



М. Ю. Ничитайло,
М. С. Загрійчук,
Г. Ю. Мошківський,
А. В. Гоман, А. В. Стоколос,
В. В. Присяжнюк

Національний інститут хірургії
та трансплантології України
ім. О. О. Шалімова

© Колектив авторів

МІНІІНВАЗИВНЕ ДВОХЕТАПНЕ ЛІКУВАННЯ НАПРУЖЕНИХ ГІГАНТСЬКИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

Резюме. В роботі показано, що гігантські кісти печінки є ургентною хірургічною патологією, яка потребує невідкладних лікувальних заходів, що направлені на стабілізацію декомпенсованих функцій дихальної та серцево-судинної систем. Методом вибору в таких хворих є двохетапне лікування, яке полягає в пункції, санації та дрениванні кісти під УЗД контролем на першому етапі та наступне виконання лапароскопічної операції в плановому порядку.

Ключові слова: гігантські кісти, мініінвазивне лікування.

Вступ

Проблема лікування кіст печінки на сьогодні далеко від свого остаточного вирішення. Частота випадків захворювання на кісти печінки різного етіологічного походження за даними авторів складає від 2 до 7,3 % [1]. Тактика лікування хворих на кістозні захворювання печінки суттєво відрізняється в залежності від етіології, виду та клінічного перебігу захворювання. Так, при паразитарних кістах багато авторів призначають хіміотерапію препаратами альбендазолу за 3–4 тижні до оперативного втручання [2], а не паразитарні кісти лікують як пункційними методами під контролем УЗД [3], так і лапароскопічно [4]. Але якщо тактика лікування кіст малих, середніх та навіть великих розмірів відома, то тактика лікування хворих з гігантськими кістами печінки вивчена не достатньо. На сьогодні не існує чіткої думки стосовно того, при яких розмірах кісту можна вважати великою, а при яких гігантською. Зокрема, за даними наступних джерел [5] великими можна вважати кісти діаметром від 10 до 15 см, а кісти в діаметрі більше за 15 см вважаються гігантськими. Також не існує чітких даних стосовно частоти виникнення гігантських кіст печінки, не відома їх переважна локалізація, не існує чітких загальноприйнятих алгоритмів лікування цієї категорії хворих. На наше переконання, як і на думку інших авторів [6], гігантські напружені кісти печінки слід розцінювати як ургентну абдомінальну хірургічну патологію. При гігантській кісті печінки відбувається компресія всіх сусідніх органів як грудної, так і черевної порожнини, що в свою чергу спричиняє значні порушення функції серцево–судинної та дихальної систем. Відповідно, тактика лікування має бути агресивною, своєчасною, максимально ефективною та

мініінвазивною. Також потребують детального аналізу причини виникнення гігантських кіст печінки, адже час, протягом якого кіста набуває гігантських розмірів, досить тривалий.

Матеріали та методи досліджень

За період з 2008 по 2013 рік у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу НІХТ ім. О. О. Шалімова НАМН України було проліковано 47 хворих на гігантські кісти печінки. На нашу думку, гігантськими можна вважати такі кісти, діаметр яких за даними інструментальних (УЗД, КТ) досліджень та інтраопераційного дослідження становить більше ніж 15 см. З них жінок було 41 (87,2 %), чоловіків відповідно 6 (12,8 %). Середній вік хворих склав $(61,2 \pm 3,4)$ роки. Важливо зазначити, що 39 (82,9 %) хворих були старшими за 55 років. Тривалість захворювання від постановки діагнозу кісти печінки до госпіталізації хворого в стаціонар з діагнозом гігантської кісти печінки була від 3 місяців до 10 років. У структурі всіх кіст паразитарні (ехінококові кісти) були в 19 (40,4 %), не паразитарні кісти відмічені в 12 (25,5 %), не паразитарні кісти з нагноєнням склали 16 (33,9 %) випадків. У 27 (57,4 %) хворих розмір кіст був від 15 до 17 см, у 15 (31,9 %) розміри кісти становили 17–20 см у діаметрі, та в 5 (10,7 %) розмір кіст перевищував 20 см і становив від 20 до 23 см. У 23 (48,9 %) випадках кісти локалізувались у правій долі печінки, у 14 (29,8 %) кісти локалізувались у лівій долі печінки, і в решті 10 (21,3 %) випадків кісти вражали дві долі одночасно. У 31 (65,9 %) хворого спостерігалась симультанна хірургічна патологія органів черевної порожнини, при чому в 89 % це була жовчекам'яна хвороба. Серед всіх пролікованих хворих згідно шкали оцінки важкості загального стану Apache II 39 (82,9 %)

пацієнтів поступили в стаціонар у важкому стані, і лише 8 (17,1 %) хворих були в стані середнього ступеня важкості.

