

## Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения описторхозных кист печени

*Альперович Б.И., Хабас Г.Н.*

## The peculiarities of clinic, diagnostic and surgical treatment of opisthorchous cysts of liver

*Alperovych B.I., Habas G.N.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Альперович Б.И., Хабас Г.Н.

Изучены результаты обследования и хирургического лечения 38 пациентов с описторхозными кистами печени. Дооперационная диагностика основана на обнаружении описторхозной инвазии и специфических ультразвуковых признаков данных кист, описторхозного поражения гепатобилиарной системы. Осложненное течение отмечалось у 21% больных. Выполнено 40 оперативных вмешательств, включая резекции печени. Летальность составила 5,3%. Разработанная хирургическая тактика и техника позволяют предупреждать специфические осложнения, не снижая радикальности операций.

**Ключевые слова:** хирургия, печень, кисты.

The results of inspection and surgical treatment 38 patients with opisthorchiatic cysts of a liver are investigated. Preoperative diagnostics is based on detection opisthorchiasis and specific ultrasonic attributes of these cysts, opisthorchiatic lesion of hepatobiliary system. The complicated current it were marked at 21% of the patients. Carry out 40 operations, including the resections of a liver. Mortality rate was 5,3%. Developed surgical tactics and technique allows to warn specific complications not reducing radicalism of operations.

**Key words:** surgery, liver, cysts.

УДК 616.36-002.9:616.995.122.21

Описторхозные кисты печени развиваются при длительной инвазии гельминтом *Opisthorchis felinus*, который при заражении паразитирует во внутривнутрипеченочных желчных протоках в 100% случаев. Вызываемый описторхозом специфический хронический пролиферативный холангит с последующим склерозом и стенозами на всех уровнях протоковой системы нарушает пассаж желчи, приводит к развитию желчной гипертензии и кистозной трансформации эктазированных внутривнутрипеченочных протоков [2, 5, 9, 11]. Описторхозные кисты чаще мелкие, множественные, но могут достигать огромных размеров и вызывать такие же осложнения, как и непаразитарные. Особенности хирургического лечения данной патологии практически не освещены в литературе, оперативные вмешательства на печени при описторхозе сопровождаются повышенным количе-

ством осложнений и летальности [1, 3, 6]. Малоинвазивные пункционные методы, применяющиеся при лечении непаразитарных кист печени [10], в данном случае небезопасны и дают высокий процент рецидивов [7]. Инвазированность населения в эндемичных районах достигает в настоящее время 80%, поэтому актуальность проблемы очевидна [4].

В Томском зональном гепатологическом центре МЗ РФ за последние 20 лет оперировано 38 больных с описторхозными кистами печени, в возрасте от 28 до 90 лет. Значительно преобладали женщины — 34 (89,5%), мужчин было 4 (10,5%), что является особенностью данной патологии. Размер кист составил от 5 до 30 см.

### Клиника

Клинические проявления при описторхозных кистах печени неспецифичны и складываются из симптомов, обусловленных самой кистой (кистами) печени, и симптомов, характерных для других проявлений и осложнений хронической описторхозной инвазии (холецистит, панкреатит, холангит, стриктуры желчных путей). Жалобы при неосложненном течении заболевания скудны и обусловлены, в основном, растяжением глиссоновой капсулы и сдавлением паренхимы печени растущей кистой, в связи с чем 76,3% больных жаловались на умеренные давящие боли и чувство тяжести в правом подреберье, а при локализации кист в левой доле печени — и в эпигастрии. Боли носили постоянный характер и не зависели от приема пищи. Острые боли в правом подреберье отмечены у 7,9%, самостоятельное обнаружение опухолевидного образования в животе — у 5,3%. У одной больной наблюдались признаки портальной гипертензии в результате сдавления портальных ворот печени огромной кистой. 10,5% больных вообще не предъявляли никаких жалоб, а кисты были обнаружены случайно при УЗИ. Кроме болевого синдрома, часто отмечались диспептические явления (тошнота, горечь во рту), а также слабость, головокружение, субфебрилитет, снижение аппетита. При развитии осложнений клиника зависит от их характера: особенностями являются быстрое прогрессирование желчного перитонита при разрыве даже небольшой кисты вследствие имеющейся желчной гипертензии и прогрессирующая печеночная недостаточность на фоне гнойного холангита. Механическая желтуха при сдавлении кистой крупных желчных протоков развивается медленно и не достигает высоких цифр.

