

УДК 616.36-003.4-07-08

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

## НЕПАРАЗИТАРНЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

**Резюме.** Если ранее непаразитарные кисты печени (НКП) регистрировали у 1 % населения, то в настоящее время благодаря широкому использованию УЗИ, КТ их выявляемость значительно повысилась и достигает 5–6 %. В большинстве случаев кисты протекают бессимптомно и только в 10–18,3 % случаев проявляются дискомфортом, умеренной болью в правом подреберье и др. Осложнения выявляют у 5–5,9 % больных. Проблема диагностики НКП и лечебно-тактические подходы до сих пор остаются дискуссионными.

**Цель исследования:** оценить состояние диагностики, показания и результаты хирургического лечения непаразитарных кист печени.

**Материал и методы.** Анализу подвергли 18 больных с солитарными НКП. В неотложном порядке оперировали 9 (50 %) пациентов и в плановом — 9 (50 %). Мужчин было 4 (22,2 %), женщин — 14 (77,8 %) в возрасте от 31 до 82 лет, медиана — 57,6. У всех 18 пациентов выявлены сопутствующие заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства. При диагностике НКП, наряду с клиническим и лабораторным обследованием, определяли наличие онкомаркеров и антипаразитарных антител, выполняли обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, ФЭГДС, УЗИ, КТ, лапароскопию.

**Результаты и обсуждение.** Из всех больных при госпитализации НКП определены у 9 (50 %). В процессе УЗИ у 13 (86,7 %) пациентов установлен диагноз кисты печени. У 3 больных при КТ визуализировали округлой или овальной формы гиподенсивные образования. Лапароскопическое исследование у 4 пациентов позволило определить сочетание НКП с острой абдоминальной хирургической патологией. НКП у 9 (50 %) больных локализовались в левой доле печени, у 8 (44,4 %) — в правой доле и билобарно — у 1 (5,6 %). Осложненное течение НКП было у 8 (44,4 %) пациентов, из которых у 2 (25 %) отмечено нагноение кисты с разрывом, у 1 (12,5 %) — разрыв кисты с кровотечением в брюшную полость, у 1 (12,5 %) — нагноение кисты, у 2 (25 %) — сдавление кистой гепатикохоледоха и механическая желтуха и у 2 (25 %) — печеночная недостаточность.

В I группу включили 9 (50 %) больных, которым выполнена неотложная операция. Из них атипичная резекция печени осуществлена у 4 (44,4 %) пациентов (холецистэктомия — 3, вскрыта гематома брыжейки тонкой кишки — 1), левосторонняя гемигепатэктомия — у 2 (22,2 %), перицистэктомия — у 2 (22,2 %), вскрыта нагноившаяся киста печени — у 1 (11,1 %). Послеоперационные осложнения развились у 2 (22,2 %) больных (нагноение раны — 1, пневмония — 1). Средний койко-день  $13,0 \pm 1,2$ . Все выздоровели. II группу составили 9 (50 %) пациентов, оперированных в плановом порядке. Из 9 пациентов после атипичной резекции печени у 6 (66,7 %) больных проведены симультанные операции (холецистэктомия — 1, правосторонняя гемиколэктомия — 1). Осложнений и летальных исходов не было. Средний койко-день  $11,0 \pm 1,3$ .

**Выводы.** Диагностика непаразитарных кист печени является комплексной. Выбор объема операции зависит от многих составляющих; частота послеоперационных осложнений — 11,1 %, без летальных исходов.

**Ключевые слова:** непаразитарные кисты печени, диагностика, хирургическое лечение.

### Введение

Непаразитарные кисты печени (НКП) представляют собой отграниченные жидкостные образования в паренхиме печени [1, 5, 8, 9]. Они могут быть простыми (истинными), выстланными одним слоем плоского, кубического, цилиндрического или мерцательного эпителия [1, 5, 7, 8], цистаденома-

ми, характеризующимися аденоматозным разрастанием в стенке кисты [5, 9], и ложными, которые развиваются после травматического разрыва парен-

© Капшитарь А.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

химы печени и ее некроза, а также различных вмешательств на печени, стенка которых представлена фиброзно измененной тканью печени [1, 5, 6]. Содержимое кист представляет собой светлую или бурю прозрачную жидкость, иногда с примесью крови или желчи [1, 5].

