УДК: 612.35(616-006)+616.89-02-089

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Умаркулов Забур Зафаржонович
Хамидов Обид Абдурахманович
Самаркандский Государственный Медицинский Университет (Самарканд, Узбекистан)
Давлатов Салим Сулаймонович
Бухарский Государственный Медицинский Институт (Бухара, Узбекистан)

Аннотация. *Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведены диапевтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Преимущества диапевтических вмешательств заключаются в ранней послеоперационной реабилитации больных, снижении (с 38,5% до 13,5%) или предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре с 312,2±96,8 до 16,2±4,4 ч.*

Ключевые слова: *кисты печени, лечение, диапевтические вмешательства, результат.*

ЖИГАР КИСТОЗЛИ ҲОСИЛАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ ТАҲЛИЛИ НАТИЖАЛАРИ

Умарқулов Забур Зафаржонович
Ҳамидов Обид Абдурахмонович
Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети (Самарқанд, Ўзбекистон)
Давлатов Салим Сулаймонович
Бухоро Давлат Тиббиёт Институти (Бухоро, Ўзбекистон)

Аннотация. *Тадқиқот 2016 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда Самарқанд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникасининг жарроҳлик бўлимида диапевтик ва жарроҳлик аралашувларни ўтказган 117 нафар беморни клиник ва лаборатория текширувига асосланган. Диапевтик аралашувларнинг афзалликлари беморларни операциядан кейинги эрта реабилитация қилиш, уни (38,5% дан 13,5% гача) камайтириш ёки лапароскопик ва очиқ анъанавий операцияларга хос бўлган ҳар хил турдаги асоратларнинг олдини олиш, шунингдек, касалхонада қолишни 312,2 дан камайтиришда ҳамда стационарда қолишини 312,2±96,8 дан 16,2±4,4 гача камайтиришга олиб келди.*

Калит сўзлар: *жигар кисталари, даволаш, диапевтик аралашувлар, натижа.*

Актуальность исследования. В настоящее время, в литературных источниках отсутствует четкая концепция лечения НКП. В некоторых статьях сообщается о проведении оперативных вмешательств сразу после установления диагноза [5, 11], по рекомендациям других авторов хирургическое лечение осуществляется только при наличии клинической симптоматики [2]. Однако вопрос лечения или динамического наблюдения асимптоматических кист до сих пор остается нерешенным. Современные тенденции в хирургии ведут к увеличению частоты применения и расширению показаний для миниинвазивных методик лечения как паразитарных, так и непаразитарных кист печени [2, 5, 7, 10].

Анализ современной литературы показывает, что имеются несколько направлений в лечении кист печени: традиционные оперативные вмешательства, эндовидеохирургические методы и чрескожное пункционно-дренирующее лечение кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред - и послеоперационной химиотерапии при паразитарных кистах печени. Методика PAIR применяется повсеместно и одобрена ВОЗ. Тем не менее не прекращаются попытки модификации чрескожных методов с целью улучшения результатов лечения. Так, появились новые виды миниинвазивных вмешательств при эхинококкозе – PEVAC, PAI, Örmeci, MoCaT. Методика PEVAC подразумевает замену дренажа по Сельдингеру, что несет риск обсеменения пункционного канала. PAI и Örmeci предполагают оставление в полости гермицида, что не способствует уменьшению остаточной полости и увеличивает риск нагноения [1, 4, 6, 8]. По методу MoCaT кисту пунктируют сразу толстым дренажем, что опасно отслоением хитиновой оболочки и разрывом кисты. Несмотря на то, что авторы этих методов заявляют об их эффективности и безопасности, небольшое число пациентов и короткий срок послеоперационного наблюдения не позволяют делать объективных выводов [3, 6, 9].

Таким образом решение вопроса о выборе оптимального метода хирургического вмешательства и способ его выполнения, остаются актуальными.

