

Б.В. Сигуа¹, В.П. Земляной¹, Э.Л. Латария¹,
А.В. Никифорова¹, А.С. Качиури¹, Д.В. Гуржий¹,
В.А. Мельников¹, С.А. Винничук¹,
Е.С. Волкова¹, Д.В. Овчинников²

Диагностика и особенности эндовидеохирургического лечения гигантских непаразитарных кист печени

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

²Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Приводится клинический случай успешного лечения пациентки с гигантской непаразитарной кистой печени. Пациентка обследовалась амбулаторно: при выполнении ультразвукового исследования, а затем спиральной компьютерной томографии органов брюшной полости в проекции IV, V и VIII сегментов печени выявлено кистозное образование размерами 130×160×170 мм. Анализ на наличие противопаразитарных антител IgG показал отрицательный результат, что свидетельствует о непаразитарной природе кисты. Пациентка поступила в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова для планового оперативного лечения. После предоперационной подготовки пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме лапароскопической фенестрации непаразитарной кисты печени с холецистэктомией (в связи с наличием сопутствующей желчнокаменной болезни). Для обработки ложа кисты использовалась методика аргонплазменной коагуляции. Пациентка была активизирована в первые сутки послеоперационного периода. Послеоперационный период протекал гладко. По данным патогистологического исследования операционного материала выявлена фиброзная стенка кисты с преимущественным уплощением. Согласно результатам контрольного ультразвукового исследования брюшной полости, после удаления дренажей жидкости в брюшной полости не лоцировалось. В клиническом и биохимическом анализах крови клинически значимых отклонений не отмечалось. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки послеоперационного периода. Таким образом, приведенный клинический случай показывает, что даже гигантские размеры кисты не являются противопоказанием для применения эндовидеохирургических методик лечения.

Ключевые слова: медицина, хирургия, киста, печень, аргон, коагуляция, фенестрация, холецистэктомия, лапароскопия.

Введение. В последние десятилетия число пациентов с непаразитарными кистами печени существенно возросло. Так, в 80-х годах прошлого столетия частота встречаемости непаразитарных кист печени составляла 0,14–0,17%. В настоящее время, по данным М.Ф. Заривчацкого [5], частота выявления непаразитарных кист печени в популяции составляет порядка 5%. С одной стороны, это связано с развитием медицины, в частности с широкими современными диагностическими возможностями, такими как ультразвуковая диагностика и компьютерная томография, а другой стороны – с повышением доступности данных методик диагностики для населения [4, 8, 11, 14].

Заметим, что данное заболевание зачастую протекает бессимптомно, а клинические проявления в виде умеренных болей, дискомфорта и чувства распирания в правом подреберье (у 88% пациентов) начинаются при увеличении размеров кист до 5–10 см и более. В вопросах лечения непаразитарных кист печени решающим является прогрессирующее увеличение размеров образования. Что касается кист малого диаметра (менее 5 см), то наиболее подходящей тактикой в данном случае является динамическое наблюдение [9, 10, 12, 15].

Важным аспектом, помимо инструментального исследования, является дифференциальная диагностика с кистами паразитарной природы. Зачастую паразитарные кисты характеризуются длительным течением, как и кисты непаразитарного происхождения. Однако при диагностике паразитарных кист наблюдаются характерные рентгенологические и ультразвуковые признаки обызвествления капсулы кисты и наличия дочерних пузырей, а также положительный титр противопаразитарных антител IgG в сыворотке крови [6, 13, 16].

Малигнизацию непаразитарных кист печени наблюдают крайне редко. По данным некоторых авторов, в мировой практике насчитывают порядка 40 случаев озлокачествления непаразитарных кист [2]. Кроме того, у пациентов с непаразитарными кистами печени нередко выявляют сочетанные заболевания. При этом в 73,7% случаев речь идет о желчнокаменной болезни [3]. Истинное число больных с непаразитарными кистами печени, а также отсутствие общепризнанной лечебной стратегии ставят эту нозологическую единицу в ряд актуальных проблем.

На сегодняшний день существуют как минимально инвазивные, так и традиционные методы хирургического лечения непаразитарных кист печени. Среди

них фенестрация кист печени, пункция и склерозирование, марсупиализация кист, а также резекция печени. Помимо этого, различают ряд методик деэпителизации стенок кист – от обработки этанолом до коагуляции аргоновой плазмы [7, 14].

