

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

Д.М. Красильников, А.П. Толстиков

ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет,
кафедра хирургических болезней № 1

Красильников Дмитрий Михайлович,
зав. кафедрой хирургических болезней № 1 Казанского государ-
ственного медицинского университета, д-р мед. наук, профессор,
420012, Россия, Республика Татарстан, г. Казань,
ул. Бутлерова, д. 49,
тел. 8 (843) 236-06-52,
e-mail: Dmkras131@gmail.com

Обзор литературы посвящен хирургическому лечению непаразитарных кист печени. В настоящее время значительно возросла частота выявления данной патологии, открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода лечения. Проведен анализ работ по использованию открытых операций, представлены результаты видеолaparоскопических и минимальноинвазивных методик.

Ключевые слова: киста, печень, минимальноинвазивная хирургия.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-PARASITIC HEPATIC CYSTS

D.M. Krasilnikov, A.P. Tolstikov

Kazan State Medical University, Department of Surgical Diseases №1

The review of the literature was devoted to the surgical treatment of the non-parasitic hepatic cysts. At present, significantly increased incidence of this disease, have opened new opportunities for differential diagnosis and choice of treatment. An analysis of research on the use of open operations, and the results of laparoscopic and minimally-invasive techniques.

The key words: cyst, liver, minimally-invasive surgery.

В последние годы отмечается значительный рост числа больных с заболеваниями органов гепатобилиарной зоны, в частности ее кистозных поражений, частота обнаружения которых, по современным данным, достигает 5% от общего числа населения. Непаразитарные кисты печени (НКП) составляют 11,8% от всех пациентов с очаговыми заболеваниями печени, и сохраняется тенденция к увеличению частоты этого вида патологии. Рост заболеваемости носит относительный характер и связан, в первую очередь, с использованием современных методов диагностики: ультрасонографии, компьютерной томографии. Между тем, истинное увеличение числа больных с НКП, обращающихся за помощью, ставит эту патологию в ряд актуальных проблем современной хирургии [4,38,48].

Несмотря на использование современных технологий в диагностике и лечении больных с НКП, осложнения наблюдаются у 5% больных. Большие кисты центрального расположения и массивное кистозное поражение могут приводить к сдавлению

сосудисто-секреторных элементов печени с развитием симптомов механической желтухи и портальной гипертензии [47]. НКП могут осложняться кровоизлиянием как в полость кисты, так и в брюшную полость при их разрыве, нагноением, а также формированием цистобилиарных свищей [39]. В литературе описаны наблюдения, в которых киста сдавливала желудок и двенадцатиперстную кишку с нарушением пассажа пищи и нижнюю полую вену с ее локальным тромбозом [4,42].

Хирургические вмешательства при НКП варьируют в пределах от простой пункции до резекции печени, их можно разделить на 3 основные группы.

1. Радикальные:

- типичная и атипичная резекция печени;
- гемигепатэктомия;
- трансплантация печени.

2. Условно-радикальные:

- тотальное иссечение или вылушивание кисты с ее оболочками.

3. Паллиативные:

- фенестрация кисты;
- частичное иссечение стенок кисты с ушиванием или дренированием остаточной полости;
- вскрытие и опорожнение кисты с дренированием остаточной полости;
- марсупиализация кисты;
- цистоэнтеростомия, цистогастростомия;
- чрескожная пункция и дренирование под ультразвуковым наведением;
- криогенное воздействие на оставшиеся стенки кисты.

До настоящего времени нет единой сформированной концепции в лечении больных с НКП. Достаточно разноречиво представлены мнения о выборе показаний к оперативному вмешательству и метода операции. Тактика использования малоинвазивных методик, резекции печени, вылущивания кисты, иссечения ее стенок чаще носит характер дискуссии и поэтому требует дальнейшего изучения [38,48].

Минимальноинвазивные вмешательства у больных с кистами печени с появлением в медицине высокоинформативных неинвазивных методов диагностики (ультразвуковое исследование, компьютерная томография) происходят с внедрением и развитием интервенционных методик в хирургической гепатологии, что способствует разработке принципиально новых подходов к лечению НКП за счет использования методов, выполняемых под визуальным контролем. Данная технология позволяет не только определить наличие кисты и характер ее содержимого, но и выполнить лечебное вмешательство: аспирацию, дренирование, санацию, склерозирующую и антибактериальную терапию [4].