Первое описание кисты печени принадлежит Brodie в 1846 г. [цит. по О.Г. Скипенко с соавт., 2010]. Если в былые времена НКП регистрировали у 1 % населения, то в настоящее время благодаря широкому использованию ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) их выявляемость значительно повысилась и достигает 5–6 % [11, 12]. Проявляются они в возрасте 30–50 лет. Женщины болеют в 3–5 раз чаще мужчин, что объясняется активностью эстрогенов. В большинстве случаев кисты протекают бессимптомно и только при увеличении их более 5 см в диаметре в 10–18,3 % случаев манифестируют дискомфортом, умеренной болью в правом подреберье и др. [1, 4, 5, 9]. Присоединение осложнений, проявляющихся у 5–5,9 % больных в виде кровоизлияния в полость кисты, нагноения, разрыва, перекрута ножки, гемоперитонеума, цистобилиарного свища, механической желтухи и портальной гипертензии, сдавления кистой желудка или двенадцатиперстной кишки с нарушением пассажа, нижней полой вены с тромбозом, печеночной недостаточности, изменяет начальную симптоматику [1, 5, 9, 10]. Озлокачествление кист наблюдается редко [5, 9]. Диагностика НКП основывается на клиническом обследовании, результатах лабораторно-биохимических исследований, серологических реакций на эхинококк, иммунологических реакций для исключения опухолевой этиологии, лучевых методов (рентгенологических, УЗИ, КТ, МРТ), радионуклидного сканирования, цитологических и бактериологических пунктатов кисты, лапароскопии, лапаротомии, гистологического исследования [3, 5, 6, 9].

Выбор лечебной тактики остается индивидуальным и зависит от размеров кисты, локализации, длительности заболевания, возникших осложнений, сопутствующей патологии [5, 9]. Несмотря на значительные успехи в хирургической гепатологии, достигнутые за последние годы, проблема клинического распознавания и лечебно-тактических критериев НКП до сих пор окончательно не решена [2–4, 7, 8, 10]. Это объясняется относительно небольшим количеством анализируемых данных, отсутствием ранних клинических проявлений, однотипностью клинической картины, а также нечетко аргументированным подходом к хирургическому лечению при кистах печени [5, 9]. До сих пор вопрос выбора тактики лечения (консервативного, пункционно-дренажного, видеолапароскопического, открытого хирургического) НКП является дискуссионным [2–4, 7, 8, 10–12].

**Цель работы** — оценить состояние диагностики, показания и результаты хирургического лечения у пациентов с непаразитарными кистами печени.

## Материал и методы

В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющейся базой клиники общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, за период с 1998 по 2012 год у 3532 пациентов выполнены оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Среди них у 2749 (77,8 %) больных осуществлены неотложные операции, у 783 (22,2 %) — плановые.

Из всех оперированных пациентов у 18 (0,51 %) имели место НКП. В неотложном порядке оперировали 9 (50 %) больных и в плановом — 9 (50 %). Мужчин было 4 (22,2 %), женщин — 14 (77,8 %). Соотношение мужчин и женщин составило 1 : 3,5. Возраст пациентов колебался от 31 до 82 лет, медиана — 57,6. 12 больных (66,7 %) были среднего и пожилого возраста (41–70 лет). Средняя длительность заболевания от первичного выявления до поступления в клинику составила  $49,2 \pm 35,2$  мес. (от 1 до 242 мес.). У всех 18 пациентов выявлены сопутствующие заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства: хронический калькулезный холецистит — у 6 (33,3 %) больных, острый деструктивный калькулезный холецистит — у 4 (22,2 %), кисты почек — у 3 (16,6 %), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 3 (16,7 %), хронический панкреатит — у 1 (5,6 %) и рак проксимальной трети поперечной ободочной кишки — у 1 (5,6 %). Интеркуррентными заболеваниями страдали 16 (88,9 %) больных, среди которых основной патологией была ишемическая болезнь сердца у 7 (43,8 %) пациентов, ожирение — у 3 (18,7 %), гипертоническая болезнь — у 2 (12,5 %), хронический бронхит курильщика — у 2 (12,5 %), генерализованный атеросклероз — у 2 (12,5 %). Ранее оперированы 7 (38,9 %) пациентов (аппендэктомия — 3, экстирпация матки с придатками — 3, грыжесечение с пластикой по Постемпскому при паховой грыже — 1).