Цель исследования. Продемонстрировать возможность успешного эндовидеохирургического лечения гигантской непаразитарной кисты печени.

Материалы и методы. Пациентка К. 76 лет госпитализирована 11.09.2018 г. в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова с диагнозом направления «Киста правой доли печени. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит вне обострения». При поступлении пациентка отмечала умеренную болезненность, дискомфорт и чувство распирания в правом подреберье.

Результаты и их обсуждение. Из анамнеза известно, что 5 лет назад, во время прохождения профилактического медицинского осмотра при помощи ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости была выявлена киста правой доли печени. В ноябре 2017 г. пациентка отметила появление болевого синдрома и дискомфорта в верхних отделах живота, которые купировались приемом спазмолитиков (но-шпа). С конца июля 2018 г. боли нарастали, в связи с чем 08.09.2018 г. пациентке была выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов брюшной полости, по результатам которой в правой доле печени обнаружено образование размерами 126×177×184 мм с однородной жидкостной структурой и четкой капсулой, а также множественные конкременты желчного пузыря с максимальным размером до 16 мм в диаметре (рис. 1).

Амбулаторно был выполнен иммуноферментный анализ (ИФА) антител класса IgG к эхинококку – результат отрицательный. Пациентка обратилась в клинику факультетской хирургии им. И.И. Грекова. Была проконсультирована сотрудниками клиники,

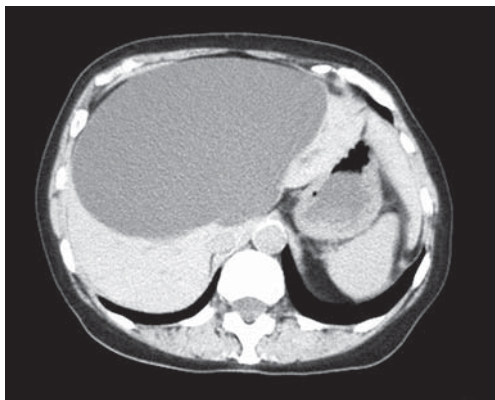


Рис. 1. КТ-картина гигантской кисты печени

ей рекомендовали госпитализацию и оперативное лечение.

С учетом лабораторно-инструментальных данных было принято решение о выполнении симультанного эндовидеохирургического оперативного вмешательства в объеме фенестрации непаразитарной кисты печени с холецистэктомией. С целью уточнения локализации непосредственно перед операцией пациентке выполнено УЗИ органов брюшной полости, по результатам которого в проекции IV, V и VIII сегментов печени лоцировалась киста размерами 130×160×170 мм объемом 1900 см³. Стенка толщиной 3 мм, содержимое однородное. Желчный пузырь не увеличен, обычной формы, смещен кистой вправо. Стенка уплотнена, утолщена. В содержимом осадок в виде сладжа, подвижные конкременты диаметром до 14 мм в количестве 5–7.

В параумбиликальной области установлен лапаропорт с оптической системой. При ревизии – в брюшной полости выпота нет. В проекции IV, V и VIII сегментов печени визуализирована киста размерами 18×18×12 см (рис. 2).

Выполнена пункция кисты печени – получено около 2000 мл прозрачного экссудата. Стенки кисты иссечены с помощью аппарата «LigaSure». Ложу кисты тщательно обработано аргоноплазменной коагуляцией (рис. 3). Аргон под действием электрического поля достаточно легко ионизируется и превращается в плазму, которая направляется в ткани с наименьшим электрическим сопротивлением, вызывая таким образом коагуляцию. Данная методика обработки ложа кисты имеет ряд преимуществ перед обработкой электрокоагуляцией: отсутствие прилипания и минимальная травматизация окружающих тканей, стойкая, но при этом неглубокая (до 3 мм) коагуляция, а также минимальное дымообразование, что очень важно в лапароскопической хирургии. Кроме того, отмечается антимикробное воздействие аргоновой плазмы на обрабатываемую поверхность при бесконтактном использовании [1, 17].

Затем выделены отдельно, клипированы и пересечены пузырный проток и пузырная артерия. Выполнена холецистэктомия «от шейки». Ложу желчного пузыря также обработано аргоноплазменной коагуляцией. Произведены дренаж к ложу желчного пузыря и два дренажа к ложу кисты печени, осуществлен контроль гемостаза, холестаза и инородных тел.