При НКП малой и средней величины (3-7 см) в настоящее время прослеживается отчетливая тенденция к их устранению минимальноинвазивным (чрескожным) способом под ультразвуковым контролем [49]. Многие специалисты сейчас пунктируют и устанавливают под контролем ультразвука либо компьютерного томографа в кистах самофиксирующиеся катетеры особой конструкции с последующей аспирацией и введением склерозантов. Авторы сообщают о хороших результатах при лечении этим методом [11,22].

Учитывая высокую эффективность пункционных вмешательств под ультразвуковым наведением, А.А. Шалимов с соавт. (1993) считают этот способ лечения методом выбора, а к оперативному лечению прибегают только в случаях осложнений (кровотечение, разрыв кисты), при наличии многокамерных кист, трудностей дифференциальной диагностики малигнизированных кист, неэффективности пункций вследствие связи кист между собой при поликистозе [25]. Авторы предполагают, что выполнение прицельной лечебно-диагностической пункции с последующей аспирацией содержимого целесообразно при единичных НКП [11].

Несомненно, пункционный метод лечения является наиболее щадящим лечебным методом. Н.Ф. Кузовлев с соавт. (1999), обобщив свой опыт лечения больных с НКП, рассматривают пункцию с

введением склерозанта под ультразвуковым наведением и компьютерной томографии оптимальным методом лечения кист до 50 мм в диаметре. Более крупные кисты, по их мнению, требуют дренирования. При наблюдении за больными в течение 2 лет авторы не выявили рецидивов заболевания [12]. Ю.А. Нестеренко с соавт. (1999) доказывают возможным осуществление тонкоигольной аспирации с введением склерозанта (96% этилового спирта) при кистах менее 40 мм в диаметре, причем для достижения лечебного эффекта требуется от 1 до 3 пункций. Более крупные кисты необходимо дренировать с помощью стилет-катетеров и проводить склерозирующую терапию.

Говоря о достоинствах пункционного метода лечения, можно отметить простоту и малую травматичность манипуляции, возможность лечения в короткие сроки и даже амбулаторно. Несмотря на это, D.E. Otvin с соавт. (1987) полагают, что пункционный метод чреват осложнениями, в частности кровотечением в полость кисты, и не исключает рецидивов. В связи с этим нужно отметить, что первая описанная в мировой литературе непаразитарная киста была опорожнена пункцией С.Ф. Brodie в 1846 году, но метод не получил распространения в практике. J.F. Jones в 1923 году, пролечив чреспеченочными пункциями большую группу больных с НКП, пришел к выводу, что метод порочен, так как в большинстве случаев лечение осложнилось нагноением кист и смертью больных. Сторонники пункционного метода лечения подчеркивают, что он эффективен лишь при условии обязательного использования склерозантов. Они выделяют это условие и сообщают об успешном опыте склерозирующей терапии. Однако Р. Sperling (1988), использовавший эту методику у 5 больных, установил, что она не предохраняет от рецидивов. Кроме того, при наличии цистобилиарного сообщения введение склерозантов становится опасным. W. P. Rangmire (1974) описывает случай склероза внутривенных протоков правой половины печени, приведший к ее резекции после введения склерозирующего препарата в полость кисты [26].

J.D. Edwards и соавт. полагают, что игловая аспирация и другие подобные манипуляции, в том числе введение в полость кист склерозирующих веществ, являются опасными, неадекватными в лечебном аспекте методами, приводящими к тяжелым последствиям [33]. Введение в полость кисты склерозирующих веществ может таить в себе определенную опасность: часто повреждается прилегающая неизменная ткань печени, возможны кровотечения в полость кисты [34]. В эксперименте при пункционном лечении установлено, что 0,2%-ный раствор перманганата калия при 5-минутной экспозиции вызывает некроз эпителиальной выстилки без повреждения окружающей ткани, однако это требует дальнейшего изучения для внедрения в клиническую практику. Чрескожная пункция объемных образований печени с отсасыванием содержимого опасна, особенно при паразитарной кисте или гемангиоме [50].

А.И. Ларионов с соавт. (1999), проанализировав результаты лечения 102 больных с НКП, в комплексе лечения которых использовалась пункционная аспирация под ультразвуковым наведением, аспирация и дренирование, склеротерапия, лапароскопическая фенестрация, цистэктомия и резекция печени, приходят к выводу, что пункционные методы лечения малоэффективны, часто осложняются нагноением и приводят к рецидиву у большинства пациентов. Оптимальным методом лечения авторы считают фенестрацию с заполнением остаточной полости пленкой с антибиотиком [13].