При диагностике НКП, наряду с клиническим и лабораторно-биохимическим обследованием больных, выполняли обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, по показаниям — КТ, лапароскопию, фиброзогастроуденоскопию. Дифференциальную диагностику проводили с доброкачественными и злокачественными опухолями печени и паразитарными кистами, поэтому в алгоритм исследования включали определение онкомаркеров: альфа-фетопротеина, ракового эмбрионального антигена, карбогидратного антигена (CA 19–9 и CA 72–4), антипаразитарных антител (иммуноферментный анализ с эхинококковыми антителами). Окончательным этапом определения НКП были интраоперационная диагностика и патоморфологическое исследование кисты.

Данные результатов исследования обработаны с использованием статистического пакета лицензионной программы Statistica® for Windows 6.0 (Statsoft Inc., № Axxr712d833214fan5), а также Microsoft Excel 2003.

## Результаты и обсуждение

Все НКП были солитарными. Учитывая наличие у пациентов не только хронической, но и неотложной абдоминальной патологии, диагноз НКП при госпитализации определен у 9 (50 %) больных. После первичного осмотра хирургом клиники установлены следующие диагнозы: острый калькулезный холецистит — у 4 (22,2 %) пациентов (киста печени — 1), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (?), перитонит — у 1 (5,6 %), абсцесс подпеченочного пространства — у 1 (5,6 %), закрытая травма живота, разрыв селезенки — у 1 (5,6 %), перитонит — у 1 (5,6 %), инфильтрат послеоперационного рубца — у 2 (11,1 %), хронический калькулезный холецистит, кисты печени — у 5 (27,8 %) и кисты печени — у 3 (16,7 %).

Из 15 больных, которым выполнено УЗИ, диагноз и локализация кисты печени установлены у 13 (86,7 %). У 3 (13,3 %) пациентов с ложноотрицательным результатом определены другие заболевания (абсцесс печени (?), острый калькулезный холецистит (?)) — 1, абсцесс подпеченочного пространства — 1, инфильтрат послеоперационного рубца — 1. Диагностические трудности наблюдали в случаях, когда отсутствовал симптом усиления, встречающийся при осложненных кистах. Дифференцировали НКП с эхинококковыми кистами печени, абсцессами печени, метастазами злокачественной опухоли.

При сохраняющихся сомнениях у 3 больных использовали КТ, на томограммах довольно точно визуализировали округлой или овальной формы гиподенсивные образования.

Лапароскопическое исследование у 4 пациентов позволило определить сочетание НКП с острой абдоминальной хирургической патологией (деструктивный калькулезный холецистит — 3, травматический разрыв селезенки — 1).

Распределение НКП по сегментам было следующим. Локализация кисты в одном сегменте печени определена у 13 (72,2 %) больных, из которых в  $S_1$  печени киста располагалась у 1 (5,6 %) пациента,  $S_3$  — у 3 (16,5 %),  $S_4$  — у 2 (11,1 %),  $S_5$  — у 3 (16,5 %),  $S_6$  — у 4 (16,5 %). Киста захватывала несколько сегментов печени у 5 (27,8 %) больных, а именно  $S_{2-3}$  печени — у 1 (5,6 %),  $S_{2-4}$  — у 2 (11,1 %),  $S_{6-7}$  — у 1 (5,6 %) и лишь у 1 (5,6 %) были две кисты с расположением в  $S_3$  и  $S_6$  печени. Следовательно, НКП у 9 (50 %) пациентов локализовались в левой доле печени, у 8 (44,4 %) — в правой доле и билобарно — у 1 (5,6 %). Диаметр кист колебался от 0,8 до 25 см. Кисты печени до 5 см в диаметре выявлены у 9 (50 %) больных, 5–10 см — у 5 (27,8 %), 10–20 см — у 3 (16,7 %) и более 20 см — у 1 (5,5 %). Осложненное течение НКП зарегистрировано у 8 (44,4 %) пациентов, из которых у 2 (25 %) было нагноение кисты со спонтанным разрывом и разлитым гнойно-фибринозным перитонитом, у 1 (12,5 %) — разрыв кисты с кровотечением в брюшную полость и гемоперитонеумом, у 1 (12,5 %) — нагноение кисты, у 2 (25 %) — сдавление кистой гепатикохоледоха и механическая желтуха и у 2 (25 %) — печеночная недостаточность.

Все 18 больных оперированы. В зависимости от срочности операции они разделены на две группы.