Желчный пузырь и стенки кисты извлечены из брюшной полости в контейнере (препараты отправлены на патогистологическое исследование) (рис. 4).

По результатам патогистологического исследования фрагментов стенки кисты выявлена фиброзная стенка кисты с преимущественно уплощенной выстилкой, местами выстилка аналогична выстилке желчных протоков, а также солитарная киста желчного протока. По периферии обнаружены единичные кистозно-расширенные желчные протоки, небольшие фрагменты ткани печени с очагами гемосидероза.



Рис. 2. Интраоперационная картина кисты печени

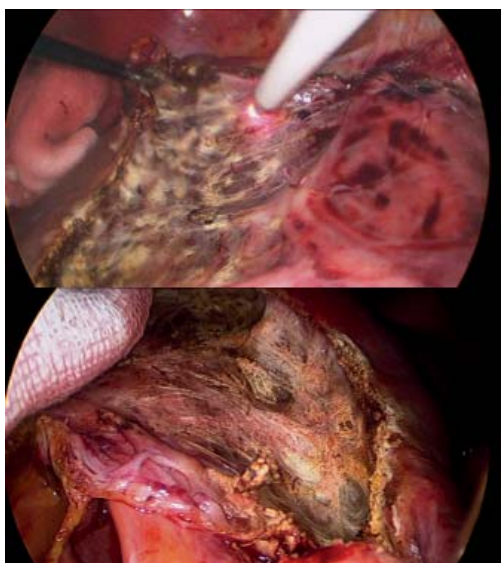


Рис. 3. Вид операционного поля во время и после обработки аргонплазменным потоком

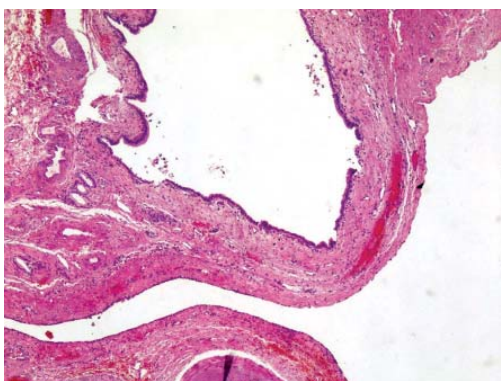


Рис. 4. Гистологическое строение стенки кисты. Окраска гематоксилином и эозином, ув. $\times 40$

Пациентка была активизирована через сутки после операции. Послеоперационный период протекал гладко, соответственно объему перенесенного оперативного вмешательства, без осложнений. Дренажи из области ложа желчного пузыря и ложа кисты удалены на 3-й и 6-й день послеоперационного периода соответственно.

На 7-е сутки послеоперационного периода выполнено контрольное УЗИ органов брюшной полости, по

результатам которого свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 12-е сутки послеоперационного периода.

Закключение. Существующие тенденции к использованию миниинвазивных технологий часто опережают реальные технические возможности, что нередко приводит к дискредитации самой методики и отказу от нее на долгие годы. Сдержанный и разумный подход в комплексе с технической оснащённостью и опытом позволяют расширить показания к использованию современных технологий при самых различных патологических состояниях. Продемонстрированный клинический случай является яркой иллюстрацией таких возможностей использования эндовидеохирургических технологий в гепатохирургии.