Эндовидеохирургические операции

Совершенствование техники и методик оперативных вмешательств определило важную роль лапароскопического метода в лечении больных с НКП [27]. В настоящее время лапароскопия, выполняемая с помощью современной эндовидеоаппаратуры, позволяет не только установить диагноз, выявить характер, локализацию кисты печени, но и провести у ряда больных адекватное оперативное лечение. Лапароскопическая визуализация дает возможность выполнить пункционную биопсию патологического образования печени. Однако, по мнению многих авторов, эта манипуляция является отнюдь небезопасной, должна быть частью диагностического алгоритма и применяться по строгим показаниям с соблюдением методики [54]. Непосредственная визуализация объекта открывает возможности детального, более полноценного изучения патологических очагов. Лапароскопические вмешательства производят после наложения пневмоперитонеума, который отдаляет переднюю брюшную стенку от органов брюшной полости и создает достаточные условия для тщательной ревизии и выполнения различных хирургических действий. НКП, располагающиеся на ее передне-верхней, боковой и нижней поверхностях, хорошо визуализируются и вполне доступны для выполнения таких операций, как наружное дренирование, фенестрация, резекция-вылущение и энуклеация кист. Многие авторы сообщают об успешности лапароскопического метода лечения НКП [54,55].

При лапароскопических вмешательствах по поводу солитарных кист печени чаще всего прибегают к фенестрации кист с дренированием [46] или тампонадой их полостей сальником [3,40]. Интраоперационная ультрасонография на начальном этапе лапароскопической операции позволяет получить дополнительные данные о кисте, ее содержимом, топографии [45]. Показаниями к лапароскопическим операциям, по мнению К.В. Шишина с соавт. (2006) и Ю.Г. Старкова с соавт. (2008), являются непаразитарные неосложненные одиночные и множественные кисты печени размерами от 5 до 10 см, а также кисты 3–5 см, дающие явную клиническую симптоматику. Традиционная открытая операция показана при поликистозной болезни, сопровождающейся увеличением размеров кист и ухудшением функционального состояния печени. Особую важность оперативные вмешательства приобретают при быстром росте кисты, что должно насто-

раживать в плане возможной ее малигнизации. В остальных случаях осуществляется динамический ультразвуковой контроль, и специальное лечение не проводится [20,27]. В своих трудах авторы также установили противопоказания к эндовидеохирургическим операциям у больных с непаразитарными кистами печени:

1. Локализация кист на задней поверхности печени и их внутривнутрипеченочное расположение;
2. Нагноение кисты;
3. Наличие сообщений между полостью кисты и желчевыводящей системой;
4. Кисты гигантских размеров, вызывающие атрофию печеночной паренхимы.

Наряду с этим, следует учитывать противопоказания к эндовидеохирургическим вмешательствам общего плана:

1. Поздние сроки беременности;
2. Выраженное нарушение сердечной деятельности и функции дыхания;
3. Наличие портальной гипертензии;
4. Обширный спаечный процесс в брюшной полости;
5. Гипомоторная дискинезия кишечника, кишечный дисбактериоз и другие заболевания, сопровождаемые выраженным метеоризмом.

Прогноз при солитарных кистах печени в целом благоприятный, особенно после выполнения радикальной операции.

Однако есть сообщения о рецидивах кист, достигающих до 38% и симптомах, связанных с ними после лапароскопических операций. Авторы связывают это с предыдущими хирургическими вмешательствами, глубоким расположением кист, техникой неполного разрушения свода кисты, расположением кист в 7-8 сегменте печени. Для предотвращения рецидива рекомендуют строго учитывать показания и противопоказания с адекватным выбором хирургической техники [37].

К сожалению, небольшой опыт большинства специалистов касается в основном кист среднего размера, а единичные наблюдения крупных и гигантских НКП, включаемых ими в обобщенный анализ, не позволяют дать объективную оценку эффективности данного метода лечения [20,54]. И все же, проведя большой анализ собственного опыта и литературных данных, P.J. Klingler с соавт. полагают, что широкое разрушение свода кисты лапароскопическим путем может стать методом выбора у больных с НКП при тщательном отборе пациентов [41].

Открытые традиционные операции

Многие авторы высказывают мнение о необходимости открытого хирургического вмешательства лишь при больших симптомных и осложненных кистах, а также при сдавлении кистой желчных протоков и магистральных сосудов [28,36]. При этом нет единого мнения в отношении размеров кист, при которых следует использовать активную хирургическую тактику.

А.Е. Борисов и соавт., анализируя собственные наблюдения, показали, что при наличии кист печени, размер которых превышает 5 см, клинические

проявления имеются в 72% и осложнения - в 5% наблюдений. Поэтому авторы придерживаются более активной хирургической тактики, считая показаниями к операции кисты диаметром 5 см и более [3].