В I группу включили 9 (50 %) пациентов, которым выполнена неотложная операция. Показанием к операции у 4 (44,4 %) больных явились острый деструктивный калькулезный холецистит, сочетающийся с НКП, у 1 (11,1 %) — абсцесс подпеченочного пространства, у 1 (11,1 %) — закрытая травма живота, разрыв селезенки, у 3 (33,4 %) — перитонит неясной этиологии. Во время лапаротомии у 4 (44,4 %) пациентов наряду с кистами печени диагностирован деструктивный калькулезный холецистит (флегмонозная форма — 2, гангренозная — 2), у 4 (44,4 %) — лишь осложненные кисты печени (спонтанный разрыв кисты — 3, нагноение кисты — 1), у 1 (11,1 %) — травматический разрыв селезенки с кистой печени. Причем у 6 (66,7 %) больных оперативным доступом была верхняя срединная лапаротомия и у 3 (33,3 %) — правосторонний трансректальный вертикальный мини-лапаротомный доступ. Лечебный этап лапаротомии состоял из атипичной резекции печени с локализацией кисты вблизи свободного края печени у 4 (44,4 %) пациентов (холецистэктомия — 3, вскрыта гематома брыжейки тонкой кишки — 1), левосторонней гемигепатэктомии — у 2 (22,2 %), перицистэктомии — у 2 (22,2 %) и вскрытия нагноившейся кисты печени — у 1 (11,1 %). Послеоперационные осложнения развились у 2 (22,2 %) больных, из них у 1 произошло нагноение раны и у 1 развилась пневмония. Средний койко-день  $13,0 \pm 1,2$ . Все выздоровели.

II группу составили 9 (50 %) пациентов, оперированных в плановом порядке после всестороннего обследования и подготовки. До операции у всех диагностированы НКП, наряду с которыми у 5 (55,6 %) больных имела место желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит и у 1 (11,1 %) — рак проксимальной трети поперечной ободочной кишки. После верхней срединной лапаротомии у 7 (77,8 %) пациентов и мини-лапаротомного доступа у 2 (22,2 %) подтвержден предоперационный диагноз. Связь полости кисты с желчным протоком определена у 2 (22,2 %) больных. Из 9 пациентов после атипичной резекции печени у 6 (66,7 %) больных проведена симультанная операция в виде холецистэктомии и у 1 (11,1 %) — правосторонней гемиколэктомии с илеотрансверзоанастомозом. Осложнений и летальных исходов не наблюдали. Средний койко-день  $11,0 \pm 1,3$ .

## Выводы

1. Непаразитарные кисты печени диагностированы у 0,51 % пациентов, оперированных на органах брюшной полости.

2. Показанием к плановой операции по поводу непаразитарной кисты печени являются симптомные и быстро растущие кисты, диаметр кисты более 5 см, подозрение на озлокачествление кисты, сдавление кистой желчевыводящих протоков или магистральных сосудов. В неотложном порядке оперативное лечение показано при наличии осложнений непаразитарных кист печени (нагноение кисты, спонтанный разрыв,

кровозиляння в полость кисти и в брюшную полость). Наличие кисты печени и сочетанных с ней заболева- ний органов брюшной полости требовало выполнения симультанных операций как в плановой, так и в неот- ложной хирургии в 72,2 % случаев.

3. Операцией выбора были атипичная резекция пе- чени, гемигепатэктомия и перицистэктомия; частота осложнений — 11,1 %, без летальных исходов.

## Список литературы

1. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. — М.: ГЭОТАР, 2010. — 352 с.
2. Бондаревский И.Я. Алгоритм хирургического ведения больных с кистами печени / И.Я. Бондаревский // Вестник новых медицинских технологий. — 2011. — № 3. — С. 77-80.
3. Ничитайло М.Ю. Вибір методу хірургічного лікування непаразитарних кіст печінки / М.Ю. Ничитайло, Г.Ю. Мошковський, О.Й. Іжовський // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 3. — С. 34-37.
4. Наш опыт эндовидеохирургических операций при непара- зитарных кистах печени / А.Д. Шаталов, В.В. Хацко, В.Н. Войтюк [и др.] // Вестник неотложной и восста- новительной медицины. — 2009. — № 3. — С. 305-308.
5. Операции на печени: Руководство для хирургов / [А.В. Вишневский, В.А. Кубышкин, А.В. Чжао, Р.З. Икрамов]. — М.: Миклош, 2003. — 157 с.
6. Пышкин С.А. Осложненное течение непаразитарных кист печени / С.А. Пышкин, А.Н. Чапайкин, А.С. Ала- дин // Клиническая медицина. — 2008. — № 4. — С. 71-73.
7. Результаты хирургического лечения истинных кист печени / А.И. Лобаков, В.Б. Румянцев, Ю.И. Захаров [и др.] // Альманах хирургии. — 2011. — Т. 6, № 2. — С. 104-105.
8. Решение тактических вопросов при билиарных кистах печени / О.Г. Скипенко, Н.Н. Багмет, М.П. Кочие- ва, Т.И. Тарасюк // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 9-13.
9. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих пу- тей: В 2 т. / Под ред. А.Е. Борисова. — Т. 1. Хирургия печени. — СПб.: Скифия, 2003. — 488 с.
10. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени / А.А. Третьяков, А.Г. Петренко, А.Н. Неверов, А.Ф. Щетинин // Альманах хирургии. — 2011. — Т. 6, № 2. — С. 117-118.
11. Polanivelu C. Laparoscopic management of benign nonpar- asitic hepatic cysts: A prospective nonrandomized study / С. Polanivelu, K. Jani, V. Malladi // Sounth. Med. J. — 2006. — Vol. 99, № 10. — P. 1063-1067.
12. Risk for laparoscopic fenestration of liver cysts / F. Giuliani, F. D'Acapito [et al.] // Surg. Endosc. — 2003. — Vol. 17, № 11. — P. 1735-1738.

