

«Фундаментальные и прикладные исследования в медицине»,  
Франция (Париж), 14-21 октября 2014 г.

Медицинские науки

**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ-ОЧАГОВЫХ  
ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

Дударев В.А.

ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно – Ясенецкого Минздрава России, кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П. Красовской, Красноярск, e-mail: dudarev-va@yandex.ru

**Актуальность:** Несмотря на успехи достигнутые в лечении объемных образований печени, в том числе и кистозных поражениях, учитывая увеличение в последнее время частоты данной патологии [1, 2], остается много сложных и нерешенных вопросов, касающихся дифференциальной диагностики и выбора тактики хирургического лечения у данной категории больных [4, 6].

Среди кистозных образований печени наиболее часто встречается эхинококкоз. Его частота варьирует от 65% до 80% от общего числа кистозных поражений печени [3]. Результаты исследований, проведенных в последние годы во всем мире, разноречивы и не определяют единой тактики в диагностике и лечении гидатидоза брюшной полости [5], что делает актуальным поиск способов совершенствования диагностики кистозно-очаговых поражений печени.

В лечении кист печени единственным радикальным методом является хирургический. Основные усилия исследователей, изучающих эту проблему, направлены на разработку и совершенствование способов удаления кист и ликвидации остаточной полости [1, 7]. Наряду с традиционными методами удаления кист, указывается на использование малоинвазивных вмешательств при лечении данной патологии.

Учитывая выше изложенное, представляется актуальным поиск способов повышения точности диагностики границ кистозно-очаговых образований печени, с использованием неинвазивных и малоинвазивных методов диагностики. А так же установления объема и степени поражения паренхимы печени в области очага поражения с уточнением патоморфологических изменений в печени. Кроме того, актуальной является необходимость углубленного изучения нарушений гемостаза, иммунного статуса и применение коррекции выявленных нарушений на этапах пердоперативного и послеоперационного периода. Необходимым является обоснование и разработка оптимальных вариантов хирургического лечения кист и стимуляции репаративной регенерации печени при различных кистозно-очаговых её поражениях, в зависимости от вида, объема и степени патоморфологических изменений в паренхиме перичоаговой зоны.

Цель: совершенствовать дифференциальную диагностику и улучшение результатов лечения детей с кистозно-очаговыми поражениями печени.

**Материалы и методы.** Клинический материал основан на обследовании и лечение 112 детей – больные с кистозными поражениями и абсцессами печени. Непаразитарные кисты – 39 детей; паразитарные кисты – 44 ребенка; 29 – абсцессы печени. В диагностике очаговых заболеваний использовались ультразвуковое исследование (УЗИ), КТ, реогепаатография, сцинтиграфия, рентгенография, биопсия, лапароскопия. В пред- и послеоперационном периодах функциональное состояние печени оценивали по уровню общего белка и белковых фракций, билирубина, аланин- (АЛТ) и аспаргатамино-трансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, осадочных проб. При подозрении на эхинококкоз проводили иммунологические реакции ИФА. Функциональная активность печени оценивалась на основании анализа кривых радиогепатограмм. Также использовали морфологические и гистохимические методы исследования биоптатов печени. С 2003 по 2007 год включительно у детей с кистозно-очаговыми поражениями печени нами был применен принципиально новый метод стимуляции регенераторных процессов печеночной ткани (Способ лечения дистрофических изменений перичоаговой области в паренхиме печени // В.А. Дударев, И.В. Киргизов, Н.С. Горбунов, и др. // Патент №2268674. Для ликвидации остаточной полости: по микроригатору установленному в полость кисты, введен «Громбин-ферокриловый клей». После обработки остаточной полости проводили контроль на наличие билиарных свищей (Рац. пред. № 624 от 10.06.2003 г.).

**Результаты и обсуждение.** Все больные с кистозно-очаговыми поражениями печени разделены на группы в зависимости от характера кистозно-очагового образования в печени, согласно классификации, предложенной Петровским Б.В. (1972), Шапкиным (1970).

Самую большую группу составили дети второго детского возраста (8-12 лет) – 43,8% от всех обследованных. При этом, в данной группе наиболее часто выявлялись паразитарные кисты печени (46,9%). Вторая по частоте группа представлена детьми периода первого детства (29,5% от всех детей). В данной группе наиболее часто выявлялись непаразитарные кисты печени (42,4% случаев), паразитарные кисты были диагностированы 24,2% случаев, абсцессы печени 33,3% ( $p < 0,01$ ).