В начале XX столетия была популярна марсупиализация кисты печени. Во время операции создается отток из кисты наружу, а полость заполняют тампонами, которые удаляют через 4-7 дней, хотя истечение содержимого продолжается еще 2-3 недели, иногда (правда очень редко) длится годами. В связи с этим хирурги применяли различные средства, разрушающие внутренний эпителиальный слой и вызывающие склероз внутренних оболочек: фенол, раствор Ценкера, азотнокислое серебро. Этот метод часто выполняется вынужденно. Марсупиализация, как правило, используется в тех случаях, когда риск операции очень высок (пожилой возраст, серьезная сопутствующая патология). Подобное отношение к этой операции объясняется большим количеством послеоперационных осложнений: нагноение, кровотечение, желчные свищи, рецидив, малигнизация кисты [33].

Наиболее радикальным методом хирургического лечения, по мнению V. Suraci с соавт. (1984) и В.А. Журавлева (1986), является резекция печени [8,53]. Но несмотря на радикальность, резекция печени не нашла широкого применения. Оценивая сложность операции и риск развития различных осложнений, А. Rohner (1986) ставит под сомнение целесообразность широкого применения резекции печени при данном заболевании [51].

Поверхностное и краевое расположение кисты позволяет выполнить клиновидную или краевую резекцию печени [1]. Г.И. Веронский с соавт. (1983) отвергают резекцию печени, тем более при множественных кистах различной локализации. Авторы отмечают также, что вылушивание кист не всегда удается из-за прочного сращения их стенок с паренхимой и возникающего при этом обильного кровотечения [6].

При воспалительных огромных кистах оправданно выполнение лобэктомии или наложение анастомоза между кистой и петлей тонкой кишки, выключенной по Ру [9,24,52]. При посттравматических кистах печени применяется декорткация стенки кисты с эвакуацией ее содержимого и заполнением оставшейся полости сальником [32]. Учитывая забрасывание кишечного содержимого в полость кисты при цистоэнтероанастомозах и малую эффективность этого метода, ряд авторов предпочитают более радикальные вмешательства — энуклеацию или резекцию, а при отсутствии таких возможностей — только максимальное иссечение стенок кисты [29]. У больных без примеси желчи в содержимом кисты возможно, иссекая купол ее стенки, оставлять основание интактным в толще паренхимы печени. Преимуществом иссечения стенки кисты над полной экцизией или лобэктомией является отсутствие риска пересечения печеночной паренхимы и кровотечения, а также максимальное сохранение интактной печеночной ткани [10].

Ведущее значение в хирургии поликистоза печени принадлежит органосохраняющим операци-

ям. Резекцию левой доли применяют при полном замещении ее кистами [14,35]. R. Bourgeon с коллегами (1982) считают необходимым придерживаться принципа экономной резекции печени при доброкачественных образованиях и в максимальном объеме — при злокачественных [31].

Пациентам с инфицированными кистами печени выполняются операции наружного дренирования или марсупиализация, а при кистах, содержащих желчь, необходима цистоэнтероанастомия [30]. V. Suraci с соавт. (1984) считает целесообразным и интраоперационную холангиографию, и срочный анализ содержимого на желчные пигменты [53]. По данным В.С. Земскова с соавт. (1985) и F. Schulz с соавт. (1984), метод наружного дренирования эффективен только при субкапсулярных и тонкостенных нагноившихся кистах [9,52]. Использование цистоэнтероанастомозов пропагандирует А.А. Шалимов с соавт. (1993). Они считают, что показаниями к подобным вмешательствам являются ложные кисты с плотными стенками, содержимое которых имеет примесь желчи [25].

Л.В. Полуэктов с соавт. (1996) считают, что диаметр кисты более 5 см является определяющим для хирургического лечения, а кисты меньших размеров подлежат динамическому наблюдению [15]. Выявленные бессимптомные небольшие кисты печени стабильных размеров подлежат наблюдению в динамике, за исключением тех случаев, когда они локализируются в области ворот печени и создают билиарный стаз [44].

Широкое вскрытие однокамерных солитарных кист печени снижает возможность рецидива и осложнений, тем самым позволяет избежать необходимости выполнения резекции печени. При прозрачном содержимом кист и особенно при экстренных вмешательствах этому способу отдают предпочтение [52,53].

