

КИСТЫ И АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

□ Истинные кисты бывают чаще

- Одиночными (76%)
- Множественные /2-3 кисты/ (26%)

□ При большом количестве кист /их м.б. десятки/
говорят о поликистозе печени, который

- Также является врожденным
- Нередко сочетается с кистами в почках

□ Частота непаразитарных кист /данные аутопсии/-
до 2,0%

Однако в последние годы, благодаря УЗИ, выявляются
ЧАЩЕ.

КИСТЫ ПЕЧЕНИ

I. Идиопатические (непаразитарные) кисты печени

□ В большинстве случаев бывают врожденными

- идиопатические
- ретенционные
- истинные



□ Связанные с нарушением внутриутробной дифференцировки зачатков желчных ходов

□ **Основная их особенность** - стенку изнутри выстилает эпителий

II. К ложным кистам относят

- Остаточные полости после травм печени

□ Истинные кисты / ИК /

- Располагаются
 - как в правой доле (60%),
 - так и в левой (40%);
 - могут захватывать 2-3 сегмента;
- Размер колеблется
 - от долей см,
 - до 15-20 и > см.



□ По течению различают кисты: -неосложненные; -осложненные

□ Могут осложниться:

- кровоизлиянием в них,
- нагноением,
- разрывом,
- прорывом в желчные пути;
- возможно их озлокачествление.

□ Клиника

- при отсутствии осложнений
 - небольшие кисты и поликистоз

Протекают бессимптомно и диагностируются случайно (при УЗИ)

- При увеличении размера кисты /достижение больших размеров кисты/:

появляются:

- гепатомегалия
- пальпируемое округлое образование с
 - гладкой поверхностью,
 - плотно-эластической консистенции.

□ Диагностика:

- УЗИ: информативность
 - КТ
- } - ИНФОРМАТИВНОСТЬ
ДОСТИГАЕТ **98.5%**:



При поликистозе приближается (как и КТ) к 100%.

□ Гепатосканирование не позволяет определить:

- ❖ Посегментную локализацию кист;
- ❖ Их количество;
- ❖ Их распространенность;
- ❖ Их взаимоотношение с венозными стволами.

□ ЛЕЧЕНИЕ:

✓ При небольших кистах (диаметром до 3 см);

- Хирургическое лечение не показано;
- Проводится динамическое наблюдение;
- При заметном росте – АКТИВНАЯ ТАКТИКА;

✓ При кистах (диаметром до 3-6 см) – **ПУНКЦИОННОЕ ЗАКРЫТОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

(УЗИ) с введением в полость кисты склерозирующих препаратов

(напр.: 90%-ный спирт в количестве, $\frac{1}{2}$ объема удаленной при пункции жидкости);



- ✓ При кистах (диаметром до 7-10 см) – **ЧРЕЗКОЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ** кист с введением в полость на протяжении 8-10 дней склерозирующих препаратов

Успех лечения составляет = 90,0% (у 90% больных).

- ✓ При **РЕЦЕДИВНЫХ БОЛЬШИХ И ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТАХ**:(оперативное лечение):
 - резекция доли;
 - атипичная краевая или секреторная резекция;
 - гемигепатэктомия.
- ✓ При нагноении кисты наружное дренирование.

У больных с поликистозом – при небольших кистах оперативное лечение не проводят; иногда лишь выполняют фенестрацию поверхностно расположенных кист с дезэпителизацией их полости (термокоагуляторы).

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ.

Абсцесс печени – ограниченное скопление гноя при проникновении в паренхиму печени:

- микробной флоры или
- паразитов.

Т.о. абсцессы подразделяются на:

- микробные или бактериальные и
- паразитарные.

<<Кроме того, абсцесс может возникать и вследствие **нагноения гидатидной эхинококковой кисты**>>.

Бактериальные абсцессы печени.

Причины возникновения попадания микрофлоры в ткань печени.

Пути проникновения микрофлоры:

- билиарный (при холангите по ходу желчных протоков);
- гематогенный:
- ✓ по системе v.porta.

При воспалительных заболеваниях органов брюшной полости:

- деструктивный острый аппендицит,
- НЯК,
- деструктивный холецистит и др.;

✓ по a.hepatica:

- При
- бактериальном сепсисе,
 - остеомиелите,
 - язвенном эндокардите и др.

