

Киров М.А.
**ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
 ОСЛОЖНЕННЫХ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ
 ПЕЧЕНИ**

*Кировская государственная медицинская академия,
 кафедра госпитальной хирургии.*

Зав. кафедрой: профессор В.А. Бахтин

Научный руководитель: профессор В.А. Бахтин

Цель исследования: улучшение результатов лечения осложненных непаразитарных кист печени.

Материалы и методы. В клинике госпитальной хирургии КГМА на базе областной больницы в период с 1998 по 2008, находилась на лечении 120 больных с непаразитарными кистами печени. У 20 больных (16,5%) наблюдалось осложненное течение: нагноение содержимого кист у 11, кровотечение в полость кисты – у 2х больных, механическая желтуха – у 2х (сдавление желчных протоков) и у 5-ти больных развилась портальная гипертензия (центральная локализация кисты в воротах печени). Размеры кист варьировали от 6 см. до 20 см. в диаметре, объем от 100мл до 3 литров.

Осложненное течение кист значительно отягощает состояния больных. Наиболее значимыми симптомами нагноения кист были увеличение размеров печени, повышение температуры тела, боль в правом подреберье. При кровотечении в полость кисты наблюдалось усиление болевого синдрома.

Для уточнения диагноза использовались неинвазивные методы исследования, такие как: ультразвуковое исследование и компьютерная томография печени. При осложненном течении кист наиболее существенно при УЗИ – исследовании было появление внутрипросветных «ЭХО» сигналов при нагноении и кровотечении, утолщение стенки кисты до 5-6 мм. Компьютерная томография в динамике позволяла выявить неровные внутренние стенки с неомогенным содержимым, увеличение денситометрических показателей (более 20 ЕД по шкале Хаунсфилда). При спленопортографии у двух больных выявлены компрессия и смещение воротной вены.

Все больные с осложненными кистами оперированы. Выполнены следующие оперативные вмешательства: гемигепатэктомия у 5 больных, расширенных резекция правой или левой половины печени у 4х, левосторонняя кавальная лобэктомия у 2 больных, резекция вылуцивание-6, фенестрация и дренирование остаточной полости у 3х и частич-

ное иссечение стенок кисты у одного. Стенки кисты и культи печени обрабатывались в последующем аргоноплазменной коагуляцией.

У 3х больных перед оперативным вмешательством проводилась пункция и дренирование кисты под УЗИ контролем. Эвакуировано до трех литров гноя. У одного больного пожилого возраста выполнена фенестрация кисты и дренирование остаточной полости. После удаления гнойного содержимого полость кисты, как правило, обрабатывалась 96% спиртом.

Ранний послеоперационный период у 1 больного осложнился подпеченочным абсцессом, который дренирован под контролем УЗИ. У 1 пневмонией и у 1 правосторонним плевритом, который купирован консервативно. Летальных исходов не было.

Выводы: Таким образом, результаты наших исследований свидетельствуют, что осложненное течение непаразитарных кист печени не является редкой патологией и служит абсолютным показанием к оперативному вмешательству. Активная хирургическая тактика при данной патологии способствует снижению гнойно-септических осложнений и позволяет улучшить результаты лечения.