Фенестрация кист впервые описана T.Y. Lin [43] в 1968г. и получила большее распространение при тотальном поликистозе с преимущественной локализацией процесса в правой доле и при органическом поражении левой доли. Эта операция технически проста, дает значительно меньше осложнений, позволяет сохранять ткань печени, создает эффективную декомпрессию и дренаж кист, лежащих в глубине паренхимы печени. R.H. Turnage в подобных случаях рекомендуют сочетать фенестрацию с частичной резекцией печени [56]. Вместе с тем, при констатации поликистозной болезни оперативное вмешательство чаще не показано. Исключение составляют большие или осложненные кисты, при которых чаще выполняют опорожнение кисты, частичную резекцию стенки или ушивание кисты с последующей оментогепатопексией [57].

Учитывая достаточно большую опасность осложнений и возможность атрофии паренхимы печени при росте кисты и явных ее клинических проявлениях, некоторые авторы рекомендуют при тотальном или почти полном поражении анатомической половины печени производить гемигепатэктомию, а при многокамерной цистаденоме или огромных

кистах, обладающих потенциально высокой степенью озлокачествления – лобэктомии [8,53,57]. Другие хирурги отдают предпочтение атипичной резекции печени, вылушиванию и иссечению кисты с последующей тампонадой полости сальником или гемостатической губкой [16,23]. Необходимо отметить, что при больших размерах кисты и небольшом сальнике эта методика не принесет ожидаемых результатов, так как даже при полном заполнении полости сальником продуцирование секрета клетками слизистой кисты продолжается. В связи с этим В. С. Шапкин с соавт. (1984) предложили коагулировать оставшиеся участки слизистой [26].

Р.К. Ташиев с соавт. (1996) и В.А. Рудаков с соавт. (1997) использовали гемостатические свойства холода, способность сверхнизких температур вызывать деструкцию патологических участков в органе. Авторы считают целесообразным оперативное лечение НКП с использованием криодеструкции. В своих исследованиях авторы замораживали стенки кисты жидким азотом, используя для этого криохирургическую аппаратуру. Они полагают, что криодеструкция неудаляемых участков слизистой надежно предотвращает рецидивы заболевания [17,21].

Для ликвидации остаточной полости возможно склеивание стенок НКП цианакрилатным клеем. Биологические субстанции в виде губок и жидких клеев несколько десятилетий применяются в хирургической гепатологии. Не все они вошли в повседневную практику по ряду причин, связанных, в первую очередь, с их эффективностью. Наибольшей надежностью обладают современные фибриновые клеи «Tissucol Duo S» и «Beriplast». Их использование показано в основном при паренхиматозном кровотечении [7,19]. Однако их недостатками являются быстрая полимеризация и нанесение неравномерного клеевого слоя, затрудняющие их применение и усложняющие оперативную технику. Этим недостатком лишен препарат «ТахоКомб» (ТК), который за последние годы находит все более широкое применение в различных областях хирургии. Многие авторы отмечают простоту аппликации на раневую поверхность, быстрое создание непроницаемого для жидкостей слоя, обеспечение надежного гемостаза. ТК представляет собой коллагеновую пластину с нанесенными на нее лиофилизированными компонентами фибринового клея, состоящего из фибриногена, тромбина, апротинина и рибофлавина. ТК применяется как в традиционной, так и лапароскопической хирургии. Во время операции, после коагуляции мелких цистобилиарных свищей, кровеносных сосудов раневую поверхность укрывают пластиной ТК. При контакте с кровоточащей поверхностью или другими тканевыми жидкостями содержащиеся в клеевом слое факторы активируются, и тромбин превращает фибриноген в фибрин, что приводит к осуществлению последней фазы свертывания крови и образованию фибринового сгустка. Апротинин препятствует преждевременному фибринолизу плазмином. Коллаген стимулирует агрегацию тромбоцитов, тем самым усиливая гемостатический эффект. Учитывая вышесказанное,

гемостатические и пластические свойства ТК могут оказать неоценимую услугу в сложных ситуациях.

Последние десятилетия ведутся активные разработки деструкции НКП методом радиочастотной абляции. Данный способ основан на колебании заряженных частиц в пораженных тканях. В результате воздействия радиочастотных волн возникает нагревание, что приводит к сухому коагуляционному некрозу в области патологического очага. Сочетание резекции печени и РЧА позволяет в значительной степени повысить резектабельность при множественном полисегментарном поражении печени. Первый опыт использования радиочастотной абляции показал перспективность метода в нескольких аспектах хирургии очаговых образований печени. Ее использование позволяет уменьшить кровопотерю при резекциях печени. Радиочастотная абляция стимулирует гипертрофию сохраненной паренхимы печени и расширяет таким образом возможности выполнения операции.

