.A. Pyshkin) Hospital № 8,  
 Chelyabinsk

The results of observation of non-parasitic liver cysts patients in personal series since 1987 are presented. Total number of patients was 197, and it accounted for 38.8% of all patients with focal liver lesions observed during this period. Non-parasitic liver cysts are thought to exist for a long time without enlargement. It is confirmed by regular ultrasound investigations. The risk of fatal cyst's complications seems to be overstated. Authors restrict the indications for surgical therapy of non-parasitic cysts and admit cautiously laparoscopic cyst excision, regarding aspiration procedure as method of choice of non-parasitic liver cyst's therapy. The technique and treatment results are adduced.

## Введение

Сравнительно недавно непаразитарные кисты печени (НКП) считались редким заболеванием [1]. Их диагностика осуществлялась, как правило, на стадии осложнений (в основном при разрыве или абсцедировании кисты), поэтому целесообразность оперативного лечения не вызывала сомнений. После внедрения в клиническую практику высокоинформативных, малоинвазивных диагностических методов, в первую очередь УЗИ, выяснилось, что объемные поражения печени (ОПП) и в частности непаразитарные кисты печени (причем неосложненные!) довольно широко распространены [2]. Тем не менее сохранялся “агрессивный” подход к лечению НКП, основным мотивом которого служила убежденность хирургов в неизбежном прогрессировании кисты с угрозой развития тяжелых осложнений. Время показало, однако, что это далеко не так, ибо в большинстве случаев кисты могут длительно существовать, практически не увеличиваясь в размерах. Доказана эффективность УЗИ не только в плане первичной и ранней диагностики НКП, но и как метода, позволяющего контролировать рост кисты в динамике, а также оказывать лечебное воздействие. Наступил период пересмотра ряда тактических положений. В связи с этим наше внимание привлекла статья В.Н. Филижанко и соавт. “Методы лапароскопического лечения кист печени”, опубликованная в “Анналах хирургической гепатологии” № 2 за 2001 г. [3]. Не отрицая

целесообразности применения лапароскопического иссечения НКП в ряде ситуаций (например, как симультанного вмешательства при выполнении лапароскопической холецистэктомии), выскажем несколько соображений, отличающихся от позиции авторов, в пользу пункционно-аспирационного метода лечения (ПАМ) как метода выбора в лечении данного заболевания.

## Материал и методы

Наши выводы базируются на опыте собственного наблюдения за пациентами с заболеваниями печени. За период с 1987 г. в Центре хирургии печени и поджелудочной железы под наблюдением находилось 510 пациентов с ОПП. У 197 (38,8%) из них диагностированы НКП. Малые кисты (до 5 см в наибольшем измерении по данным УЗИ) обнаружены у 136 (69%) пациентов, средние (от 5 до 10 см) – у 52 (26,4%), большие (более 10 см) – у 9 (4,6%) пациентов. Множественные кисты (более 3) выявлены у 13, поликистоз – у 4 человек. НКП обнаруживались как случайная находка при профилактическом УЗИ либо при наличии жалоб, характерных для неосложненных ОПП. Примечательно, что в клинике с развитой экстренной хирургической службой, одним из приоритетных направлений которой является гепатология, за указанный период мы ни разу не столкнулись со случаями разрыва или инфицирования кист, а также с осложнением их течения желтухой, портальной гипертензией или малиг-

низацией. Приоритетным в лечении НКП считаем пункционно-аспирационный метод. Техника его выполнения заключалась в следующем. В условиях операционной под внутривенным наркозом на экран монитора ультразвукового аппарата выводили соответствующий сегмент печени с кистой. Определенные трудности для пункции кисты может представлять ее локализация в VII или VIII сегменте, а также по нижней поверхности органа. При помощи специального датчика с наравителем для иглы проводили пункцию кисты с эвакуацией ее содержимого (с последующим обязательным цитологическим исследованием), затем в полость кисты вводили 96% спирт в объеме 1/3 от объема аспирированной жидкости. Время экспозиции составляло 8–15 мин, после чего спирт удаляли. УЗ-контроль после пункции производили через 3–4 дня. В ряде ситуаций при НКП считали целесообразным оперативное вмешательство.