Получено 15.05.14 ■

Капшитар О.В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

## НЕПАРАЗИТАРНІ КІСТИ ПЕЧІНКИ: ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Якщо раніше непаразитарні кисти печінки (НКП) реєстрували в 1 % населення, то на сьогодні завдяки широкому використанню УЗД, КТ їх виявлення значно підвищилось і досягає 5–6 %. У більшості хворих кисти перебігають асимптомно і тільки у 10–18,3 % випадків проявляються дискомфортом, помірним болем у правому підбер'ї та ін. Ускладнення виявляють у 5–5,9 % хворих. Проблема діагностики НКП і лікуваль- но-тактичні підходи до цих пір залишаються дискусійними.

**Мета дослідження.** Оцінити стан діагностики, показання та результати хірургічного лікування непаразитарних кіст печін- ки.

**Матеріал і методи.** Аналізу піддали 18 хворих із солітарними НКП. У невідкладному порядку оперували 9 (50 %) пацієнтів та у плановому — 9 (50 %). Чоловіків було 4 (22,2 %), жінок — 14 (77,8 %), віком від 31 до 82 років, медіана — 57,6. У всіх 18 пацієнтів виявлені супутні захворювання черевної порожнини та заочеревинного простору. У діагностиці НКП поряд з клі- нічним та лабораторним обстеженням визначали наявність он- комаркерів та антипаразитарних антитіл, виконували оглядову рентгенографію грудної та черевної порожнин, ФЕГДС, УЗД, КТ, лапароскопію.

**Результати та обговорення.** З усіх хворих при госпіталізації НКП виявлені в 9 (50 %). В процесі УЗД у 13 (86,7 %) пацієнтів встановлений діагноз кисти печінки. У 3 (16,7 %) хворих при КТ візуалізували круглої або овальної форми гіподенсивні утворення. Лапароскопічне дослідження у 4 (22,2 %) пацієнтів дозволило визначити сполучення НКП із гострою абдоміналь-

ною хірургічною патологією. НКП у 9 (50 %) хворих локалі- зувались у лівій частці печінки, у 8 (44,4 %) — у правій частці та білобарно — в 1 (5,6 %). Ускладнений перебіг НКП був у 8 (44,4 %) пацієнтів, з яких у 2 (25 %) виявлені нагноєння кисти зі спонтанним розривом, у 1 (12,5 %) — розрив кисти з крово- течею у червну порожнину, у 1 (12,5 %) — нагноєння кисти, у 2 (25 %) — здавлення кістою гепатикохоледоха і механічна жов- тяниця та у 2 (25 %) — печінкова недостатність.

В I групу включили 9 (50 %) хворих, яким виконана невід- кладна операція. З них атипова резекція печінки проведена у 4 (44,4 %) пацієнтів (холецистектомія — 3, розрізана гематома брижі тонкої кишки — 1), лівостороння гемігепатектомія — у 2 (22,2 %), перицистектомія — у 2 (22,2 %) та розрізана кіста печінки, що нагноїлася, — у 1 (11,1 %). Післяопераційні усклад- нення виникли у 2 (22,2 %) хворих (нагноєння рани — 1, пнев- монія — 1). Середній ліжко-день  $13,0 \pm 1,2$ . Усі видужали. II групу становили 9 (50 %) пацієнтів, оперованих у плановому по- рядку. З 9 пацієнтів після атипкової резекції печінки в 6 (66,7 %) хворих проведені симультанні операції (холецистектомія — 1, правостороння геміколектомія — 1). Ускладнень та летальних наслідків не спостерігали. Середній ліжко-день  $11,0 \pm 1,3$ .

