

## СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ КИСТ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хрячков В.В., Кислицин Д.П.,

Добровольский А.А.

*Ханты-Мансийский государственный медицинский институт*

Окружной специализированный центр хирургии печени и поджелудочной железы ХМАО-Югры  
*Ханты-Мансийск, Россия*

Одной из главных задач исследования являлось улучшение результатов лечения кистозных образований гепато-панкреато-дуоденальной зоны путем применения современных миниинвазивных методик.

### Материал и методы.

За пять лет на базе центра хирургии печени и поджелудочной железы ОКБ пролечено 94 пациента с кистами печени и поджелудочной железы, выполнено 88 оперативных вмешательств. В группу исследования вошли 45 пациентов (9 больных с кистами печени, 36 пациентов с кистами поджелудочной железы), которым выполнены пункционные и резекционные лечебно-диагностические вмешательства под контролем ультразвука и видеолапароскопии. В диагностике кист использовались современные методы: УЗИ, ФГДС, РХПГ, КТ, МР-холангиопанкреатография. Все кисты печени имели непаразитарный характер. У больных с кистами поджелудочной железы имелись постнекротические псевдокисты разной степени зрелости.

### Результаты.

При кистах поджелудочной железы миниинвазивные методы применяли в стадии формирования псевдокист. Пункционное чрезкожное проточно-промывное дренирование под УЗ-контролем выполнено 16 больным. Использовали пункционно-дренажные системы Ившина. Видеолапароскопия при кистах поджелудочной железы применена у 20 пациентов, в т.ч. в 16 случаях - с установкой дренажей в полость кисты с целью проточно-аспирационного наружного дренирования. Интраоперационная цистография выполнена у 8 пациентов, в двух случаях выявлено сообщение полости кисты с главным панкреатическим протоком, что явилось показанием для выполнения внутреннего дренирования кисты. Цитологическое и биохимическое исследование содержимого кист проведено в 30 случаях, гистологическое исследование стенки - у 7 пациентов, что позволило правильно верифицировать диагноз и выбрать оптимальную тактику лечения. Из осложнений имел место полный наружный панкреатический свищ у пациента с ретенционной кистой поджелудочной железы - выполнена повторная операция с формированием цистопанкреатикоюноастомоза. Рецидив кисты в двух случаях возник в сроки от двух недель до 6 месяцев, что потребовало внутреннего дренирования кисты у одного пациента. Средний койко-день составил 8,2. Летальных исходов не было.

При кистах печени всем больным выполняли лечебно-диагностическую лапароскопию, в 5 случаях с использованием интраоперационного УЗИ (BK-Medikal), с целью исключения паразитарного характера кист и кистозных опухолей. Всем пациентам проводилось экспресс - цитологическое исследование содержимого кист, у 7 больных-гистологическое исследование стенки кисты. Видеолапароскопия при кистах печени явилась окончательным методом лечения у 8 (88,8 %) пациентов, при этом выполнены резекции кист с аргон-плазменной обработкой остаточной полости у 5 пациентов, пункция и склерозирование полости кисты в двух случаях, фенестрация множественных кист печени - у двух больных. У одной пациентки после склерозирования полости кисты возник рецидив через 2 месяца - выполнена атипичная резекция печени. Осложнений у данной группы больных не было, средний койко-день составил 3,2.

### Заключение.

Применение пункционно-дренажных методик при несформированных псевдокистах поджелудочной железы под контролем ультразвука и видеолапароскопии, возможность выполнения пункционных и резекционных методик в лечении кист печени значительно снижает травматичность вмешательств. Незначительное количество осложнений и рецидивов, сокращение времени пребывания пациента в стационаре позволяют считать миниинвазивную хирургию наиболее приемлемым методом лечения кист.