## Диагностика

Описторхозный генез кистозного поражения печени можно предположить на основании данных анамнеза: проживание в эндемичных районах, употребление в пищу сырой, малосоленой или недостаточно термически обработанной рыбы семейства карповых, обнаружение описторхоза ранее, факты дегельминтизации. Выяснено, что почти треть больных с описторхозными кистами печени (31,6%) не обследовалась ранее на опи-

сторхоз, и диагноз впервые установлен в клинике, более 50% имели документированную длительность инвазии более 5 лет, а 8% — более 20 лет. У 18,4% больных была дегельминтизация ранее, часто неоднократная.

При объективном осмотре нет патогномоничных симптомов для данной патологии, печень пальпаторно была увеличена при поликистозном варианте и локализации крупных кист в периферических отделах.

Для лабораторных данных характерна эозинофилия той или иной степени, отмеченная нами у 73,7% больных, другие показатели малоспецифичны. Решающее значение имеет обнаружение тел или яиц описторхисов в кале, дуоденальном <sup>5</sup>содержимом, желчи из дренажей, свищей.

Из инструментальных методов наибольшее значение имеет ультразвуковое исследование (УЗИ), которое позволяет обнаружить кисту в любом отделе печени, определить ее соотношение с крупными желчными протоками, сосудами. Описторхозные кисты визуализируются в виде тонкостенных жидкостных образований неправильной формы с неровными контурами, однородным анэхогенным содержимым. Характерными для описторхозного поражения являются наличие локальных расширений внутрипеченочных желчных протоков (холангиоэктазов), повышение эхогенности внутрипеченочных протоков, увеличение размеров желчного пузыря с наличием осадочных структур [8]. Диагноз описторхозной кисты печени окончательно верифицировался после морфологического исследования биопсийного и операционного материала, где обнаруживались специфические признаки описторхозного поражения печени, желчных протоков: хронический пролиферативный холангит с аденоматозом слизистой эпителия протоков, холангиоэктазами и кистозной трансформацией расширенных желчных протоков, перипортальный и перидуктальный фиброз, дистрофия гепатоцитов [2, 5]. В стенке описторхозной кисты сохраняются указанные пролиферативно-воспалительные изменения (рис. 1).

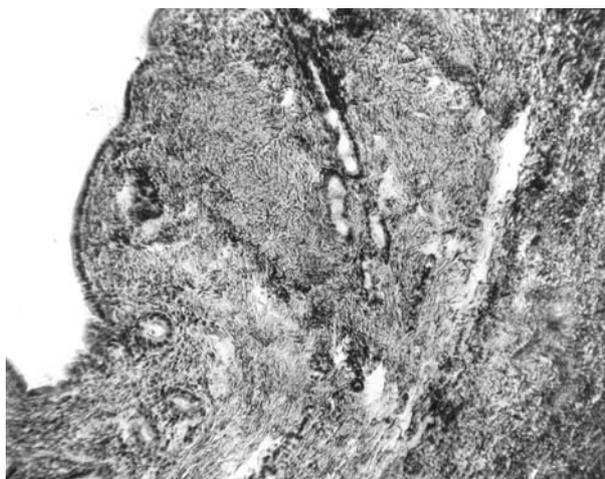


Рис. 1. Стенка описторхозной кисты печени (микрорепарат). Ув. 100

Часто в просвете кисты обнаруживаются описторхисы, яйца гельминтов, описторхозный детрит, слущенный эпителий желчных протоков, лейкоциты. Гистологическое строение стенки описторхозной кисты не зависит от степени инвазии.