## Результаты

При малых кистах за указанный период проводили мониторинг с УЗ-контролем через 6–12 мес. Клинически значимый (увеличение объема кисты по данным УЗИ более чем в 1.5–2 раза) прогресс наблюдали у 21 (14.7%) пациента. В сроки от 1 года до 5 лет отмечалось стабильное состояние НКП больших и средних размеров у 8 пациентов, которым не проводилось лечение из-за тяжелого сопутствующего заболевания. Вообще же НКП средних размеров, в большинстве наблюдений сопровождающиеся характерной клинической симптоматикой (боли в правом подреберье или эпигастральной области, ощущение тяжести, абдоминальный дискомфорт, диспепсические явления), считаем показанием к ПАМ под УЗ-контролем. ПАМ применен у 37 (18.7%) больных в возрасте от 13 до 73 лет. Обязательным условием его использования является исключение паразитарного и злокачественного генеза кисты. Как правило, визуальный (спадение полости кисты до малых размеров либо полная облитерация ее) и клинический (уменьшение или исчезновение жалоб) эффект достигался по выполнении 2–4 пункций. Периодичность пункций варьировали индивидуально. Из осложнений в 2 наблюдениях отмечено образование гематом в полости кисты, удалявшихся при повторных пункциях, в 3 – выраженный болевой синдром, сопровождавшийся кратковременной гипертермией до фебрильных цифр, связанный, очевидно, с неполным удалением этанола. Мы не являемся сторонниками наружного дренирования полости кисты, так как полагаем, что наличие даже временного дренажа приводит к дополнительным болевым ощущениям, а также чревато инфицированием полости кисты. Полная облитерация полости кисты достигнута у 7 (18.9%) пациентов. В 21 (56.7%) наблюдениях при контрольных осмотрах НКП со-

хранялась, но малых размеров, что в сочетании со значительным уменьшением или полным отсутствием жалоб позволяет говорить о достигнутом клиническом эффекте ПАМ. При выявлении кисты прежних размеров, отмеченном у 9 (24.3%) пациентов в сроки от 3 мес до 4 лет, проводили повторные циклы ПАМ, стремясь к достижению полного клинического эффекта.

Оперировано 11 (5.6%) пациентов в возрасте от 40 до 67 лет. Показаниями к операции служили неэффективность ПАМ, проявляющаяся упорным ростом кисты до прежних размеров после 2–3 циклов (4 наблюдения), многокамерный характер НКП, подозрительных на паразитарный генез (1), большие размеры НКП (6). Объем операции определялся размерами и локализацией кисты. Были выполнены левосторонняя гемигепатэктомия (1), бисегментэктомия с удалением II и III сегментов (4), фенестрация кист (2), цистэктомия (4). В 3 наблюдениях по поводу хронического калькулезного холецистита произведена сочетанная холецистэктомия. Несмотря на минимальный объем вмешательств, в ближайшем послеоперационном периоде один пациент 67 лет умер от тромбоэмболии легочной артерии. Других осложнений не было. В группе оперированных рецидив НКП (малая киста вне зоны оперативного воздействия), не требующий лечения, выявлен у одного больного через 6 лет после бисегментэктомии. Кроме того, с подозрением на НКП больших размеров оперировано 3 больных. У 1 пациента оказалась киста круглой связки печени (выполнено ее удаление), у 2 – эхинококкоз печени (эхинококкэктомия). Оперирована также больная 62 лет с большой кистой правой доли печени и гигантской послеоперационной вентральной грыжей. Последней больной первым этапом произведена пункция под УЗ-контролем кисты с удалением 2.7 л содержимого, причем полость кисты уменьшилась с 10 до 6.5 см в наибольшем измерении, приняв щелевидную форму. Через 1 нед больная перенесла грыжесечение с благоприятным результатом без попытки ревизии печени из-за массивного спаечного процесса, в дальнейшем больной планируется проведение циклов ПАМ.

За последние 3 года ПАМ начали применять при поликистозе печени (4 наблюдения). В настоящее время единственным радикальным методом лечения этого сложного и неизбежно прогрессирующего заболевания является трансплантация печени. Традиционная “открытая” хирургическая операция малоэффективна и в общем бессмысленна. ПАМ представляется разумным компромиссом, который, не претендуя на радикальность излечения, позволяет в какой-то степени уменьшить основной патогенетический фактор – компрессию функционирующей печеночной паренхимы. Пунктировались 2–3 наиболее крупные кисты. При отсутствии осложнений во всех наблюдениях достигался удовлетворительный, хотя и временный, результат.