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения диапевтических методов.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено диапевтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Было использовано 3 основных метода хирургического лечения кистозных образований печени (табл. 1). Все пациентам процедуры произведены в плановом порядке. В зависимости от выбора тактики лечения больные были разделены на две группы. В основной группе больных всем больным применили диапевтические методы лечения: 39 (75,0% из 52) больным при непаразитарных кистах печени выполнена чрескожная пункция и склерозирование кист; 13 (25,0%) больным при паразитарных кистах печени - чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия. В группе сравнения всем больным произведены лапароскопические открытые методы оперативных вмешательств. Из них 13 (20,0%) больным с непаразитарными кистами печени произведено лапароскопическая фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки, 19 (29,2%) больным эхинококкозом печени произведено лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. Лапаротомия фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки и лапаротомная эхинококкэктомия из печени произведено 6 (9,2%) и 24 (36,9%) больным с непаразитарными и паразитарными кистами печени соответственно.

Таблица 1.

Методы хирургического лечения кистозных образований печени

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ	Исследуемые группы									Всего (n=117)	
	Группа сравнения (n=65)					Основная группа (n=52)					
	Солитарные кисты (n=38)		Множественные кисты (n=12)		Поликистоз печени (n=15)	Солитарные кисты (n=42)		Множественные кисты (n=10)			
	параз.	непараз.	параз.	непараз.		параз.	непараз.	параз.	непараз.		
Чрескожная пункция и склерозирование кист							32		7	39	33,3
Чрескожная чреспеченочная эхинококкэктомия						10		3		13	11,1
Лапароскопическая фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки		5*		2	6					13	11,1
Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени	12		7							19	16,2
Лапаротомия фенестрация кист с обработкой их эпителиальной выстилки					6					6	5,1
Лапаротомная эхинококкэктомия из печени	21		3							24	20,5
Сегментэктомия или атипичная резекция печени					3					3	2,6

***Примечание**: * различие достоверно (p<0,05)*

Сегментэктомия и атипичная резекция печени произведено соответственно 1 (1,5%) и 2 (3,1%) больным с поликистозами печени.

Начиная с 2016 года, мы начали применять пункционно-дренирующие способы кистэктомии, известные как PAIR (Punction-Aspiration-Injection-Reaspiration чрескожный метод пункционного лечения) и PEVAC (Percutaneos-Evacuation of cyst contens чрескожный метод пункциионной эвакуации и дренирования полости).

Проведение чрескожной пункции и склерозирования кист печени под ультразвуковым контролем считали показанным при наличии солитарных и множественных кист печени размерами 5 см и более в диаметре при наличии противопоказаний к проведению лапароскопических операций. Эхосонографически истинные кисты представляли собой ограниченные тонкой стенкой (0,1 – 0,2 см) полости округлой или овальной формы без эхогенности внутреннего пространства с четкими, ровными контурами и наличием хорошо различимой задней стенки, отсутствием внутренних отражений и характерным усилением эхо-сигналов непосредственно за кистозным образованием. При наличии внутрипросветной перегородки кисты визуализировался характерный пятнистый рисунок. О кровоизлиянии в полость кисты или ее инфицировании свидетельствовали внутрипросветные эхосигналы.

Чрескожная пункция также была произведена у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией, которым было противопоказано выполнение операций через лапаротомный доступ.

У 4 (7,7%) пациентов была выполнена только аспирация содержимого кисты (табл. 2).

Таблица 2.