Сегодня все чаще в хирургии паренхиматозных органов применяются плазменные потоки и лазерное излучение. Перспективным является применение высокоэнергетического лазерного излучения и плазменного скальпеля при операциях по поводу НКП [18]. Основными отличительными особенностями данных источников энергии являются возможность эффективного объединения процессов воздействия на биологические ткани - рассечения, коагуляции, деструкции (деэпителизации) и стерилизации, а также отсутствие опасности повреждения организма электрическим током [2,5]. Таким образом, клиническое осмысление возможностей современных технологий в диагностике и хирургическом лечении кист печени до сих пор продолжается. Только последовательные комплексные исследования помогут в выборе оптимальной хирургической тактики в лечении этой патологии.

Список литературы

1. Абдуллаев А.Г. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени. // Хирургия. - 1990. - №8. - С. 157-163.
2. Аксенов И.В. АИГ-неодимовый лазер в абдоминальной хирургии. // Хирургия. - 2006. - №7. - С. 41-44.
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Чистяков Д.Б. Непаразитарные кисты печени. - СПб., 2000. - С. 98.
4. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. - СПб.: Предприятие ЭФА, 2002. - 448 с.
5. Вафин А.З., Глушко В.И., Казанцев И.С. Плазменные технологии в лечении гнойных ран // Вестник хирургии. - 2007. - Т.166. - №5. - С. 44-47.
6. Веронский Г.И. Анатомо-физиологические аспекты резекции печени. - Новосибирск: Наука, 1983. - С. 144.
7. Грубник В.В., Ковальчук А.В., Грубник Ю.В. и др. Применение фибринового клея в абдоминальной хирургии // Клиническая хирургия - 1993. - №1. - С. 6-9.

8. Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. - Саратов: Изд-во Саратовского университета, 1986. - С. 214.
9. Земсков В.С., Радзиховский А.П., Панченко С.Н. Хирургия печени. - Киев: Наукова думка, 1985. - С. 151.
10. Зиневич В.П. Непаразитарные кисты печени. // Вестник хирургии. - 1989. - №10. - С. 46-48.
11. Кузин Н.М., Лотов А.В., Авакян В.Н., и др. Диагностика и малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист печени // Хирургия. - 1996. - №5. - С. 16-20.
12. Кузовлев Н.Ф. Опыт лечения непаразитарных кист печени. / Н.Ф. Кузовлев, Т.С. Дягилева, В.И. Аршакова, В.В. Дохулаев и др. // Диагностика и лечение опухолей печени: матер. научной конф. - Санкт Петербург, 1999. - С. 89.
13. Ларионов А.И. Лечение серозных кист печени / А.И. Ларионов, В.И. Дружинин, А.М. Федорук // Диагностика и лечение опухолей печени: матер. научной конф. - Санкт Петербург, 1999. - С.92.
14. Мовчун А.А., Завенян З.С., Абдуллаев А.Г. и др. Диагностика и лечебная тактика при поликистозе печени // Клиническая медицина. - 1992. - №7-8. - С. 29 - 33.
15. Полуэктов Л.В., Рудаков В. А., Шутков В.Ю. и др. Хирургическое лечение доброкачественных образований печени // Анналы хир. гепатол. - 1996. - Т.1 - С. 242.
16. Росляков А.Г., Поняшкин А.П., Резанова Л.И. Гигантская ретенционная киста печени // Хирургия. - 1992. - №1. - С. 98-99.
17. Рудаков В.А., Полуэктов Л.В. Криохирургия в лечении эхинококкоза и непаразитарных кист печени // Анналы хир. гепатол. - 1997. - №2. - С. 20-24.
18. Савельев В. С. Филимонов М. И., Васильев В. Е. и соавт. Возможности плазменного скальпеля при операциях на печени и желчном пузыре // Хирургия. - 1994. - №4. - С. 3-6.
19. Северцев А.Н. Первый опыт использования новых клеевых покрытий «Тахокомб» и «Тиссукол» в хирургии печени // Новые технологии в хирургической гепатологии: матер. научной конф. хирургов-гепатологов – СПб., 1995. - С. 140-141.
20. Старков Ю.Г. Лапароскопические операции при очаговых образованиях печени / Ю.Г. Старков, В.А. Вишневский, К.В. Шишин // Анналы хир. гепатол. - 2008. - №1. - С. 34.
21. Ташиев Р. К. Комбинированное и комплексное лечение новообразований печени / Р.К. Ташиев, Д.В. Мясоедов, В.А. Черный // Анналы хир. гепатол. - 1996. - №1. - С.258.
22. Тодуа Ф.И. Инвазивные вмешательства под контролем компьютерной томографии при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны / Ф.И. Тодуа, М.Ю. Вилиявин // Хирургия. - 1986. - №10. - С. 27 - 30.
23. Тупанов В.А., Кутузов И.И. Огромная истинная киста печени. // Вестник хирургии. - 1989. - №3. - С. 52 - 53.
24. Шалимов А.А. и др. Хирургия печени и желчных протоков. - Киев: Здоровье, 1975. - С. 193.
25. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоровье, 1993. - С. 512.
26. Шапкин В.С. Опухоли и непаразитарные кисты и специфические гранулемы печени. - Владивосток: Дальневосточное кн.изд-во, 1970. - 199 с.
27. Шишин К.В., Старков Ю.Г., Вишневский В.А. и др. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени // Хирургия. - 2006. - №10. - С. 62-66.
28. Ammori B.J., Jenkins B.L., Lim P.C. et al. Surgical strategy for cystic diseases of the liver in a western hepatobiliary center // World J Surg. - 2002. - №4. - P. 462-469.
29. Belcher M.Y., Hull H.C. Nonparasitic cysts of the liver: report of three cases // Surgery. 1969. - V.65. - №3. - P. 427-431.
30. Bourgeois N., Kinneart P., Vereerstraeten P. et al. Infection of hepatic cysts following kidney transplantation in polycystic disease // World J. Surg. - 1983. - Vol. 7. - P. 629-631.
31. Bourgeon R., Guntz M, MouieU et al. Hepatic resections in relation to hydatid cyst // Chirurgie. - 1982. -Vol. 108. - №7. - P. 585-587.
32. Chuang JH, Huang SC. Posttraumatic hepatic cyst an unusual sequela of liver injury in the era of imaging // Pediatr Surg. - 1996. - №31. - P. 272.
33. Edwards J.D., Eckhauser F.E., Knol J.A. et al. Optimizing surgical management of symptomatic solitary hepatic cysts // Am. Surg. - 1987. - Vol. 53. - №9. - P. 510-514.
34. Fernandez M., Cacioppo J.C., Davis R.P., Nora P.F. Management of solitary nonparasitic liver cyst // Am Surg. - 1984. - Vol. 50. - P. 205-208.
35. Fiori E., Galati G., Gazzanelli S., et al. Attuali orientamenti sul trattamento delle cisti non parassitarie giganti del fegato // Giornale di Chirurgia. - 1994. - Vol. 15. - №10. - P. 450-454.
36. Flamingo P., Tedeschi U., Veroux M. et al. Laparoscopic treatment of simple hepatic cysts and polycystic liver disease // Surg. Endosc. - 2003. - Vol. 17. - №4. - P. 623-626.
37. Gigot J.F., Legrand M., Hubens G., de Canniere L. et al. Laparoscopic treatment of non-parasitic liver cysts: adequate selection of patients and surgical technique // World J. Surg. - 1996. - №20. - P. 55-61.
38. Gigot J.F., Metairie S., Etienne J. et al. The surgical management of congenital liver cysts // Surg Endosc. - 2001. - Vol. 15. - №4. - P. 357-363.
39. Ishikawa H., Uchida S., Yokokura Y. et al. Nonparasitic solitary huge liver cysts causing intracystic hemorrhage or obstructive jaundice // J Hepatobiliary Pancreat Surg. - 2002. - Vol. 9. - №6. - P. 764-768.
40. Ker C.G., Kai K.K., Chen J.S., Lee K.T. et al. Laparoscopic fenestration for giant liver cyst // Kao Hsiung I Hsuehko Hsueh Tea Chih. - 1997. - №13. - P. 572.
41. Klingler P.J., Gadenstater M., Schmid T., Bodner E et al. Treatment of hepatic cysts in the era of laparoscopic surgery // Br. J. Surg. - 1997. - №84. - P. 468-474.
42. Lermite E., Pessaux P., Jousset Y. et al. Compression of the inferior vena cava with thrombus:

a rare complication of solitary liver cyst // Ann Chir. - 2002. - Vol. 127. - №10. - P. 776-778.

43. Lin T.Y. Treatment of non-parasitic cystic disease of the liver: a new approach to therapy with polycystic liver // Ann. Surg. - 1968. - Vol. 168. - P. 921-922.

44. Lotz G.W., Stahlschmidt M. Nonparasitic parenchymatous liver cysts // Dtsch. med. Wschr. - 1987. - Bd. 112. - M. 43. - P. 1666-1668.