## Обсуждение

Собственный опыт наблюдения за пациентами с НКП и анализ специальной литературы привел нас к выводу, что большинство больных с впервые выявленными НКП нуждаются в динамическом наблюдении с регулярным (1 раз в 6–12 мес) УЗ-контролем. Очевидно также, что на сегодняшнем этапе развития гепатологии части пациентов показано оперативное лечение с использованием лапаротомного доступа. Полагаем, что мнение о необходимости профилактического удаления НКП с целью предотвращения ряда грозных осложнений (которые крайне редки) является скорее данью традиционным взглядам, чем отражением реальной ситуации. Даже при средних и больших кистах критерии прогноза их развития весьма условны, по сути таковыми служат лишь размеры измеряемые, при динамическом УЗ-контроле. Вместе с тем не вызывает сомнения необходимость лечения НКП при имеющейся клинической симптоматике и исключении других заболеваний, проявляющихся сходными жалобами. Выбор метода лечения при отсутствии явных показаний к “открытой” операции остается дискуссионным. Анализируя в сравнительном аспекте ПАМ и лапароскопическое иссечение кист, отметим следующее. Прежде всего очевидно, что лапароскопическая операция требует гораздо большего обеспечения (интубационный наркоз, высокая квалификация эндоскописта, сложное оборудование и т.д.) и более травматична для пациента, чем пункции под УЗ-контролем, даже выполненные неоднократно. Во-вторых, сама по себе лапароскопия чревата развитием серьезных осложнений и ее применение по понятным причинам, очевидно, ограничено у пациентов старшей возрастной группы, с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями, а также у лиц, ранее оперированных на органах брюшной полости. В-третьих сами авторы отмечают сложности при манипуляциях на кистах, расположенных по заднедиафрагмальной поверхности печени. Кроме того, визуализация кист при интрапаренхиматозной их локализации практически невозможна при лапароскопии, не говоря уже о каких-либо манипуляциях. Отмеченные сложности в большинстве наблюдений не служили препятствием для применения ПАМ. Казалось бы, в пользу лапароскопического иссечения кист говорит радикальность метода, близкая к таковой при “открытой” операции. Но оправданно ли стремление к радикализму при явно доброкачественном процессе, патогенетическая сущность которого, однако, все еще остается во многом неясной? Рецидив кистообразования может проявиться и вне зоны лечебного воздействия независимо от его характера. Сами же авторы выделяют радикальные и условно-радикальные вмешательства (которые, кстати, преобладают). ПАМ можно считать условно-радикальным вмешательством,

так как в большинстве наблюдений полость кисты остается, хотя и меньших размеров. Однако основываясь на собственном опыте, полагаем, что даже при сохраненном субстрате НКП регулярный УЗ-мониторинг позволяет при достигнутом клиническом эффекте контролировать течение процесса.

Практически все предложенные варианты лечения носят симптоматический или условно-радикальный характер. С этой точки зрения добиваться стабилизации процесса целесообразно, применяя максимально щадящие методики, при этом ПАМ следует считать наиболее предпочтительным в лечении кист печени.

## Список литературы

1. *Альперович Б.И.* Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997. С. 125.
2. *Зубарев А.В.* Методы медицинской визуализации – УЗИ, КТ, МРТ в диагностике опухолей и кист печени. М., 1995. С. 4–8.
3. *Филижанко В.Н.* с соавт. Методы лапароскопического лечения кист // *Анналы хирургической гепатологии.* 2001. № 2. Т. 5. С. 102–104.

## Комментарий

В статье анализируется опыт наблюдения и лечения 197 больных непаразитарными кистами печени. Из малоинвазивных способов лечения авторы считают методом выбора пункционно-аспирационный, который они использовали у 37 больных, в основном со средними размерами кист до 10 см. При больших и гигантских кистах, подозрении на эхинококкоз или цистаденому, а также при неэффективности пункционно-аспирационного лечения (4 наблюдения) прибегали к операции (11 операций).

Анализируя представленный авторами материал и сопоставляя полученные результаты с числом наблюдений, следует отметить, что обобщающие выводы носят довольно категоричный характер. В частности, говоря о пункционном чрескожном лечении кист как методе выбора, авторы не приводят данных о больных, леченных способом чрескатетерного склерозирования, априори указывая на его опасности и возможные осложнения. Вместе с тем, приводится пример пункционного лечения кисты объемом 2,5 л, что заведомо обречено на рецидив заболевания. Между тем, в отечественной и зарубежной литературе катетерный способ лечения истинных кист печени размерами свыше 5 см считается наиболее эффективным в плане полного излечения.

Другим важным вопросом, не нашедшем должного отражения в обсуждаемой статье, является оценка отдаленных результатов. Указывается на довольно большое – почти 25% число рецидивов леченных пункционным способом кист и при этом не приводится данных об их исходных

размерах, сроках наблюдения и эффективности повторно проводимых склерозирующих вмешательств. При этом в 4 наблюдениях возникли показания к открытому хирургическому вмешательству ввиду неэффективности проводимого пункционного лечения.

Излишне резко при отсутствии собственного опыта звучит критика лапароскопического метода лечения кист печени. Не совсем ясно, что подразумевается под выражением “рецидив кистообразования вне зоны лечебного воздействия, независимо от его характера”. Термины “радикальные и условно-радикальные вмешательства”, которые авторы применяют для оценки отдаленных результатов, очевидно привнесены из онкологии и никак не могут быть применены к такому доброкачественному заболеванию, как истинная киста печени. Для оценки эффективности проведенного лечения на отдаленных сроках

наблюдения служат другие термины: полное стойкое исчезновение леченной кисты, стойкая редукция размеров и рецидив леченной кисты.

Большинства приведенных замечаний можно было бы избежать, если авторы четко определили бы показания к тому или иному методу лечения истинных кист печени – хирургическому, эндоскопическому или чрескожному с указанием размеров или объема кист, их числа и локализации. Также облегчило бы восприятие полученных результатов лечения указание сроков наблюдения в сочетании с данными об изменении размеров кист. Разочаровывает скудный, даже в отношении отечественных авторов, литературный указатель, что не могло не сказаться на качестве опубликованной работы.

*Проф. В.А. Вишневский*