В группе детей подросткового возраста более чем в половине случаев выявлялись парази-

тарные кисты (13 человек – 59%), а непаразитарные кисты печени были диагностированы в 6 случаях (27,2%). Выявление абсцесса печени в данной возрастной группе отмечено у 3 детей (13,6% случаев) ( $p < 0,01$ ).

Самая меньшая группа представлена возрастом раннего детства, причем в данной возрастной группе выявлялись в основном абсцессы печени.

В целом, из всех детей с кистозно-очаговыми поражениями печени в 43,7% случаев жалобы отсутствовали. Наиболее часто бессимптомное течение болезни отмечено при непаразитарных кистах печени (82%) ( $p < 0,01$ ). У остальных же детей с непаразитарными кистами предъявляемые жалобы не являлись специфическими. Отмечались слабость, утомляемость, снижение аппетита, нарушение сна, раздражительность. У детей с паразитарными кистами отсутствие жалоб отмечено в 38%. В остальных случаях паразитарного поражения наиболее частыми жалобами являются слабость, утомляемость, вялость – в 61,3%, плохой аппетит – 59%, раздражительность и плохой сон – 36,3%, характеризующие проявление астеновегетативного синдрома. Частой жалобой было наличие боли в правом подреберье (в 45,4% случаев), как правило неинтенсивной, не постоянного характера, усиливающейся при физической нагрузке. Жалобы на наличие кожного зуда предъявляли 22,7% детей. У детей с абсцессами печени отсутствие жалоб отмечалось всего в 3,4% случаев. В этой группе наиболее часто (86,2%) ( $p < 0,01$ ) выявлялся болевой синдром той или иной степени выраженности. Повышение температуры до 37,5°C и выше было одним из ранних симптомов абсцессов печени, который выявлялся в 72,4% случаев. Слабость, недомогание, нарушения сна и аппетита отмечались 93,1% случаев ( $p < 0,01$ ).

В группе больных с непаразитарными кистами печени лабораторные показатели периферической крови в основном оставались в норме, отмечено лишь незначительное ускорение СОЭ (до 10,5 мм/час). При паразитарных кистах печени выявлены признаки анемии, увеличение содержания эозинофилов (в 48,9% случаев), ускорение СОЭ в среднем до 22,68 мм/час (89,5% случаев) при нормальном количестве лейкоцитов. Показатели периферической крови у больных с абсцессами печени характеризовались снижением уровня гемоглобина до 98 г/л и ниже (40,3% случаев), лейкоцитозом со сдвигом формулы влево (89%) ( $p < 0,01$ ), ускорение СОЭ до 34,56 мм/час и выше (в 95,4% случаев) ( $p < 0,01$ ).

При непаразитарных кистах печени отмечено умеренное снижение протеин синтетической функции печени, проявляющееся снижением уровня альбуминов до 52,51, признаками холестатического синдрома в виде повышения уровня щелочной фосфатазы до 241.

У больных с паразитарными кистами печени кроме снижения протеинсинтетической функции печени и признаков холестатического синдрома, выявлены признаки цитолитического синдрома в виде повышения уровня трансаминаз (АлТ до 0,94, АсТ до 0,57) ( $p < 0,05$ ), признаки мезенхимального воспалительного синдрома в виде увеличения осадочных проб и уровня гамма глобулинов.

У больных с абсцессами печени отмечено наличие мезенхимально-воспалительного синдрома, выражен цитолитический синдром (увеличение уровня трансаминаз до 1,9 АлТ и 1,2 АсТ) ( $p < 0,01$ ) и явления внутриклеточного холестаза.

Нами был разработан дифференциально-диагностический алгоритм обследования больных с кистами печени, который направили на решение следующих задач:

- выявление кисты печени, определение ее размера и точной локализации;
- проведение дифференциальной диагностики с другими очагово- кистозными образованиями печени;
- определение функционального резерва печеночной ткани в до и послеоперационном периоде;
- определение показаний к хирургическому лечению;
- выбор оптимального вида, метода хирургического вмешательства и доступа при нем.

Таким образом, данная схема дифференциально-диагностических мероприятий позволяет в полном объеме установить диагноз и решить лечебно оперативную тактику при кистозно-очаговых заболеваниях печени.

