

УДК 616.36-006.311.03-07-089

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ПЕЧЕНИ

Б.А. Авасов

Представлены особенности диагностики, хирургической тактики и результаты радикальных операций при гемангиоме печени.

Ключевые слова: гемангиома; резекции печени; хирургическая тактика; осложнения.

Введение. Гемангиома является наиболее часто встречающейся опухолью печени и составляет 2,2–3 % от всех доброкачественных новообразований печени, а частота их, по данным аутопсий, составляет 0,7–7, 3 % [1–3].

Значительный прогресс в медицинской науке и технике последних лет способствовал появлению и широкому распространению современных методов диагностики очаговых поражений печени, таких как ультразвуковое исследование в масштабе реального времени (УЗИ), рентгеновская компьютерная (КТ), магнитно-резонансная (МРТ) и позитронно-эмиссионная томографии, что внесло существенные изменения в тактику лечения больных с гемангиомами печени [4, 5].

История изучения гемангиом печени начинается с 1816 г., когда эти опухоли были впервые описаны Dupuytren и Gruveilhier, а первая успешная резекция печени при гемангиоме выполнена в 1898 г. J. Pfannensteil [6, 7]. Трудности и несовершенство дифференциальной диагностики, отсутствие единых дифференциально-диагностических и тактических критериев, определяющих подход к хирургическому лечению больных с гемангиомами печени, свидетельствуют о нерешенности и актуальности данной проблемы.

Материал и методы обследования. В отделениях хирургии городской клинической больницы № 1 г. Бишкек с 2006 по 2012 г. обследовались и оперированы 12 пациентов с гемангиомой печени.

Среди наблюдавшихся больных женщин было 11, мужчин – 1. Возраст пациентов варьировал от 27 до 57 лет. Солитарная форма была представлена 5 (41,7 %) случаями одиночных гемангиом печени. Множественно-очаговая форма, когда количество опухолевых узлов было не менее 2, отмечалась у 7 (58,3 %) пациентов.

Наиболее частым гистологическим типом опухоли был кавернозный, который встретился в 10 случаях, у двоих пациентов выявлен капиллярный тип опухоли. Размеры опухолей колебались от 1,0 до 10 см в диаметре. Количество узлов варьировало от 1 до 5. Опухоль занимала один сегмент печени в 5 наблюдениях, два сегмента – еще в 4, три, четыре и пять сегментов были по одному случаю.

Клинические проявления заболевания у пациентов с гемангиоматозом печени не имели специфического характера и были достаточно скудными. Больные предъявляли жалобы на различной интенсивности боли, чувство тяжести и распирания в верхних отделах живота, общее недомогание. У ряда больных отмечался диспепсический синдром. Однако ведущим клиническим синдромом был болевой, который присутствовал практически у каждого пациента.

Диагностика данного вида опухолей основывалась на данных УЗИ, при котором выявляется гиперэхогенное образование в печени, не дающее акустической тени. В случае гиалиноза в центре образования выявляются гипозоногенные участки неправильной формы жидкостной плотности. При КТ с внутривенным контрастированием гемангиомы выглядят, как гиподенсные участки округлой формы с участками разрежения в центре, накапливающие и удерживающие контраст в паренхиматозную фазу. Выполнение пункционной биопсии при гемангиомах печени опасно ввиду возможности развития внутрибрюшного кровотечения.

Тактику лечения определяли в соответствии с клинической картиной, данными УЗИ и КТ. Учитывали локализацию, размер и количество гемангиом, наличие или отсутствие осложнений, взаимоотношение с сосудисто-секреторными структурами.

рами печени, а также выполняли биохимические исследования функции печени.

Результаты и их обсуждение. Радикальные операции произведены 11 пациентам (резекции печени различного объема), в 1 случае гемангиома печени была обнаружена случайно, как сопутствующая патология, во время операции холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита. Распределение вмешательств по объему резекций представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Объем выполненных резекций печени при гемангиоме

Объем резекции печени	Число наблюдений
Правосторонняя гемигепатэктомия	2
Левосторонняя гемигепатэктомия	1
Бисегментэктомия	4
Трисегментэктомия	3
Клиновидная резекция сегмента + холецистэктомия	1
Диагностическая лапаротомия + холецистэктомия	1
Всего	12

В качестве оперативного доступа при резекции печени лапаротомия по Кохеру использовалась в 7 случаях, по Федорову – в 2 и верхнесрединная лапаротомия, Г-образный доступ, доступ по типу “Мерседес” – по одному случаю.

В послеоперационном периоде у 5 больных развились следующие осложнения: поддиафрагмальный абсцесс и внутрибрюшное кровотечение из раны печени по 1 случаю, в 2 случаях нагноение послеоперационной раны и еще в 4 случаях наблюдался содружественный плеврит. Всего отмечалось 8 осложнений у 5 больных.

Явления реактивного плеврита были успешно устранены плевральными пункциями, поддиафрагмальный абсцесс был санирован дренированием по Сельдингеру и адекватной антибиотикотерапией. В одном случае у больной развилось диффузное кровотечение из раны печени, потребовавшее релапаротомии и повторного ушивания раны печени швами Кузнецова – Пенского. При нагноении послеоперационных ран применяли антибактериальную терапию с учетом микрофлоры, озонотерапию, местное лечение. Летальных случаев после радикальных при гемангиомах печени не отмечалось.

Из изложенного выше можно сделать следующие выводы:

1. Гемангиома печени хоть и является доброкачественной опухолью, однако может давать серьезные осложнения в виде спонтанного разрыва и угрожать жизни больного.

2. Гемангиомы размером свыше 5 см, а также быстрорастущие гемангиомы по результатам активного динамического контроля с использованием УЗИ и КТ, подлежат хирургическому лечению.

3. Наиболее достоверным методом диагностики гемангиом печени являются УЗИ в масштабе реального времени и КТ.

4. Методом выбора радикального лечения гемангиом печени является резекция печени, однако она должна проводиться в специализированных хирургических центрах

Литература

1. *Благитко Е.М.* Непосредственные результаты резекции печени при ее очаговых поражениях / Е.М. Благитко, С.Д. Добров, Г.Н. Толстых и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* 1996. (Приложение). № 1. С. 200–201.
2. *Веронский Г.И.* Хирургическая тактика при опухолях печени / Г.И. Веронский, С.Г. Штофин, А.И. Попов // *Анналы хирургической гепатологии.* 1996. (Приложение). № 1. С. 205–206.
3. *Вечерко В.Н.* Диагностика и хирургическое лечение кавернозных гемангиом печени / В.Н. Вечерко, Ф.А. Гредмев, П.П. Конопля // *Хирургия.* 1996. № 2. С. 22–23.
4. *Абдуллаев А.Г.* Компьютерная томографическая диагностика объемных образований печени различного генеза / А.Г. Абдуллаев, В.И. Милонова, И.А. Царенко // *Хирургия.* 2005. № 6. С. 61–65.
5. *Noda T., Sasaki Y., Yamada T. et al.* Adult capillary hemangioma of the liver: report of a case // *Surgery today.* 2006. № 35. P. 796–799.
6. *Вишневский В.А.* Совершенствование методов хирургического лечения очаговых поражений печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / В.А. Вишневский. М., 1990. 46 с.
7. *Aseni K., Riolo F., Cerrai F.G. et al.* Hepatic hemangiomas: selection of criteria for surgical treatment // *AJR* 1997. № 42. P. 469–473.