Доопераційне обстеження включало УЗД, КТ органів черевної порожнини та лабораторне обстеження. Інформативність інструментальних методів обстеження становила 100 %.

Результати досліджень та їх обговорення

Всі 47 пацієнтів з гігантськими кістами печінки були оперовані у відділі з 2008 по 2013 роки. Всіх прооперованих нами хворих ми розподілили на дві групи. До першої групи віднесено 35 хворих (74,5 %), в яких було виконано 2 етапне лікування. До другої групи було віднесено 12 хворих (25,5 %), яким відразу було виконано різноманітні лапароскопічні операції.

Двоетапне лікування включало: на першому етапі пункцію кісти під УЗД контролем з постановкою дренажа та санацією порожнини кісти. У 29 хворих (82,8 %) повного випорожнення порожнини кісти та надійного її дренування до оперативного лікування вдалося досягти за допомогою однієї пункції, а в 6 (17,2 %) пункцію та дренування виконували 2 та більше рази. При одномоментній евакуації вмісту кісти під час пункції ускладнень не спостерігалось. Другим етапом у цій групі хворих були виконані лапароскопічні оперативні втручання, зокрема лапароскопічна резекція стінок кісти в межах здорових тканин у 6 хворих (12,8 %), симультанна лапароскопічна резекція стінок кісти в межах здорових тканин та лапароскопічна холецистектомія в 26 хворих (55,3 %), та в 3 випадках (6,4 %) виконано лапароскопічну атипичну резекцію печінки разом з порожниною кісти. Тривалість операції в хворих даної групи склала в середньому (119 ± 32) хвилини. Найменший час операції був у хворих, яким виконувались резекції поза органної частини попередньо пропунктованої кісти, він склав (46 ± 12) хв, найдовше тривали симультанні операції з лапароскопічного доступу, середній час операції склав (139 ± 27) хв.

У другій групі було виконано симультанну лапароскопічну резекцію поза органної частини кісти та лапароскопічну холецистектомію в 8 хворих (66,7 %), 4 (33,3 %) хворих перенесли лапароскопічну атипичну резекцію печінки разом з кістою. Тривалість операції в таких хворих в середньому становила (127 ± 18) хв, з найнижчим показником при фенестрації та резекції поза органної частини кісти, (74 ± 14) хв, та найвищим показником при симультанних операціях, (147 ± 12) хв.

Серед ускладнень, які спостерігались під час операції, відмічали інтенсивні кровотечі з паренхіми печінки в 3 (8,5 %) хворих першої гру-

пи та в 1 (8,1 %) хворого другої групи. Гемостаз досягався шляхом використання апаратів для електрозварювання м'яких тканин та за допомогою УЗ-ножиць. Серед інших інтраопераційних ускладнень спостерігалась диспозиція кліпси з кульги міхурової протоки в 2 хворих (4,7 %), пошкодження петлі тонкого кишечника в 1 випадку (2,3 %). Всі ці ускладнення було діагностовано та ліквідовано під час того ж оперативного втручання.

Серед ускладнень в найближчому післяопераційному періоді спостерігалось нагноєння післяопераційної рани в 2 випадках (4,7 %), дислокація дренажа з порожнини кісти печінки в 4 (9,5 %) та утворення рідинних скупчень в зоні операції в 7 пацієнтів (16,6 %). Всі ці ускладнення лікувались консервативно та не потребували додаткового хірургічного втручання.

Хворі з гігантськими кістами печінки являють собою серйозну хірургічну проблему, яка далека від свого остаточного вирішення. Декомпенсація функцій дихальної, серцево-судинної систем, порушення функції сусідніх органів внаслідок компресії кістою призводить до різкого погіршення стану хворого. Часто у таких хворих наявна супутня хірургічна патологія, яка теж значно ускладнює перебіг захворювання, але враховуючи загальний важкий стан таких пацієнтів виконати відразу радикальну хірургічну операцію вдається не завжди.

Ми вважаємо, що лікування таких хворих повинно бути максимально мініінвазивним, особливо при некомпенсованих станах. А забезпечити такий підхід дає змогу саме двох етапне лікування. На першому етапі намагаємося виконати пункцію під контролем УЗД з метою евакуації вмісту кісти і дренування її порожнини. Це дає змогу стабілізувати загальний стан хворого, отримати результати посіву вмісту кісти для призначення адекватної антибіотикотерапії, а також знижує ризики інтраопераційної дисемінації вмісту кісти у вільну черевну порожнину. Крім того, оскільки в переважній більшості хворих гігантська кіста печінки є ургентним станом, пункція та евакуація вмісту кісти призводить до швидкої стабілізації стану, що дає змогу провести повноцінне обстеження та виявити супутні хірургічні захворювання, які можуть бути ліквідовані з допомогою симультанної операції.