### Лечение

Необходимость хирургического лечения описторхозных кист печени продиктована тем, что в процессе своего роста они могут вызвать различные осложнения, отмеченные нами у 21% больных до операции, в частности: разрыв кисты с развитием желчно-гнояного перитонита, кровотечение в полость кисты, наружный посттравматический желчный свищ (после ножевого ранения кистозно измененной печени), острый холангит, цирротическое перерождение паренхимы печени, сдавление кавальных и портальных ворот печени с портальной гипертензией, асцитом, сдавление желчного пузыря и нарушение его опорожнения, механическая желтуха вследствие компрессии желчевыводящих путей. Дооперационная печеночная недостаточность наблюдалась редко, даже при поликистозном варианте.

Показаниями к оперативному лечению считали размеры симптомных кист более 5 см (при поликистозе ориентировались на размеры наиболее крупных кист), множественные кисты с преимущественным поражением доли, сегмента и дегенеративным перерождением паренхимы, осложненные кисты любых размеров, кисты с локали-

зацией в ложе желчного пузыря при холецистэктомии. Кисты размером более 7—10 см оперировали даже при отсутствии жалоб, учитывая высокий риск осложненного течения. При размерах кист менее 5 см рекомендовали дегельминтизацию и динамическое наблюдение (УЗИ).

Более чем в половине случаев имелись множественные кисты печени: одна или две большие кисты, явившиеся показанием к операции, и несколько более мелких в различных отделах печени. Наиболее часто поражались II и III сегменты печени (27,5%), затем IV (20%) и VIII (11,4%). Структура операций при описторхозных кистах печени представлена в таблице.

Виды операций при описторхозных кистах печени

| Вид операции              | Количество операций | Летальность |
|---------------------------|---------------------|-------------|
| Иссечение стенок кист     | 16 (40%)            | 1           |
| Резекция печени           | 12 (30%)            |             |
| Пункция кист              | 4 (10%)             |             |
| Вскрытие кист             | 3 (7,5%)            |             |
| Вмешательства на протоках | 3 (7,5%)            |             |
| Ушивание разрыва кисты    | 1 (2,5%)            | 1           |
| Оментогепатопексия        | 1 (2,5%)            |             |
| Всего                     | 40 (100%)           | 2 (5,3%)    |

Всего 38 больным выполнено 40 оперативных вмешательств. При поверхностном расположении кист (что наблюдается чаще всего в связи с кистозной трансформацией подкапсульных холангиоэктазов) их передняя стенка выступает над поверхностью печени. В этом случае производили вскрытие, фенестрацию (иссечение свободных стенок) кист. Максимальный объем жидкости, удаленной при одновременном вскрытии нескольких кист составил, по нашим наблюдениям, более 1,5 л, а при вскрытии солитарной кисты — до 1 л. Затем производили ревизию ложа кисты в печени, при необходимости устраняли сообщение с желчным деревом, что особенно важно при описторхозе, когда имеется внутривнутрипеченочная желчная гипертензия даже при нормальном пассаже желчи в ДПК. Для профилактики рецидивов кистообразования необходимо произвести полную дезэпителизацию ложа кисты, для чего использовали оригинальный криодеструктор (охлаждающий агент — жидкий азот, температура наконечника — 195,8 °С).

Криовоздействие производили до образования ледяного пятна необходимого диаметра, при необходимости из нескольких точек, по 1—2 мин. Морфологические исследования показывают, что происходит некроз клеточных элементов выстилки кисты (в данном случае — эпителия желчных протоков, аденоматозных структур), прилежащих гепатоцитов (до 100—150 мкм) с последующим формированием нежного рубца (рис. 2).