Пункционные методы лечения непаразитарных кист печени

Пункционные методы лечения	Количество пациентов (%)
Пункция и аспирация содержимого кисты	4 (7,7%)
Пункция, аспирация содержимого и склерозирование кисты	31 (59,6%)
Пункция, аспирация содержимого, склерозировани и дренирование кисты	17 (32,7%)
Всего	52 (100%)

Основным пункционным методом лечения у исследуемых пациентов явилась чрескожная пункция и склерозирования кист печени, которая была выполнена у 31 (59,6%) больному. В качестве склерозирующего вещества мы применяли 96% спирт, вводя его в полость кисты в объеме 40-45% от количества эвакуированной жидкости. При кистах большого размера, производили инстилляцию в объеме 40-60 мл спирта с целью предотвращения интоксикации. Экспозиция составляла 5 минут, при этом пациенту предлагалось несколько раз поменять положение тела, для увеличения контакта внутренней выстилки кисты со склерозантом, после чего повторно проводилась полноценная эвакуация содержимого кисты с последующим удалением иглы. Следует отметить, что большинство авторов в качестве склерозанта так же предлагают использовать 96% спирт в сочетании с йодом.

Результаты исследования. После выполнения вышеперечисленных вмешательств по указанным показаниям диагностирован ряд осложнений. Нами проанализирован их качественный и количественный состав в зависимости от способа хирургического лечения (табл. 3).

Таблица 3.

Осложнения хирургического лечения кист печени

Результаты лечения	Группа пациентов		
	Чрескожная пункция (n=52)	Лапароскопия (n=32)	Лапаротомия (n=33)
Интраоперационные осложнения			
Кровотечение	1 (1,9%)		
Желчеистечение	1 (1,9%)		
Аллергическая реакция	1 (1,9%)	1 (3,1%)	
Прокол плеврального синуса	1 (1,9%)		
Обсеменение брюшной полости		1 (3,1%)	
Осложнения в раннем послеоперационном периоде			
Общие:			
Плеврит	1 (1,9%)		1 (3,0%)
Бронхолегочные осложнения		1 (3,1%)	2 (6,1%)
Сердечно-сосудистые осложнения		1 (3,1%)	1 (3,0%)
Острый пиелонефрит			1 (3,0%)
Специфические:			
Нагноение остаточной полости	2 (3,8%)	2 (6,2%)	3 (9,1%)
Желчеистечение по дренажу		1 (3,1%)	6 (18,2%)
Гнойный холангит			1 (3,0%)

Нагноение послеоперационной раны			2 (6,1%)
Динамическая кишечная непроходимость			1 (3,0%)
Всего осложнений:	7 (13,5%)	7 (21,9%)	18 (54,5%) *
Всего больных:	5 (9,6%)	5 (15,6%)	11 (33,3%)

***Примечание**: *различие достоверно (p<0,05)*

Наиболее частым осложнением явился нагноение остаточной полости, достоверно (p<0,05) чаще наблюдавшийся после операций по поводу эхинококкоза печени, произведенных через лапаротомный доступ. Общее число осложнений – 32 (27,3%) было также достоверно (p<0,05) выше после лапаротомной эхинококкэктомии, фенестраций кист, атипичных резекций печени и иных операций, выполняемых традиционным открытым доступом.

В ходе данного исследования были изучены временные параметры всех методик хирургического лечения кист печени (табл. 4.).

Таблица 4.

Длительность лечения, операции и послеоперационного пребывания в стационаре при различных методах хирургического лечения

Параметр	Хирургический доступ				
	Чрескожная пункция (n=52)	Лапароскопия (n=32)		Лапаротомия (n=33)	
		Солит. и множ. кисты	Поликистоз	Солит. и множ. кисты	Поликистоз
Длительность пребывания в стационаре (ч)	16,2±4,4	72,6±10,4	47,8±16,4	312,2±96,8*	336,6±144,2*
Длительность операции (мин)	38,4±6,2	62,8±20,4*	52,4±22,6*	93,4±12,8*	106,2±14,4*
Длительность пребывания в стационаре после операции (ч)	6,8±1,2	22,6±6,4	18,4±6,2	192,4±24,2*	192,6±24,2*

***Примечание**: *различие достоверно (p<0,05)*

Максимальный срок пребывания в стационаре отмечен у пациентов после хирургических вмешательств, выполненных по поводу поликистоза печени через лапаротомный доступ. Практически такое же время было затрачено на лечение пациентов после открытой эхинококкэктомии и иных вмешательств по поводу солитарных и множественных кист печени. Длительность пребывания в стационаре пациентов с применением миниинвазивных хирургических методик была достоверно (p<0,05) меньше. Аналогичная картина наблюдается при сравнении длительности послеоперационного стационарного лечения после открытых методов хирургического лечения, что достоверно (p<0,05) дольше, чем после миниинвазивных методик.