**Висновки.** Діагностика непаразитарних кіст печінки є комп- лексною. Вибір об'єму операції залежав від багатьох складових; частота післяопераційних ускладнень — 11,1 %, без летальних наслідків.

**Ключові слова:** непаразитарні кисти печінки, діагностика, хі- рургічне лікування.

Kapshitar A.V.

Zaporizhya State Medical University, Zaporizhya, Ukraine

## NON-PARASITIC HEPATIC CYSTS: DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT

**Summary.** If previously non-parasitic hepatic cysts (NHC) were detected in 1 % of the population, then now due to the widespread use of ultrasound, CT, MRI, and their detection rate increased significantly, reaching 5–6 %. In most cases cysts are asymptomatic and only in 10–18.3 % of cases, while increasing them than 5 cm in diameter, they manifest with discomfort moderate pain in the right subcostal area and other complications occur in patients 5–5.9 %. Despite significant advances in surgical hepatology, problem of NHC diagnosis and treatment approaches are still not fully resolved and remain controversial.

**Objective:** to evaluate the state of diagnosis, indications and results of surgical treatment of non-parasitic hepatic cysts.

**Material and Methods.** We examined 18 patients with solitary NHC. In a matter of urgency, 9 patients (50 %) were operated and in the planning — 9 (50 %). Men were 4 (22.2 %), women — 14 (77.8 %). The age of patients ranged from 31 to 82 years, with a median of 57.6. All 18 patients had concomitant diseases of the abdominal cavity and retroperitoneal space. Intercurrent illnesses suffered 16 (88.9 %) patients. In the diagnosis of NHC, along with clinical and laboratory biochemical examination of patients, we determined tumor markers and anti-parasitic antibodies, performed a plan radiography of chest and abdominal cavity, fiberoptic esophagogastroduodenoscopy, ultrasound, CT, laparoscopy.

**Results and Discussion.** On admission to urgently and routinely club NHC identified in 9 (50 %) patients. In the process of ultrasound in 13 (86.7 %) patients diagnosed with hepatic cysts and its location has been defined. In 3 patients during CT we visualized round or oval hypodense lesions. Laparoscopic examination performed in 4

patients enabled to determine the combination of NHC with acute abdominal surgical pathology. NHC in 9 (50 %) patients were located in the left lobe of the liver, in 8 (44.4 %) — and in the right lobe and in two lobes — 1 (5.6 %). Morbidity recorded in 8 (44.4 %) patients, in 2 (25 %) of them — empyema of cyst with spontaneous rupture and diffuse purulent-fibrinous peritonitis, in 1 (12.5 %) — rupture of the cyst with bleeding into abdomen and hemoperitoneum, in 1 (12.5 %) — empyema of cyst. in 2 (25 %) — compression by the cyst of hepaticocholedochus and jaundice, and in 2 (25 %) — hepatic insufficiency.

Group I included 9 (50 %) patients who underwent emergency surgery. Of these atypical liver resection performed in 4 (44.4 %) patients (cholecystectomy — 3, dissect mesentery hematoma — 1), left-sided hemihepatectomy — in 2 (22.2 %), pericystectomy — in 2 (22.2 %) and open festering cyst of the liver — in 1 (11,1 %). Postoperative complications occurred in 2 (22.2 %) patients, of whom one was festering wounds, and 1 — developed pneumonia. Average bed/day  $13.0 \pm 1.2$ . All have recovered. II group consisted of 9 (50 %) patients operated in a planned manner. Of the 9 patients after an atypical liver resection 6 (66.7 %) patients underwent simultaneous operations of cholecystectomy, and 1 (11.1 %) — right hemicolectomy with ileotransversostomy. Complications or deaths weren't observed. Average bed/day  $11.0 \pm 1.3$ .

**Conclusions.** Diagnosis of non-parasitic hepatic cysts should be comprehensive. The operation of choice is atypical liver resection, or hemihepatectomy pericystectomy, the frequency of postoperative complications — 11.1 %, and no deaths.

**Key words:** non-parasitic hepatic cysts, diagnosis, surgical treatment.