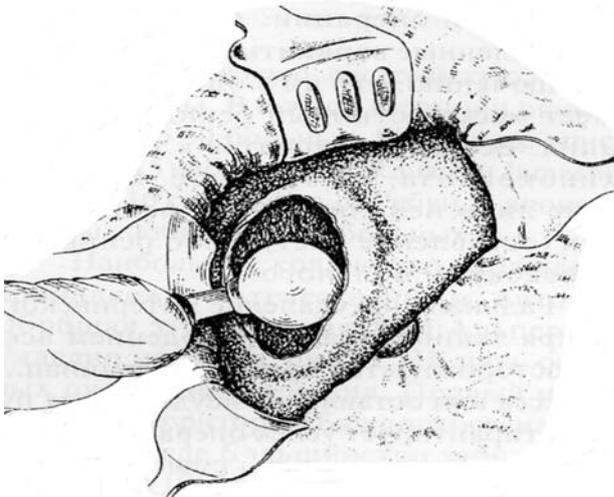


Рис. 2. Криодеструкция ложа кисты печени после иссечения ее стенок

В двух случаях стенка кисты иссекалась криоультразвуковым скальпелем, что способствовало гемостазу из сосудов до 1—2 мм в диаметре. Операция заканчивалась фиксацией сальника к ложу кисты, при глубокой полости в печени — ушиванием ложа блоковидными швами либо комбинацией этих методов.

Резекцию печени считали показанной при глубоком внутриорганным расположении больших кист (особенно в левой доле), множественных кистах одной доли печени с дегенеративным перерождением ее паренхимы, при сочетании кист с циррозом печени. Резекция печени является операцией выбора при осложненных кистах периферических отделов печени. Являясь наиболее радикальным вмешательством, резекция пораженной описторхозом печени опасна развитием послеоперационного желчеистечения из остающейся части вследствие характерной для инвазии желчной гипертензии. Сниженные функциональные резервы органа при этом способствуют развитию печеночной недоста-

развитию печеночной недостаточности. Учитывая это, применяли разработанную профессором Б.И. Альперовичем методику атипичной резекции с предварительным наложением блоковидных швов (с учетом внутриорганный архитектоники сосудистых и протоковых структур) и окончательным отдельным лигированием трубчатых структур в плоскости резекции, после чего блоковидные швы в ряде случаев удаляются, что предупреждает ишемию культи печени. Дополнительный холе- и гемостаз достигается гепатизацией раневой поверхности печени блоковидными швами, фиксацией сальника, криовоздействием на раневую поверхность (с помощью криодеструктора или при резекции криоультразвуковым скальпелем) либо комбинацией этих методов. Всего при описторхозных кистах произведено 12 резекций печени, причем в 2 раза чаще резекции левой доли (рис. 3).

У 14,3% больных при наличии показаний произведены холецистэктомия и наружное дренирование желчных путей с последующей санацией инвазии через дренаж йодиолом по методу клиники. Применение описанной техники резекции печени позволяет сохранить максимальный объем функционирующей паренхимы; предварительное наложение блоковидных швов, использование криотехники значительно снижают паренхиматозное кровотечение в момент рассечения ткани печени, что способствует более тщательному лигированию трубчатых структур, холангиоэктазов и снижает вероятность послеоперационного желчеистечения. Трех больным с кистами и развившимся гнойным холангитом произведены дренирующие операции на протоках. Интраоперационная пункция кист заканчивалась

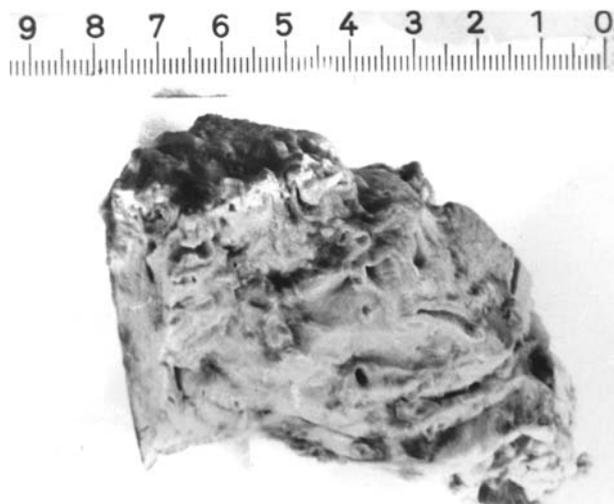


Рис. 3. Резекция левой доли печени при описторхозном поликистозе (макропрепарат)

оментогепатопексией и дренированием брюшной полости, однако высокий процент рецидивов не позволяет считать это вмешательство при описторхозных кистах радикальным, а введение склерозантов без ревизии ложа кисты опасно.

