

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано для лечения больных с непаразитарными кистами печени.

Наиболее близким по технической сущности и принятым за прототип является способ хирургического лечения непаразитарных кист печени, включающий вскрытие и наружное дренирование полости кисты дренажом [1]. Этот способ выполняют в том случае, если не удастся выполнить удаление кисты из-за ее больших размеров или анатомической локализации.

Недостатком прототипа является большое число послеоперационных осложнений из-за длительного подтекания содержимого кисты и частого формирования наружного свища.

Задачей изобретения является создание такого способа хирургического лечения непаразитарных кист печени, который за счет изменения приемов дренирования обеспечивал бы снижение числа послеоперационных осложнений.

Поставленная задача решается тем, что в способе хирургического лечения непаразитарных кист печени, включающий введение дренажной трубки в полость кисты, согласно изобретению, дистальный конец дренажной трубки проводят транспеченочно через внутripеченочный проток и выводят наружу через стенку общего желчного протока или культю пузырного протока и после формирования внутреннего свища полости кисты и внутripеченочного желчного протока дренаж удаляют. При этом в стенках дренажной трубки на участке проходящем через полость кисты и желчный проток выполняют отверстие.

Проведение дистального конца дренажной трубки через полость кисты и желчный проток обеспечивает внутреннее дренирование полости кисты и препятствует образованию наружных свищей. Кроме этого дренажная трубка служит каркасом для формирования внутреннего свища полости кисты и желчным протоком обеспечивающего дальнейшее дренирование содержимого кисты в желчный проток, что и способствует снижению числа послеоперационных осложнений.

Способ иллюстрирован рисунком, где схематически представлен окончательный вид операции.

Способ осуществляют следующим образом. Выполняют лапаротомию. Определяют локализацию кисты 1 и ее размеры. При необходимости выполняют интраоперационно УЗИ для уточнения взаиморасположения кисты и желчных протоков 2, 3. При имеющейся патологии желчного пузыря 4 выполняют холецистэктомию. Через холедохотомное отверстие 5 или культю пузырного протока 6 проводят транспеченочный проводник. Вскрывают полость кисты 1, удаляют ее содержимое. На дне полости кисты 1 определяют проекцию транспеченочного проводника и в этом месте производят надрез до проникновения проводника в полость кисты 1. Осуществляют тщательный гемостаз. При помощи транспеченочного проводника проводят дистальный конец дренажа 7 через полость кисты 1, внутripеченочный желчный проток 2 или 3, общий желчный проток 8 и выводят наружу через культю пузырного протока 6 или холедохотомное отверстие 5.

Таким образом формируют внутренний свищ на наружном дренаже 7 между полостью кисты 1 печени и внутripеченочным желчным протоком 2 или 3. Дренаж 7 оставляют на 4 - 6 мес. и после контрольной фистулографии извлекают.

Пример. Больной К., 1944 г.р. История болезни № 6315/94 21.01.94 г. поступил в клинику с диагнозом киста правой доли печени. Выполнено УЗИ. Выявлена киста на границе правой и левой долей диаметром 8 см. РИХГ-холедох диаметром до 1 см. Правый печеночный проток деформирован за счет сдавления извне кистой. 29.01.94 г. - операция: лапаротомия. Выявлена киста печени, занимающая 3,5,6 сегменты печени. Учитывая локализацию кисты удалить ее технически сложно. Холедох 1 см. Выполнена холецистэктомия - через культю пузырного протока введен транспеченочный проводник в правый печеночный проток. Киста вскрыта. Содержимое - серозная жидкость. На дне кисты определено место проекции транспеченочного дренажа. При помощи коагуляции дно кисты вскрыто и проводник введен в полость кисты. Гемостаз. По проводнику проведен транспеченочный дренаж через полость кисты, правый печеночный проток, холедох и выведен через культю пузырного протока. Второй конец дренажа выведен через полость кисты, стенка кисты ушита кисетным швом на дренаже. Проходимость дренажа проверена введением 100.0 жидкости. Дренаж проходим, подтекания не выявлено. Гемостаз. Дренажи брюшной полости. Шов раны. Послеоперационный период без осложнений. Больной выписан домой на 12-е сутки с дренажом. При контрольной фистулографии полость кисты 4x2 см, контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. Через 4 месяца дренаж извлечен. Полость кисты в печени не определяется.

Предложенным способом оперировано 6 больных. Ни у одного не было рецидивов кисты. В то время как из 6 больных прооперированных по способу прототипу, у 2 больных сформировался наружный желчный свищ, потребовавший повторной операции.

Таким образом, сравнение с прототипом показывает, что применение предполагаемого способа у больных с непаразитарными кистами печени позволит снизить количество рецидивов кист и уменьшить число послеоперационных осложнений.