45. Marvik R., Myrvold H.E., Johnsen G., Roysland P. Laparoscopic ultrasonography and treatment of hepatic cysts // Surgical Laparoscopy & Endoscopy. - 1993. - Vol. 3. - №3. - P. 172-174.

46. Ooi L.L., Cheong L.H., Mack P.O. Laparoscopic marsupialization of liver cysts // Australian & New Zealand Journal of Surgery. - 1994. - Vol. 64. - №4. - P. 62-63.

47. Parenti R., Leone V., Del Buono G. et al. Obstructive jaundice caused by solitary nonparasitic cyst of the liver // Minerva Chir. - 1991. - Vol. 46. - №6. - P. 273-277.

48. Petri A., Hohn J., Makula E. et al. Experience with different methods of treatment of nonparasitic liver cysts // Langenbecks Arch Surg. - 2002. - Vol. 387. - №5-6. - P. 229-233.

49. Pozniczek M., Wysocki A., Bobrzynski A. et al. Sclerosant therapy as fist-line treatment for solitary liver cysts // Dig. Surg. 2004. - Vol. 21. - № 5-6. - P. 452-454.

50. Roemer C.E., Ferrucci J.T., Mueller P.R. et al. Hepatic cysts: diagnosis and therapy by sonographic needle aspiration // Amer. J. Roentgenol. - 1981. - Vol. 136. - P. 1065-1071.

51. Rohner A. Treatment of benign tumors of the liver // Schweiz Med Wochenschr. - 1986. - Vol. 116. - №31-32. - P. 1044-1050.

52. Schulz F., Fugger R., Contreras F., Funovics Y. Clinical aspects and therapy of congenital cystic livers // Chirurg. - 1984. - Vol. 55. - P. 813-816.

53. Suraci V., Fianchini A., Mambelli V. et al. Non-parasitic cysts of the liver (considerations on 10 surgically treated cases) // Chir. Ital. - 1984. - Vol. 36. - №6. - P. 947-960.

54. Szabo L.S., Takacs I., Arkosy P., et al. Laparoscopic treatment of nonparasitic hepatic cysts // Surg Endosc. - 2006. - Vol. 20. - №4. - P. 595-597.

55. Teramoto K., Kawamura T., Takamatsu S. et al. Laparoscopic and thoracoscopic partial hepatectomy for hepatocellular carcinoma // World J Surg. - 2003. - Vol. 27. - №10. - P. 1131-1136.

56. Turnage R.H., Eckhauser F.E., Knol J.A., Thompson N.W. Therapeutic dilemmas in patients with symptomatic polycystic liver disease // Amer. Surg. 1988. - Vol. 54 - №6. - P. 365-372.

57. Wolff H., Sperling P., Lippert H., Abri O. Surgical treatment of benign liver tumors // Zbl Chir. - 1986. - Vol. 111. - №19. - P. 1153-1165.



Нейрореанимация. Практическое руководство

Крылов В.В., Петриков С.С.

- В руководстве подробно освещены методы обследования больных, находящихся в коматозном состоянии, методики многокомпонентного нейромониторинга, алгоритмы коррекции внутричерепной гипертензии. Представлена тактика проведения респираторной поддержки и инфузионной терапии, организации питания больных с внутричерепными кровоизлияниями, находящихся в критическом состоянии.



2010. — 176 с.
Цена 322 руб.

Контакты

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа»
115035, Москва, ул. Садовническая, д. 9, стр. 4.
Тел./факс: (495) 921-39-07, (499) 246-39-47.
Книга — почтой: заказ по тел./факсу: (495) 921-39-07, 228-09-74.
e-mail: bookpost@geotar.ru
Интернет-магазин: www.geotar.ru,
www.medknigaservis.ru

Оптовая продажа. Тел./факс: (495) 921-39-07, (499) 246-39-47,
e-mail: iragor@geotar.ru
Имеются представительства в различных регионах РФ. Узнать о вашем представительстве можно по тел.: 8 (916) 876-90-59.
Розничная продажа. Фирменные магазины в Москве:
НОВЫЙ м. «Фрунзенская», Комсомольский просп., д. 28 (здание московского дворца Молодежи) вход в магазин со стороны Детского парка. Тел.: 8 (916) 877-06-84;
м. «Коньково», м. «Юго-Западная», ул. Островитянова, д. 1. Тел.: (495) 434-55-29.
м. «Новокузнецкая», выставка-продажа, ул. Садовническая, дом 9, стр. 4. Офис издательства «ГЭОТАР-Медиа». Тел.: (495) 921-39-07