

## СОЧЕТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ И НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Хворостов Е.Д., Гринёв Р.Н., Бычков С.А., Захарченко Ю.Б.

Харьковский государственный университет, г. Харьков

**Введение.** Применение совершенных методов диагностики, разработка новых хирургических технологий в области гепатологии, в частности лапароскопической техники, потребовало существенного пересмотра традиционных взглядов на некоторые проблемы патологии гепатобилиарной системы. Одной из таких проблем является сочетание калькулёзного холецистита с непаразитарными кистами печени.

Частота непаразитарных кист печени составляет 0,17 - 1,86% случаев [1, 2, 5]. Истинные кисты чаще бывают врожденными и возникают из зачатков желчных ходов и остатка зародышевой ткани. Приобретенные ложные кисты возникают в результате воспаления, травм печени. Тактика лечения указанной сочетанной патологии дискуссионна: если основным методом хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) была и остается холецистэктомия, то единого подхода к способам операции при непаразитарных кистах у многих исследователей нет. Некоторые авторы считают, что все непаразитарные кисты подлежат хирургическому лечению, так как они воздействуют на функционирующую паренхиму печени [6]. Другие прибегают к оперативному вмешательству только при кистах больших и средних размеров, сопровождающихся клинической симптоматикой, а кисты малого диаметра наблюдают в динамике [4]. Имеются сообщения об успешном лечении непаразитарных кист чрескожными пункциями с последующим введением склерозирующих веществ [5]. Другие авторы указывают, что пункционный метод опасен возникновением рецидивов и приводит к нагноению кист [7]. В последние годы появились работы о хирургическом лечении непаразитарных кист печени с использованием лапароскопической техники [3]. Однако недостаточная освещенность этой проблемы в литературе, большое количество опасностей и осложнений, возникающих на этапе освоения новых видов лапароскопических операций, побудили нас обратиться к этому вопросу.

**Материалы и методы.** С апреля 1994 года в хирургической клинике Харьковского государственного университета было выполнено 1180 лапароскопических

холецистэктомии (ЛХЭ) по поводу различных форм ЖКБ, при этом у 17 пациентов были выявлены непаразитарные кисты печени. Данная группа больных была представлена женщинами в возрасте 32 до 64 лет. В 16 случаях кисты печени диагностировались по данным УЗИ и компьютерной томографии, а в 1 случае киста была обнаружена непосредственно при выполнении ЛХЭ. У 7 пациенток кисты локализовались в IV сегменте печени и у 9 - в V, при этом одна из стенок кисты располагалась на поверхности печени.

Технология выполнения операции заключалась в следующем: под ЭТН накладывали карбперитонеум, вводили лапароскоп и манипуляторы. После идентификации желчного пузыря и кисты оценивали предполагаемую последовательность действий. Если локализация кисты позволяла без технических трудностей выполнить холецистэктомию, то вначале производили удаление желчного пузыря. Если же киста располагалась в непосредственной близости, а иногда и прилегала к одной из стенок желчного пузыря, то первым этапом операции являлось вмешательство на кисте.

Первый из указанных способов был применен нами у 5 больных, второй - у 12. Выполняли пункцию кисты и аспирировали её содержимое (от 50 до 280 мл). Наружное дренирование было выполнено в 2 случаях при диаметре кисты менее 2 см. У 15 больных было произведено иссечение её стенок по периметру. Мы отказались от тампонирования полости кисты сальником. У 4 пациентов была выполнена тотальная диатермокоагуляция оставшейся части кисты. Однако в послеоперационном периоде у этих пациентов наблюдался выраженный болевой синдром в правом подреберье, гипертермия, значительное количество отделяемого с примесью желчи по дренажу из брюшной полости.

В последующем для исключения неблагоприятных последствий высокотемпературного воздействия на ткань печени, нами у 11 пациентов была применена криогенная обработка полости кисты. В полость кисты устанавливали криоапликатор собственной конструкции. Криовоздействие проводили в течение 5 - 7 минут

при температуре  $-80^{\circ}\text{C}$  с быстрым последующим оттаиванием.

При больших размерах полости кисты криовоздействие повторяли. Убедившись в отсутствии признаков кровотечения и желчеистечения, операцию завершали подведением к зоне вмешательства дренажной рубки с широким просветом.

**Результаты.** Ни у одной из пациенток, которым была проведена криогенная обработка полости кисты, в послеоперационном периоде мы не наблюдали осложнений. Дренаж из брюшной полости удаляли на 3-е сутки после операции. При выполнении в послеопераци-

онном периоде УЗИ гиперэхогенного образования в области иссечения кисты и ограниченного скопления жидкости выявлено не было. Все больные были выписаны из стационара на 5-й день после операции.

**Выводы.** Таким образом, лапароскопическое иссечение кист печени с последующей криогенной обработкой полости кисты является альтернативным вариантом традиционным вмешательствам. При этом предложенный нами метод может с успехом применяться как самостоятельно, так и в качестве симультанной операции, в частности при выполнении ЛХЭ.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Альперович Б.И. Непаразитарные кисты печени// Хирургия печени. - Томск: Изд-во Томского ун-та, 1983. - с.161-170.
2. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Митасов В.Я., Ярошкина Т.Н. Сравнительная характеристика непаразитарных и описторхозных кист печени//Клинич. Хирургия. - 190. - №9. - с.35-37.
3. Гарелик П.В., Жемойтяк Р.Р. Результаты лечения кист печени с использованием лапароскопических методик// Современные проблемы хирургической гепатологии. Материалы четвертой конференции хирургов-гепатологов. Тула. - Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - том 1. - с. 38.
4. Савчук Б.Д. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени//Тез. Докл.21-го пленума правл. Всесоюзн. научн. об-ва хирургов. - Краснодар, 1988. - с.128.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоров'я, 1993. - 512 с.
6. Шапкин В.С. Непаразитарные кисты печени//Опухоли, непаразитарные кисты и специфические гранулемы печени. - Владивосток: Дальневосточ. кн. изд-во, 1970. - с.136-168.
7. Edwards J.D., Eckhauser F.B., Khol J.A. et al. Optimizing surgical management of symptomatic solitary hepatic cysts //Amer. Surg. - 1987. - vol.205,№1. - p.45-48.

## **РЕЗЮМЕ**

### **КОМБІНОВАНІ ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ЖОВЧНОКАМІННІЙ ХВОРОБІ І НЕПАРАЗИТАРНИХ КИСТАХ ПЕЧІНКИ**

**Хворостов Е.Д., Гриньов Р.Н., Бичков С.А., Захарченко Ю.Б.**

Описано спосіб лапароскопічного відсічення кист печінки з подальшою криогенною обробкою порожнини кисти. Даний метод є альтернативним варіантом традиційним втручанням. Запропонований нами спосіб може успішно застосовуватися як самостійно, так і в якості симультанної операції, зокрема, при виконанні лапарохолецистектомії.

## **SUMMARY**

### **COMBINED LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN A GALLSTONE DISEASE AND NON-PARASITARY CYSTS OF LIVER**

**E.D. Hvorostov, R.N. Griniyov, S.A. Bychkov, Yu.B. Zaharchenko**

Laparoscopic cutting of liver cysts with the subsequent cryogenic treatment of the cyst cavity has been proposed. This method is an alternative variant to traditional interventions. It can successfully be used both independently and as a simultaneous operation, namely in laparocholecystectomy.