✓ контактно – (при переходе с прилегающих с печени органов)

- эмпиема желчного пузыря (прорыв в ткань печени)

- пенетрация язвы желудка.
- попадение извне –открытые повреждения печени.

Возбудители чаще всего:

- стафилококк,
- стрептококк,
- кишечная палочка,
- неклостридиальная анаэробная инфекция и др.

□ Клиника бактериальных абсцессов печени:

- ◆ Бактериальные абсцессы печени патогномоничных симптомов не имеют,

подозрения об их возникновении появляются:

- при утяжелении клинической картины заболевания;
- при имеющемся уже очаге инфекции (гнойной);

- появлении билирубинемии;
- иногда:
 - болезненности в области печени **или**
 - иррадиирующих болях в правое плечо и надплечье;
- Обычно отмечается:
 - ✓ проливных потах,
 - ✓ септической лихорадке /с колебаниями в $2,5^{\circ}$ - $3,5^{\circ}$ С и $>$ /,
 - ✓ высоком лейкоцитозе.



Диагностика:

1. Анамнез :

- ✓ остеомиелит,
- ✓ Фурункулез,
- ✓ Острый аппендицит,
- ✓ НЯК,
- ✓ Деструктивный аппендицит,
- ✓ Холангит,
- ✓ ЯБЖ и ДПК (пенетрация),
- ✓ Язвенный эндокардит и др.

2. Инструментальные методы:

- УЗИ
- КТ
- МРТ

■ Рентгенография:

- при газообразующей инфекции на обзорной Rg-me: горизонтальный уровень жидкости на фоне тени печени.

■ Пункция – ангио(циликако-сплено-порто)графия.

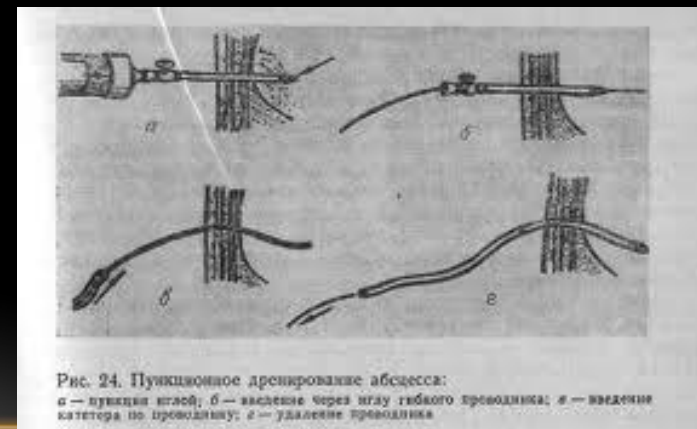
К осложнениям бактериальных абсцессов печени относится:

- ✓ развитие общей гнойной инфекции;
- ✓ прорыв гнойника в свободную брюшную или плевральную полости.
- ✓ гемобилия при прорыве гнойника в желчные пути.

□ Лечение:

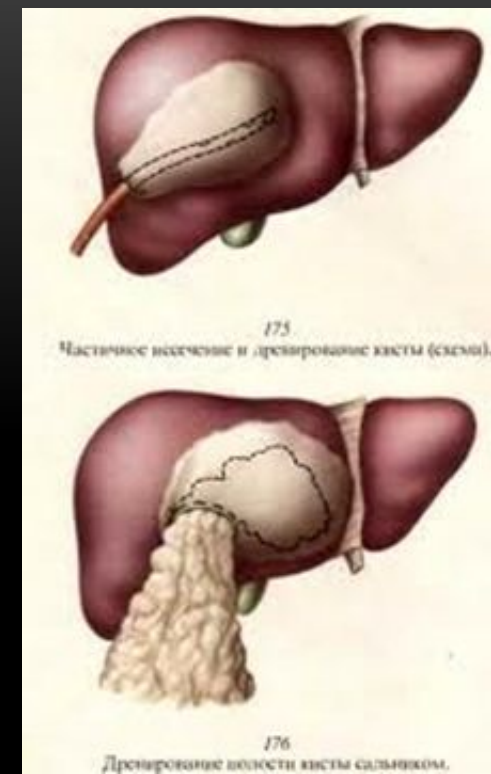
1) Одиночных небольших абсцессов –

- повторным и пункциями; или
- введение дренажа (двухпросветного) в полость абсцесса для постоянной санации очага.