Выводы. Чрескожная пункционная кистэктомия является современным малоинвазивным методом хирургического лечения паразитарных и непаразитарных кист печени, обладающая большой клинической эффективностью, что имеет немаловажное социальное значение и экономический эффект в сравнении с лапароскопическими и традиционными способами. Преимущества вмешательства заключается в ранней послеоперационной реабилитации больных, снижении (с 38,5% до 13,5%) или предупреждении различных видов осложнений, характерных для лапароскопических и открытых традиционных операций, а также сокращении сроков пребывания в стационаре с 312,2±96,8 до 16,2±4,4 ч.

Анализ отдаленных результатов диапевтических вмешательств при кистах печени показал радикальность метода, являясь более предпочтительным у больных непаразитарными кистами печени и может быть операцией выбора у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахмедов Р. М. и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15. – №. 3. – С. 99-104.

2. Васильев В. В. и др. Диагностика и чрескожное пункционное лечение поликистоза печени и поликистозной гепаторенальной болезни //Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. – 2017. – Т. 12. – №. 2. – С. 136-144.

3. Жаворонкова О. И. Чрескожное склерозирующее лечение крупных и гигантских непаразитарных кист печени под ультразвуковым контролем: дис. – М.: Автореф. дис… канд. мед. наук, 2007.

4. Котельникова Л. П., Бусырев Ю. Б., Белякова Я. В. Лечение непаразитарных кист печени

//Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – Т. 19. – №. 1. – С. 60-67.

5. Назыров Ф. Г., Акилов Х. А., Икрамов А. И. Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т. 6. – №. 1. – С. 47-51.

6. Рахманов К. Э., Давлатов С. С. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2017. – С. 226-227.

7. Толстиков А. П., Захарова А. В. Минимально инвазивная хирургия в лечении больных с непаразитарными кистами печени //Медицинский альманах. – 2010. – №. 1. – С. 151-152.

8. Шамсиев А. М. и др. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (Обзор литературы) //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – №. 17, № 3. – С. 126-133.

9. Шамсиев Ж. А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science. – 2017. – №. 7 (29). – С. 49-54.

10. Akhan O. et al. Percutaneous treatment of simple hepatic cysts: the long-term results of PAIR and catheterization techniques as single-session procedures //Cardiovascular and interventional radiology. – 2016. – Т. 39. – С. 902-908.

11. Cherradi Y. et al. Long-Term Results of Percutaneous Management of Liver Hydatid Cysts:-Experience of a University Hospital in Endemic Region //Journal of Medical and Surgical Research. – 2016. – Т. 3. – С. 275-281.

THE RESULTS OF THE ANALYSIS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CYSTIC LIVER FORMATIONS

Umarkulov Zabur Zafarjonovich
Khamidov Obid Abdurakhmanovich
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)
Davlatov Salim Sulaymonovich
Bukhara State Medical Institute (Bukhara, Uzbekistan)

Abstract. *The study is based on a clinical and laboratory examination of 117 patients with cystic liver formations who underwent diapeutic and surgical interventions in the surgical department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University for the period from 2016 to 2023. The advantages of diapeutic interventions are early postoperative rehabilitation of patients, reduction (from 38.5% to 13.5%) or prevention of various types of complications characteristic of laparoscopic and open traditional operations, as well as reduction of hospital stay from 312.2±96.8 to 16.2±4.4 hours.*

Key words: *liver cysts, treatment, therapeutic interventions, result.*