У 65,8% больных послеоперационный период протекал без осложнений, в то время как у 13,2% зарегистрировано 1 осложнение, у 10,5% — 2, у 7,9% — 3 и у 2,6% оперированных — более 3-х осложнений.

В структуре послеоперационных осложнений преобладали экссудативные плевриты — у 13,2%, остальные осложнения: формирование остаточных полостей, желчно-гнойные свищи, обострение холангита, гемобилия с развитием механической желтухи отмечены у 2,6—5,3% оперированных. В одном случае наблюдали тромбоз воротной вены, в другом — панкреонекроз с разлитым геморрагическим перитонитом, что, вероятно, не явилось прямым следствием вмешательства на печени. Умерло 2 больных (5,3%), в обоих случаях причиной смерти явилась прогрессирующая печеночная недостаточность. Послеоперационных желчных перитонитов не наблюдали.

### Заключение

Анализируя результаты обследования и оперативного лечения больных с описторхозными

кистами печени, можно сделать следующие выводы.

1. Дооперационная диагностика данной патологии возможна и должна основываться на обнаружении описторхозной инвазии и специфических ультразвуковых признаков описторхозного поражения гепатобилиарной системы и самого очагового поражения печени (кисты). Обязательно исследование желчевыводящей системы. При обнаружении описторхозных кист более 5 см показано оперативное лечение, учитывая возможность развития осложнений (21% больных).

3. Используя разработанную хирургическую тактику и технику, возможно радикально оперировать больных с описторхозными кистами печени с низким процентом осложнений и летальности (5,3%) и одновременно санировать инвазию через наружный дренаж желчных протоков.

4. Крупные описторхозные кисты печени, явившиеся показанием к хирургическому лечению, редко сочетаются с характерными для инвазии клинически выраженными стриктурами дистального отдела холедоха и БДС, что не согласуется с литературными данными [11]. Вероятно, большее значение в их образовании имеют стенозы на уровне внутривнутрипеченочных желчных протоков.

### Литература

1. Альперович Б.И. (ред.) Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997. 607 с.

2. Альперович Б.И., Родичева Н.С., Митасов В.Я. Описторхозные кисты печени // Хирургия. 1991. < 10. С. 96—99.
3. Амелин С.П. Травма печени и изолированное повреждение желчного пузыря у больных описторхозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Свердловск, 1988. 16 с.
4. Завойкин В.Д., Зеля О.П., Сокина О.А. Современное состояние проблемы описторхоза в Западной Сибири // Материалы I Междунар. конференции «Актуальные проблемы инфектологии и паразитологии». Томск, 2001. С. 99.
5. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Свердловск, 1973. 25 с.
6. Некрасов Л.П. Желчный перитонит при хирургических вмешательствах у больных описторхозом // Сов. медицина. 1970. < 4. С. 104—107.
7. Рудаков В.А. и соавт. Тактика и технология, используемые в хирургическом лечении кист печени // Анналы хир. гепатологии. 1998. Т. 3. < 3. С.
8. Толкаева М.В. Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1999. 23 с.
9. Evans H. et al. Biliary tract changes in Opisthorchiasis. // Amer. J. of Trop. Medicine and Hygiene. 1971. V. 20. P. 667—671.
10. Jeng K.S. et al. Management of symptomatic polycystic liver disease: laparoscopy adjuvant with alcohol sclerotherapy. // J. Gastroenterol. Hepatol. 1995. V. 10. < 3. P. 359—362.
11. Juttijudata P., Chiemchaisri C., Palavatana C. et al. Opisthorchiatic solitary intrahepatic cyst // Surgery, Gynec. and Obstet. 1985. V. 161. < 1. P. 49—51.

Поступила в редакцию 9.10.2001 г.