Стимуляция регенераторных процессов при непаразитарных кистах применялась в сочетании со следующими методами оперативного лечения: цистозэктомия с ликвидацией остаточной полости; атипичная резекция печени (перикистозной части с кистой) с ликвидацией остаточной полости; частичное иссечение стенок кисты с ликвидацией остаточной полости. При паразитарных кистах в сочетании со стимуляцией регенерации выполнялись операции: эхинококкэктомия с частичным иссечением фиброзной капсулы и ушиванием остаточной полости изнутри, эхинококкэктомия с полным иссечением фиброзной капсулы и ушиванием остаточной полости, резекция II-III сегмента с кистой печени. При абсцессах печени выполнялись: атипичная резекция печени с удалением абсцесса, резекция II-III сегмента с абсцессом печени, в сочетании со стимуляцией регенераторных процессов печеночной ткани.

Радиогепатография выполнена у 10 больных с непаразитарными кистами с 6 месяцев до 1 года, после оперативного лечения без применения метода стимуляции регенераторных процессов. Выявлено увеличение индекса печеноч-

ного захвата в 1,04 раза относительно исходного показателя, у кист объемом менее 5 см, Tmax снизился в 1,19 раза, период полувыведения  $T_{1/2}$  в 1,7 раза, времени поступления в кишечник T киш. в 1,02 раза, у кист объемом менее 5 см. При кистах большего объема (более 5 см), ИПЗ увеличился в 1,24 раза, Tmax снизился в 1,33 раза,  $T_{1/2}$  в 1,76 раза, до  $50,65 \pm 0,75$ (мин.), T киш снизился в 1,05 раза.

У детей с паразитарными кистами печени, в послеоперационном периоде радиогепатография выполнена в 10 случаях. Так, ИПЗ возрос 1,28 раза, время накопления, период полувыведения РФП снижены в 1,2 раза, 1,7 раз и время поступления в кишечник были снижены в 1,02 раза при размерах кисты до 5 см. При объеме кист более 5 см, ИПЗ возрос 1,36 раз, Tmax снизилось в 1,32 раза,  $T_{1/2}$  снизилось в 1,72 раза, T киш в 1,02 раза.

У больных с абсцессами печени (6 человек) при динамической сцинтиграфии в послеоперационном периоде отмечено увеличение ИПЗ в 1,33 раза, снижение времени накопления, периода полувыведения и времени поступления в кишечник, в 1,25 раз, 1,92 раза и 1,07 раза соответственно.

Таким образом, после оперативного лечения и консервативной терапии без стимуляции регенераторных процессов печени, нормализации показателей реогепатографии не наступает.

У группы больных с проведением стимуляции регенераторных процессов отмечается более выраженная положительная динамика показателей динамической сцинтиграфии.

Так у больных с непаразитарными кистами (n = 15) отмечается увеличение ИПЗ до  $3,35 \pm 0,12$ (ус.ед.) и снижение показателей Tmax  $14,2 \pm 0,43$ (мин.),  $T_{1/2}$   $26,97 \pm 0,87$ (мин.), T киш  $28,99 \pm 0,79$ (мин.), при кистах диаметром

более 5 см отмечена также положительная динамика увеличение ИПЗ до  $3,08 \pm 0,1$ (ус.ед.), при снижении до Tmax  $16,08 \pm 0,45$ (мин.),  $T_{1/2}$   $28,62 \pm 0,77$ (мин.), T киш  $30,31 \pm 0,8$ (мин.).

При паразитарных кистах (n = 13) при диаметре до 5 см выявлено увеличение ИПЗ  $3,0 \pm 0,13$ (ус.ед.) и снижение Tmax  $16,2 \pm 0,33$ (мин.),  $T_{1/2}$   $28,34 \pm 0,81$ (мин.), T киш  $29,91 \pm 0,78$ (мин.), при диаметре < 5 см ИПЗ увеличен до  $2,91 \pm 0,11$ (ус.ед.), при снижении показателей до Tmax  $17,97 \pm 0,24$ (мин.),  $T_{1/2}$   $32,95 \pm 0,85$ (мин.), T киш  $31,33 \pm 0,77$ (мин.).

У больных с абсцессами печени (n = 6) при диаметре от 0 до 5 см отмечено увеличение ИПЗ  $3,12 \pm 0,09$ (ус.ед.), при снижении следующих показателей Tmax  $15,2 \pm 0,24$ (мин.),  $T_{1/2}$   $27,09 \pm 0,32$ (мин.), T киш  $29,11 \pm 0,17$ (мин.).

Таким образом, данные реогепатографии свидетельствуют, что в группе больных, которым проведена стимуляция регенераторных процессов печени отмечено более выраженное улучшение реогепатографических показателей. Вследствие усиления репаративно-регенеративных процессов в паренхиме печени и нормализации окислительно-объемных механизмов в печени.