Лише у тих випадках, коли гігантські кісти печінки не призводять до порушення загального стану організму, ми вважаємо можливим виконання одноетапного хірургічного лікування, яке полягає у виконанні лапароскопічної фенестрації, резекції стінок кісти та дренування в плановому порядку після детального передопераційного обстеження.



Щодо технічного виконання, то з нашої точки зору технічно більш складно виконати операцію в один етап. І навпаки, після попередньої пункції та евакуації вмісту кісти під УЗД контролем з'являється оперативний простір, що значно полегшує виконання лапароскопічних операцій, особливо при виконанні симультанних оперативних втручань.

Частота інтраопераційних ускладнень та ускладнень в ранньому післяопераційному періоді, тривалість операції, тощо теж статистично достовірно в хворих другої групи, тобто в тих, яким оперативне лікування було виконано без попередньої пункції кісти та адекватної передопераційної підготовки.

Висновки

1. Гігантські кісти печінки є ургентною хірургічною патологією, що потребує невідкладних лікувальних заходів, що направлені на стабілізацію декомпенсованих функцій дихальної та серцево-судинної систем.

2. Методом вибору в таких хворих є двох етапне лікування, яке полягає в пункції, санації та дрениванні кісти під УЗД контролем на першому етапі та наступне виконання лапароскопічної операції в плановому порядку.

3. Частота інтраопераційних, післяопераційних ускладнень, а також технічні умови для виконання операції з лапароскопічного доступу достовірно кращі в першій групі хворих, яким виконано двох етапне хірургічне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М. Ю. / Симультанні лапароскопічні операції з приводу жовчнокам'яної хвороби, запальних та кістозних захворювань органів черевної порожнини / М. Ю. Ничитайло, М. С. Загрійчук, А. В. Гоман // Клінічна хірургія. — 2013. — № 4. — С. 5–8.
2. Технічні аспекти симультанних лапароскопічних операцій у хворих на жовчнокам'яну хворобу та супутню абдомінальну хірургічну патологію / М. Ю. Ничитайло, М. С. Загрійчук, І. І. Булик [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2013. — № 2 (21). — С. 14–20.
3. Brozzetti S. Treatment of congenital liver cysts. A surgical technique tailored through a 35-year experience / S. Brozzetti, M. Miccini, M. Bononi // Ann Ital Chir. — 2013. — № 84 (1). — С. 93–98.

4. Tan L., Zhou H.J., Hartman M. Laparoscopic drainage of cryptogenic liver abscess / L. Tan, H. J. Zhou, M. Hartman // Surg. Endosc. — 2013. — № 27 (9). — P. 33–38.
5. Bara T. Polycystic liver disease with complications: fenestration by laparoscopic approach / T. Bara, S. Bancu, M. Mureşan // Chirurgia (Bucur). — 2012. — № 107 (6). — P. 791–795.
6. Ekwunife C. N. Laparoscopy-guided Liver Abscess Drainage: An Additional Use of Veress Needle / C.N. Ekwunife, E.C. Amadi, F. N. Amaechi // J. Surg. Tech. Case. Rep. — 2012 — № 4 (1). — P. 36–38.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАПРЯЖЕННЫХ ГИГАНТСКИХ КИСТ ПЕЧЕНИ

*М. Ю. Ничитайло,
М. С. Загрійчук,
Г. Ю. Мошковский,
А. В. Гоман, А. В. Стоколос,
В. В. Присяжнюк*

Резюме. В работе показано, что гигантские кисты печени является ургентной хирургической патологии, которая требует неотложных лечебных мероприятий, направленных на стабилизацию декомпенсированных функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Методом выбора у таких больных является двухэтапное лечение, которое заключается в пункции, санации и дренировании кисты под УЗИ контролем на первом этапе и последующее выполнение лапароскопической операции в плановом порядке.

Ключевые слова: гигантские кисты, миниинвазивное лечения.

MINIINVASIVE TWO STAGE TREATMENT OF GIANT HEPATIC CYST

*М. Y. Nuchutaylo,
М. S. Zagriychuk,
G. Y. Mashkivskiy,
A. V. Goman, A. V. Stokolos,
V. V. Prysiazhniuk*

Summary. It is shown that the giant liver cyst is urgent surgical pathology that requires urgent therapeutic measures aimed at stabilizing functions decompensated respiratory and cardiovascular systems. The method of choice in these patients is a two-stage treatment that is puncture, sanitation and drainage of the cyst under ultrasound control in the first stage and the subsequent performance of laparoscopic surgery routinely.

Key words: giant cyst, miniinvasive treatment.