Литература

1. Богомолов, В.А. Аргонплазменная коагуляция в системе бесконтактных способов лечения: преимущества и недостатки / В.А. Богомолов, С.М. Лещенко // Устойчивое развитие науки и образования. – 2018. – № 1. – С. 207–214.
2. Борисов, А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей: в 2-х томах / А.Е. Борисов. – СПб.: Скифия. – 2002. – Т. 1. – 488 с.
3. Галимов, О.В. Симультантные операции у больных с кистами печени, сочетанными с заболеваниями органов брюшной полости / О.В. Галимов [и др.] // Научный Альманах. – 2015. – № 8 (10). – С. 945–948.
4. Живаева, Е.В. Морфологическая характеристика непаразитарных кист печени / Е.В. Живаева, Г.Г. Фрейнд // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2016. – № 3–4. – С. 25–27.
5. Заривчацкий, М.Ф. Лечение больных с непаразитарными кистами печени / М.Ф. Заривчацкий [и др.] // Анн. хир. гепатол. – 2008. – Т. 13, № 1. – С. 71–75.
6. Заривчацкий, М.Ф. Принципы лечения непаразитарных кист печени / М.Ф. Заривчацкий, О.Ю. Пирожников, И.Н. Мугатаров // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2006. – Т. 165, № 4. – С. 31–34.
7. Котельникова, Л.П. Лечение непаразитарных кист печени / Л.П. Котельникова, Ю.Б. Бусырев, Я.В. Белякова // Анн. хир. гепатол. – 2014. – Т. 19, № 1. – С. 60–67.
8. Куликов, В.Е. Гемодинамика в ветвях дуги аорты при хронических заболеваниях печени / В.Е. Куликов [и др.] // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. универ-та им. И.И. Мечникова. – 2015. – Т. 7, № 1. – С. 64–67.
9. Манучаров, А.А. Хирургическая тактика у больных с непаразитарными кистами печени / А.А. Манучаров [и др.] // Фунд. исследования. – 2012. – № 7. – С. 195–198.
10. Радченко, В.Г. Возрастные изменения печени / В.Г. Радченко, П.В. Селиверстов // Вестн. Сев.-Зап. гос. мед. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т. 9, № 1. – С. 110–116.
11. Смолькина, А.В. Лечебно-диагностический алгоритм для больных с непаразитарными кистами печени / А.В. Смолькина, А.А. Манучаров, Д.В. Баринев // МедиАль. – 2012. – № 1 (4). – С. 43–45.
12. Третьяков, А.А. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / А.А. Третьяков [и др.] // Альманах хирургии. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 117–118.
13. Холин, А.В. Современные методы нейровизуализации в диагностике альвеококкоза головного мозга (клинический случай) / А.В. Холин, Г.Т. Аманбаева // Вестн. Сев.-Зап. мед. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2014. – Т. 6, № 4. – С. 97–102.

14. Хрячков, В.В. Непаразитарные кисты печени / В.В. Хрячков, Д.П. Кислицин, А.А. Добровольский // Хирургия кист и абсцессов. – Ханты-Мансийск: ИИЦ ХМГМА, 2013. – 156 с.
15. Шалимов, А.А. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов [и др.]. – Киев, 1993. – 512 с.
16. Heathcote, E.J. Management of primary biliary cirrhosis / E.J. Heathcote // The American Association for the Study of Liver Diseases practice guidelines. Hepatology. – 2000. – Vol. 31. – P. 1005–1013.
17. Zenker, M. Argon plasma coagulation / M. Zenker // GMS Krankenhhyg Interdiszip. – 2008. – № 3 (1). – P. 1–5.

B.V. Sigua, V.P. Zemlyanov, E.L. Latariya, A.V. Nikiforenko, A.S. Kachiuri,
D.V. Gurzhiy, V.A. Melnikov, S.A. Vinnichuk, E.S. Volkova, D.V. Ovchinnikov

Diagnosics and features of endovideosurgical treatment of giant non-parasitic liver cysts

Abstract. *Presents a clinical case of successful treatment of a patient with a giant non-parasitic liver cyst. The patient was examined on an outpatient basis: when performing an ultrasound study, and then using a spiral computed tomography of the abdominal organs, a cystic formation measuring 130×160×170 mm was revealed in the projection of the IV, V, and VIII segments of the liver. The analysis for the presence of antiparasitic IgG antibodies showed a negative result, which indicates the non-parasitic nature of the cyst. The patient was admitted to the clinic of faculty surgery named after I.I. Grekov for planned surgical treatment. After preoperative preparation, the patient underwent surgery in the amount of laparoscopic fenestration of a non-parasitic liver cyst with cholecystectomy (due to the presence of concomitant cholelithiasis). The technique of argon plasma coagulation was used for the treatment of the cyst bed. The patient was activated in the first day of the postoperative period. The postoperative period was uneventful. According to the histopathological examination of the surgical material, the fibrous wall of the cyst with property flattening. According to the results of a control ultrasound examination of the abdominal cavity after removal of the drainage the fluid in the abdominal cavity was not located. Clinically and biochemical blood tests showed no clinically significant abnormalities. The patient was discharged in satisfactory condition on the 12th day of the postoperative period. Thus, the presented clinical case shows that even the giant size of the cyst is not a contraindication for the use of endovideosurgical treatment methods.*

Key words: *medicine, surgery, cyst, liver, argon, coagulation, fenestration, cholecystectomy, laparoscopy.*

Контактный телефон: 8-911-197-93-43; e-mail: dr.sigua@gmail.com