У группы больных с проведением стимуляции регенераторных процессов отмечается более выраженная положительная динамика показателей динамической сцинтиграфии.

Так у больных с непаразитарными кистами (n = 15) отмечается увеличение ИПЗ до  $3,35 \pm 0,12$ (ус.ед.) и снижение показателей Tmax  $14,2 \pm 0,43$ (мин.),  $T_{1/2}$   $26,97 \pm 0,87$ (мин.), T киш  $28,99 \pm 0,79$ (мин.), при кистах диаметром более 5 см отмечена также положительная динамика увеличение ИПЗ до  $3,08 \pm 0,1$ (ус.ед.), при снижении до Tmax  $16,08 \pm 0,45$ (мин.),  $T_{1/2}$   $28,62 \pm 0,77$ (мин.), T киш  $30,31 \pm 0,8$ (мин.).

#### Результаты сканирования печени в послеоперационном периоде со стимуляцией регенераторных процессов в печени

Характер образования	К-во	Размеры	Показатели			
			ИПЗ	Tmax	$T_{1/2}$	T киш
Непаразитарные кисты печени	15	0,5–5 см n = 9	$3,35 \pm 0,12$	$14,2 \pm 0,43$	$26,97 \pm 0,87$	$28,99 \pm 0,79$
		<5 см n = 6	$3,28 \pm 0,1^*$	$15,18 \pm 0,45^*$	$26,16 \pm 0,77$	$29,21 \pm 0,8$
Паразитарные кисты	13	0,5–5 см n = 5	$3,0 \pm 0,13^*$	$16,2 \pm 0,33^*$	$28,34 \pm 0,81^*$	$29,91 \pm 0,78^*$
		< 5 см n = 7	$2,91 \pm 0,11$	$17,97 \pm 0,24$	$32,95 \pm 0,85^*$	$31,33 \pm 0,77^*$
Абсцессы печени	6	0,5–5 см n = 6	$3,12 \pm 0,09^*$	$15,2 \pm 0,24$	$27,09 \pm 0,32$	$29,11 \pm 0,17$
Норма	25		$3,37 \pm 0,1$	$14,5 \pm 0,5$	$26,9 \pm 0,9$	$28,9 \pm 0,9$

Примечание: звездочкой обозначены уровни значимости различий по сравнению с дооперационной группой (\* p < 0,01)

У группы больных с проведением стимуляции регенераторных процессов отмечается более выраженная положительная динамика показателей динамической сцинтиграфии.

Так у больных с непаразитарными кистами (n = 15) отмечается увеличение ИПЗ до  $3,35 \pm 0,12$ (ус.ед.) и снижение показателей Tmax  $14,2 \pm 0,43$ (мин.),  $T_{1/2}$   $26,97 \pm 0,87$ (мин.),

T киш  $28,99 \pm 0,79$ (мин.), при кистах диаметром более 5 см отмечена также положительная динамика увеличение ИПЗ до  $3,08 \pm 0,1$ (ус.ед.), при снижении до Tmax  $16,08 \pm 0,45$ (мин.),  $T_{1/2}$   $28,62 \pm 0,77$ (мин.), T киш  $30,31 \pm 0,8$ (мин.).

При паразитарных кистах (n = 13) при диаметре до 5 см выявлено увеличение ИПЗ  $3,0 \pm 0,13$ (ус.ед.) и снижение

Tmax 16,2 ± 0,33(мин.), T1/2 28,34 ± 0,81(мин.), T киш 29,91 ± 0,78(мин.), при диаметре < 5см ИПЗ увеличен до 2,91 ± 0,11(ус.ед.), при снижении показателей до Tmax 17,97 ± 0,24(мин.), T1/2 32,95 ± 0,85(мин.), T киш 31,33 ± 0,77(мин.)

У больных с абсцессами печени (n = 6) при диаметре от 0 до 5 см отмечено увеличение ИПЗ 3,12 ± 0,09(ус.ед.), при снижении следующих показателей Tmax 15,2 ± 0,24(мин.), T1/2 27,09 ± 0,32(мин.), T киш 29,11 ± 0,17(мин.).

Таким образом, данные реогепаатографии свидетельствуют, что в группе больных, которым проведена стимуляция регенераторных процессов печени отмечено более выраженное улучшение реогепаатографических показателей. Вследствие усиления репаративно-регенеративных процессов в паренхиме печени и нормализации окислительно-объемных механизмов в печени.