2) Больших абсцессов -

- вскрытие и дренирование (наружное) с тщательным отграничением зоны вмешательства мазовыми тампонами.
- антибиотикотерапия – направленного действия, в т.ч. с введением антибиотиков:
 - чрезаортально,
 - через пупочную вену,
 - эндолимфатически.



3) санация желчных путей с их наружным дренированием (при билиарных абсцессах).



Рисунок 4. Больная К., 12 лет. Пункционный метод лечения бактериального абсцесса печени

Летальность – при мелких множественных септических – до 90 %.



Гигантская киста печени



Рис. 26. Препарат удаленной части печени со вскрытыми внешочковыми кистами. Видны дочерние сколексы

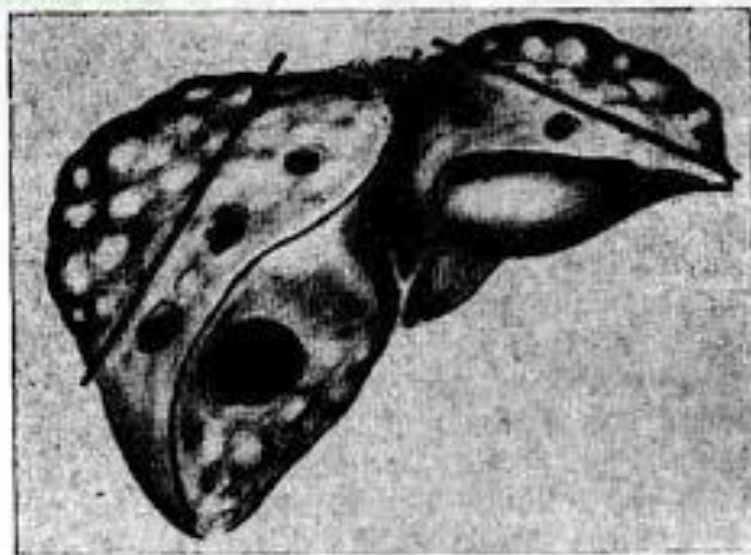
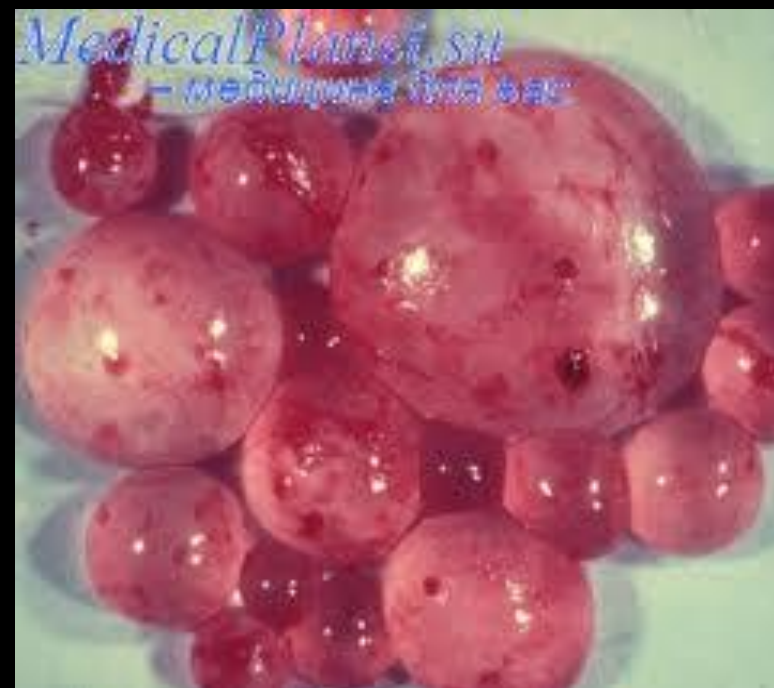


Рис. 28. Операция при поликистозе печени по методике клинки (объяснение в тексте)

Эхинококковая киста печени (1а) до и после дренирования под УЗИ

