

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Б.А. Авасов

Представлены результаты диагностики и оперативного лечения больных с гемангиомой печени кавернозной и капиллярной форм.

Ключевые слова: печень; гемангиома; диагностика; хирургическое лечение; осложнения.

В последние годы многие исследователи отмечают существенный рост заболеваемости очаговой патологией печени и в том числе увеличение частоты больных с гемангиомами [1, 2]. Однако повышение заболеваемости обусловлено и улучшением методов диагностики, в частности широкое применение ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) значительно улучшило диагности-

ку очаговых заболеваний печени, особенно гемангиом [1, 3]. Нужно отметить, что это заболевание не является редкостью и, по данным А.И. Грицаенко [2] и З.С. Завенян и соавт. [4], частота гемангиом увеличилась с 0,5 до 7,0 %. Оптимальным методом диагностики являются УЗИ и КТ.

Основным методом лечения гемангиом печени является хирургический. Это резекция печени

и значительно реже – энуклеация [5–7]. Методы эмболизации печеночной артерии и ее ветвей, использование склеротерапии пока не нашли широкого применения. Наиболее эффективным методом является хирургический, но после него наблюдается ряд осложнений.

Цель работы – представить результаты оперативного лечения (резекция печени) гемангиом печени.

Материал и методы обследования. Под наблюдением находилось 13 больных, из них женщин – 11, мужчин – 2, в возрасте от 27 до 57 лет, средний возраст составил $35,9 \pm 4,2$ лет. Давность заболевания была от одного месяца до двух лет – это время, когда у них появились признаки болезни, которые заключались в появлении слабости и тупой боли и тяжести в правом подреберье и эпигастральной области. Мы проследили частоту поступления больных с гемангиомами печени с 2006 по 2012 г. и при этом какой-либо закономерности не отметили. В 2007 и 2011 г. поступили по одному больному, в 2008 – 4 пациента, 2009 – 3, а в 2006 и 2012 – по 2 больных.

В обследовании больных, помимо выяснения анамнеза заболевания, данных объективного обследования, использовали ультразвуковое исследование и компьютерную томографию и в неясных случаях – магнитно-резонансную томографию, учитывали результаты реакции Казони. Для оценки функционального состояния печени и почек выполняли биохимические анализы крови (билирубин, тимоловая проба, трансаминазы, общий белок, мочевины и креатинин) по общепринятым методикам. Ультразвуковое исследование выполняли до и после операции многократно для выявления наличия выпота в плевральной и брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. В результате выполненного обследования гемангиомы печени обнаружены у 12, а у одного гемангиома сочеталась с калькулезным холециститом. Противопоказаний для выполнения радикальной операции не было: органы грудной клетки без патологии, функциональные показатели печени и почек удовлетворительные. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. Уделяли внимание выбору доступа с учетом локализации гемангиомы. Доступ по Кохеру в правом подреберье выполнен у 7, по Федорову – у 3, Г-образный и “мерседес” и верхне-срединный – по одному наблюдению. При ревизии печени кавернозная гемангиома выявлена у 12 и капиллярная – у одного. Размеры гемангиомы были от 5 до 18 см.

Учитывая травматичность предстоящей операции, мы сразу же после лапаротомии осуществ-

ляли реканализацию пупочной вены и вводили медикаментозные средства через пупочную вену в момент операции и в послеоперационном периоде. После ревизии печени осуществляли радикальные операции – метод дигитоклазии у 11 и анатомические резекции фиссуральным способом – у двух. Объем операций был следующим:

- правосторонняя гемигепатэктомия – у 2;
- трисегментэктомия – у 2;
- бисегментэктомия – у 4;
- сегментэктомия – у 3;
- левосторонняя гемигепатэктомия – у 1;
- сегментэктомия и холецистэктомия – у 1.

При выполнении основного этапа операции с целью уменьшения кровопотери осуществляли пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки не более, чем на 5–6 минут и в это время осуществляли внутривенное введение медикаментозных средств (рефортан, полиглюкин, реополиглюкин, глюкозу с комплексом витаминов).

В момент операции у двух больных была повреждена нижняя полая вена, наложен сосудистый шов, осложнений не было. Еще у одного наблюдалось диффузное кровотечение из раневой поверхности печени, которое было остановлено.

Кровопотеря в момент операции отмечена от 200 мл до 1500 мл (при повреждении нижней полой вены).

К концу операции обязательно дренировали поддиафрагмальное и подпеченочное пространство.

После операции состояние больных было тяжелым, поэтому выполняли введение медикаментозных средств через пупочную вену, а при необходимости сочетали и с внутривенным введением. Больная получала обезболивающие средства и антибиотики, осуществляли УЗИ через день-два.

В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 4 больных, причем у всех по два осложнения, что существенно влияло на течение послеоперационного периода. У 4 больных выявлен правосторонний плеврит, выполняли пункции до прекращения появления выпота, у одного на 5-е сутки диагностирован поддиафрагмальный абсцесс – под контролем УЗИ произведено дренирование, наступило выздоровление, у другого на вторые сутки появились признаки внутрибрюшного кровотечения. Ему выполнена релапаротомия – произведено повторное ушивание раневой поверхности печени, кровотечение остановлено; у двух возникло нагноение раны. У всех больных осложнения были излечены и они выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание в стационаре составило $16,2 \pm 3,18$ койко-дней. Более длительные

сроки лечения в стационаре отмечены у больных с осложнениями в послеоперационном периоде.

Таким образом, наши наблюдения показали, что хирургическое лечение больных с гемангиомами печени остается серьезной проблемой, поскольку в момент операции и после нее возникает ряд осложнений. Однако своевременное их выявление и выполнение адекватного лечения позволяют добиться выздоровления.

Литература

1. *Балеф Э.И.* Ультразвук в диагностике заболеваний печени / Э.И. Балеф, А.А. Джиру, В.И. Сапожков // *Здравоохранение Казахстана.* 1998. № 1. С. 49–51.
2. *Грицаенко А.И.* Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Грицаенко. Уфа, 2006. 23 с.
3. *Зубарев А.В.* Новые возможности ультразвука при исследовании печени / А.В. Зубарев, И.В. Каленова // *Материалы VIII Всероссийского съезда рентгенологов и радиологов.* М., 2001. С. 262–264.
4. *Завенян З.С.* Гемангиома печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению / З.С. Завенян, Р.П. Ратникова, Ю.Р. Камалов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* 2004. Т. XIV. № 5. С. 14–21.
5. *Онищенко С.В.* Современные технологии в хирургии печени / С.В. Онищенко, В.В. Дарвин, А.Я. Ильканич // *Анналы хирургической гепатологии.* 2007. Т. 12. № 3. С. 97–98.
6. *Третьяков А.А.* Диагностика и хирургическая тактика при гемангиомах печени / А.А. Третьяков, А.Ф. Щетинин, А.Г. Петренко // *Междисциплинарный научно-практический журнал.* 2011. Т. 6. № 2. С. 116–117.
7. *Vilgrain V.* Imaging of atypical hemangiomas of the liver with pathologic correlation / V. Vilgrain // *Radiographics.* 2000. Vol. 20. P. 379–397.