

Міністерство охорони здоров'я України  
Національна академія медичних наук України  
Асоціація хірургів України  
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова" НАМН України



# XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження  
академіка О. О. Шалімова

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

# 2018

26 -28 вересня  
м. Київ

## Лечение непаразитарных кист печени

В. Г. Ярешко, К. Н. Отарашвили, С. Г. Живица

ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования» МЗ Украины

Благодаря высокоинформативным неинвазивным методам диагностики (УЗИ, КТ), значительно возросла частота выявления непаразитарных кист печени. Более точная оценка характера кист, их размера, локализации, количества, отношения к сосудам и протокам печени, открыла новые возможности дифференцированного выбора метода хирургического вмешательства, что позволило радикально изменить подходы к их лечению.

Проведен анализ лечения 146 больных с непаразитарными кистами печени, которым в Запорожском центре хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы с 2000 по 2017гг. использовались лапаротомные, лапароскопические и чрезкожно – пункционные методы операций. Преобладали лица женского пола 60 (74,0%). Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет (средний 56,2 года).

Размеры кист составили от 3,5 до 25 см. В 8 случаях кисты печени сочетались с кистозными поражениями почек, а у 1 больного диагностирована киста хвоста поджелудочной железы. Чаще всего кисты локализовались в левой доле – 65, в правой – 46, в обеих долях – 36 больных. В зависимости от использованных хирургических технологий лечения больные были распределены на 3 группы. В 1 – ю группу вошел 21 пациент, которым были выполнены лапаротомные операции: цистэктомия – 8, фенестрация кисты с обработкой оставшейся эпителиальной выстилки 96% этанолом – 10, левосторонняя гемигепатэктомия – 3. Вторую группу составили 70 больных в лечении которых применена лапароскопическая домэктомия или фенестрация кисты. В третью группу вошли 55 пациентов, которым выполнялись пункционно – дренажные методы под УЗ – контролем с последующей склерозирующей терапией. В этой же группе 18 больным использовались как интервенционная сонография, так и лапароскопические вмешательства. При подкапсульных и поверхностных интрапаренхиматозных кистах предпочтение отдавали лапароскопической фенестрации кисты с широким иссечением стенок и термической коагуляции. При глубоких интрапаренхиматозных кистах использовали пункции и дренирование под контролем УЗИ с последующей склеротерапией. У больных с множественными глубокими интрапаренхиматозными и подкапсульными кистами печени выполнялись комбинация методик лапароскопической фенестрации или домэктомии кисты с пункционно – аспирационным методом под УЗ – контролем и последующей склеротерапией.

В послеоперационном периоде у двух пациентов после лапароскопической цистэктомии отмечалось желчеистечение, которое в одном случае закрылось консервативно, а в другом – потребовало проведение ЭПСТ.

В отдалённом периоде рецидив кисты отмечен у 9 (6,0%) больных после интервенционной сонографии. Это потребовало повторных пункций шести больным, лапароскопической фенестрации одному больному, двум больным при лапаротомии произведена радикальная цистэктомия.

**Выводы.** Выбор между малоинвазивными методиками (интервенционными сонографическими и лапароскопическими) должен основываться на положительных и отрицательных сторонах каждого из них и зависеть от локализации и размера кистозных образований печени. В отдельных случаях возможно сочетание данных методик.