бора «Мини-Ассистент»), дезэпителизацию 33% раствором перекиси водорода (пергидроль) и фенестрацию кисты, дренирование остаточной полости с низковакуумной аспирацией. Показанием к оперативному лечению считаем простые кисты средних (5–10 см.) и больших размеров (более 10 см.). В клинике в 2003–2009 гг. пролечено 52 пациента с простыми кистами печени. Минидоступ 5–7 см использован у 35 пациентов. В зависимости от локализации кист мы использовали минилапаротомию или миниторакотомию. После вскрытия кисты, удаления содержимого и ревизии полости производили обработку эпителиальной выстилки отжатой марлевой салфеткой, смоченной пергидролем. Продолжительность обработки составила 7–10 минут. Критерий эффективности – ярко белый цвет всей внутренней поверхности кисты. При микроскопии обработанной пергидролем стенки кисты во всех

случаях выявлена полная дезэпителизация. После проведения фенестрации кисты в остаточную полость устанавливали силиконовые дренажи с низковакуумной аспирацией. В послеоперационном периоде отмечалось быстрое уменьшение в размерах остаточной полости до полной её ликвидации к 7–10 суткам. Интраоперационных осложнений не наблюдали. Внутренний желчный свищ был устранён на операции у 2 больных. В послеоперационном периоде осложнения развились у 2 пациентов – в одном случае желчеистечение из остаточной полости, потребовавшее реминилапаротомии, ушивания желчного свища, во втором случае – нагноение послеоперационной раны. Рецидива кист печени не наблюдали ни в одном случае.

Вывод. Разработанная методика применима для лечения солитарных кист во всех сегментах печени, является эффективной и безопасной.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ОБЪЕМНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ**

Прудков М.И., Алферов С.Ю., Евреш М.А., Орлов О.Г.

*ГУЗ Свердловская областная больница №1, Екатеринбург
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия
Росздрава»*

Многочисленные дискуссии по различным вопросам диагностики и тактике хирургического лечения очаговых заболеваний печени свидетель-

ствуют о значительной актуальности данной проблемы

В работе представлен трехлетний (2007–2009 г.г.) результат оперативного лечения в Областной клинической больнице №1 г. Екатеринбурга 153 пациентов с объемными образованиями печени, 98 женщин и 55 мужчин в возрасте от 17 до 81 года (средний возраст 48,4±14,2 лет).

Распределение пациентов в зависимости от нозологической формы заболевания представлены в таблице.

Таб. 12. Нозология заболевания

Показатели	n (%)	Пол		Осложнения	Летальность
		женщины	мужчины		
Кисты печени	42 (57,5)	34	8	2	
Гемангиомы	24 (15,7)	19	5	3	
Эхинококкоз	25 (16,3)	10	15	6	
Первичный рак печени	17 (11,1)	9	8	6	1
Метастатический рак печени	19 (12,4)	6	13	7	2
Альвеококкоз	8 (5,2)	3	5	1	
Рак ОПП	8 (5,2)	5	3	1	
Доброкачественные заболевания печени	10 (10,4)	7	3	2	
Всего	153 (100)	93	61	28	3

Сопутствующие заболевания имели 109 (71,2%) из 153 больных. Все пациенты перед оперативным лечением были комплексно обследованы.

В послеоперационном периоде осложнения диагностировали у 28 (18%) из 153 пациентов. Наблюдали 3 летальных исхода, что составило 1,9%.

Следует отметить, что большинство очаговых и диффузных заболеваний печени в настоящее время поддаются комплексному лечению. Основным является раннее выявление заболеваний печени, а также направление пациентов для обследо-

вания и лечения в специализированные стационары, имеющие опыт лечения подобных больных. Важным является объединение усилий врачей различных специальностей, а также проведение обследования пациентов по единым протоколам.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Скипенко О.Г., Чардаров Н.К., Багмет Н.Н., Полищук Л.О.

РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН

Совершенствование знаний в области анатомии и физиологии печени, хирургической техники и анестезиологического обеспечения привело к снижению частоты таких опасных специфических осложнений резекций печени, как кровотечения и печеночная недостаточность. Встречаемость билиарных осложнений сохраняется на уровне 3–25%. Они способствуют развитию септических осложнений и печеночной недостаточности, увеличивая риск летального исхода.

Цель – выявить факторы риска возникновения билиарных осложнений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный моноцентровый анализ 303 резекций печени, выполненных в отделении хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН с января 2000 г. по февраль 2010 г.

Результаты. Осложненное течение послеоперационного периода наблюдали у 40,6% пациентов. Общая летальность составила 1%. В структуре осложнений лидирующее место заняли билиарные осложнения – 24%. Летальность и частота печеночной недостаточности при возникновении билиарных осложнений (группа 1) и при их отсутствии (группа 2) не отличались: 0% vs 1,3% ($p=0,32$) и 5,5% vs 2,6% ($p=0,2$). Длительность послеоперационного койко-дня была больше в первой группе: 22 (6 – 133) vs 11,5 (1 – 55), $p<0,01$. Многофакторный анализ выявил следующие независимые факторы риска возникновения желчных осложнений: альвеококк, правосторонняя гемигепатэктомия, увеличение длительности операции, более высокий уровень щелочной фосфатазы до операции, внепеченочное пересечение долевых протоков.

Заключение. Билиарные осложнения значительно увеличивают послеоперационный койко-день и сроки восстановления пациентов, затраты на лечение. Разработка методов профилактики данного вида осложнений позволит снизить их частоту, особенно в группах риска.