**Выводы:** Разработанный и примененный оперативный метод лечения дистрофических изменений переоочаговой зоны печени, заключающийся в стимуляции регенераторных процессов путем снижения внутритканевого давления печеночной ткани на 25-30% от исходного, является эффективным способом увеличением объема гепатоцитов, снижением гемолимфостаза в периочаговой зоне.

#### Список литературы

1. Агаев Б.А. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.М. Мамедов // *Анналы хирургии.* – 2005. – №1 – С. 54-59.
2. Багаутдинов Г.М. Лечение тяжелых форм осложненного эхинококкоза печени: Автореф. дис ... д-ра мед. наук. / Г.М. Багаутдинов. – М., 2002.
3. Гаджибакаров Г.М. Выбор способа антипаразитарной обработки при эхинококкэктомии печени: Автореферат дис... канд. мед. наук. / Г.М. Гаджибакаров. – М., 2004.
4. Джабраилов Д.А. Эхинококкоз печени, осложнённый цистодилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / Д.А. Джабраилов // *Анналы хир.* – 2008. – №4. – С.5-9.
5. Нестеренко Ю.А. Неинвазивные методы лечения абсцессов печени / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлулов, Е.В. Моисеев // *Материалы III конф. хирургов-гепатологов «Новые технологии в хирургической гепатологии».* – СПб., 1995. – С. 257-258.
6. Petry A. Comparison of different methods for the treatment of nonparasitic liver cysts / A. Petry, E. Makula, S. Karacsonyi // *HPB Surg.* – 1996. – Vol. 9., Suppl. 2. – P.25.
7. Quebbeman E.J. Current techniques in general surgery / E.J. Quebbeman, J.R. Wallace// In: R.E. Condon (ed). – New York, Mosby, 1997. – P.1–75.

### ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ И ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Михайлин Е.С.

СПбГБУЗ «Родильный дом № 10»,  
Санкт-Петербург, e-mail: mihailin@mail.ru

**Введение.** Исследованию различных сторон беременности в юном возрасте посвящено большое количество работ, как в нашей стране, так и за рубежом, однако проблема улучшения качества медицинской помощи рожаящим подросткам с

годами не становится менее актуальной. Многочисленные исследования говорят о том, что у юных женщин гораздо чаще встречаются такие осложнения беременности, как гестоз, анемия, невынашивание, гестационный пиелонефрит, а в родах – преждевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовых сил и внутриутробная гипоксия плода. Однако целый ряд других авторов указывает на более благоприятное, чем у женщин более старших возрастных групп, течение беременности и родов у несовершеннолетних. На базе СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» работает городской Центр по ведению беременности и родов у несовершеннолетних «Маленькая мама», в котором рождает каждая четвертая – пятая несовершеннолетняя беременная женщина Санкт-Петербурга. Существующие в научной литературе различные мнения касательно особенностей течения и частоты осложнений беременности и родов у несовершеннолетних, а также накопленный обширный фактический материал Центра по ведению беременности и родов у несовершеннолетних в масштабах такого мегаполиса, как Санкт-Петербург, и послужил основанием для нашего исследования.

**Целью настоящего исследования** было дать сравнительную характеристику особенностей течения беременности и родов у несовершеннолетних и здоровых беременных женщин среднего репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Ретроспективный анализ клинических характеристик несовершеннолетних пациенток, родоразрешенных в СПбГБУЗ «Родильный дом № 10» за 10 лет (с 2004 по 2013 гг.) и пациенток среднего репродуктивного возраста (группа сравнения) проводился на основе анализа историй родов (форма № 096/у) (483 истории родов несовершеннолетних пациенток и 55 историй родов пациенток среднего репродуктивного возраста (группа сравнения), а также журналов учета приема родов (форма № 010/у) (209 журналов учета приема родов).

**Результаты.** Средний срок беременности на момент постановки на учет в женскую консультацию составил 16,6 ± 7,2 недель для беременных несовершеннолетних, что достоверно позже (p < 0,01), чем срок постановки на учет для беременных среднего возраста (14,0 ± 6,8 недель). Патологическая прибавка массы тела была выявлена у 96 (30,4%) несовершеннолетних пациенток, прибавка массы 20 килограмм и больше была отмечена у 28 (5,8%) из них. У пациенток второй группы патологическая прибавка массы тела была выявлена у 8 (14,5%) пациенток (достоверно реже (p < 0,05), чем в первой группе), прибавки массы 20 килограмм в группе беременных среднего возраста отмечено не было. Среднее значение гемоглобина в группе здоровых беременных среднего возраста было