

УДК 616.36-006.44-03

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ***Н.Б. Губергриц, Н.С. Кабанец, В.Я. Колкина, М.А. Крюк**Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

**Реферат.** В работе на основании анализа современной отечественной и зарубежной литературы, результатов собственных наблюдений показана тактика дифференциальной диагностики различных доброкачественных опухолей печени. Определена тактика ведения больных, обоснованы различные методы диагностики, лечения и их преимущества.

**Ключевые слова:** опухоль печени, аденома, гемангиома, фокальная нодулярная гиперплазия.

В последние годы все чаще врачи стали сталкиваться с различными очаговыми образованиями печени. Благодаря расширению использования и улучшению качества методов обследования, часто выявляют патологию печени. Многие из этих случайных находок являются доброкачественными новообразованиями. В отличие от опухолей других локализаций (например, молочной железы) о доброкачественных опухолях печени большинство практикующих врачей знает мало.

Печень является самой большой железой, имеет неправильную форму, масса ее у взрослого человека равна в среднем 1500 г. Печень участвует в процессах пищеварения (вырабатывает желчь), кроветворения и обмена веществ. Она играет важную роль в поддержании постоянства внутренней среды организма. Печень—один из важнейших органов, отвечающих за обезвреживание и выведение из организма шлаков и токсичных соединений. Поэтому нарушение функции печени чрезвычайно отрицательно сказывается на состоянии здоровья человека [3].

Случайно выявляемые очаговые образования печени, которые чаще имеют место у женщин, чем у мужчин, нередко вызывают много беспокойства и у больного, и у врача. Поэтому очень важно как можно быстрее поставить точный диагноз для того, чтобы можно было обсудить с пациентом возможные последствия. Если удастся установить доброкачественный характер патологии, то пациента можно быстро успокоить, даже в том случае, если предлагается хирургическое лечение для предотвращения возникновения проблем в более поздней стадии. Объемный процесс в печени может вызывать различные симптомы. Характер и интенсивность симптомов в большей степени

зависят от анатомической локализации опухоли, чем от гистологического варианта доброкачественного образования.

В большинстве своем доброкачественные опухоли печени (ДОП) — клинически малосимптомные или бессимптомные новообразования печени, исходящие либо из эпителиальной ткани (гепатоцеллюлярная аденома и др.), либо из стромальных и сосудистых элементов. К последним относятся гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, липомы и смешанные опухоли — гамартомы (тератомы). Логично отнести к доброкачественным новообразованиям печени также и непаразитарные кисты. У большинства пациентов первым обследованием, при котором выявляют доброкачественные опухоли печени, является ультразвуковое исследование. При ультразвуковом обследовании могут быть с уверенностью диагностированы немассивные опухоли, такие как кисты печени — образования в печени, представляющие собой полости, заполненные жидкостью. Развиваются кисты из зачатков желчных ходов и превращаются в полости, выстланные изнутри эпителием, который продуцирует жидкий секрет. Простые кисты встречаются у 2–3% взрослых и редко имеют последствия для пациентов; их диагностируют в 5 раз чаще у женщин, чем у мужчин; чаще в возрасте после 40 лет. Среди них выделяют истинные кисты (дермоидные, ретенционные цистаденомы) и поликистоз печени (более, чем у половины больных он сочетается с кистозными изменениями других органов — почек, поджелудочной железы, яичников) [1].

Нередко наблюдаются также ложные кисты (травматические, воспалительные)—их стенки состоят из фиброзно-измененной ткани печени. Содержимое представляет собой светлую прозрачную или бурю прозрачную жидкость с примесью крови или желчи. Истинные кисты, как правило, одиночные; ложные могут быть как одиночными, так и множественными. Объем множественных кист обычно составляет несколько мл, в то время как объем солитарных (истинных и ложных) кист может достигать 1000 мл и более. При дифференциальной диагностике необходимо рассматривать возможность паразитарной кисты или цистадено-

мы. Общими для ДОП являются два важных признака: 1) отсутствие повышения концентраций альфа-фетопротеина, карциноэмбрионального антигена и карбоантигена 19—9 сыворотки крови; 2) отсутствие отчетливого повышения активности аспарагиновой и аланиновой аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы и лактатдегидрогеназы. Эти признаки надежны только в случаях отсутствия хронических или острых диффузных заболеваний печени, которые сами по себе могут вызвать изменения вышеприведенных тестов [4].

Гемангиомы – наиболее часто встречающаяся солитарная патология печени. Во многих случаях обнаружение гемангиомы, как и других доброкачественных опухолей печени, является случайной находкой. Могут иметь место множественные гемангиомы. В большинстве случаев речь идет об асимптоматических мелких образованиях (менее 3 см), это касается и капиллярной гемангиомы; в некоторых случаях обнаруживаются более крупные гемангиомы (более 4 см). Кавернозные гемангиомы могут достигать очень больших размеров (более 10 см) и из-за этого приводить к механическим нарушениям. Гемангиомы могут быть двух вариантов: кавернома, состоящая из расширенных кровеносных сосудов, и истинная гемангиома, развивающаяся из сосудистой эмбриональной ткани. Располагаются гемангиомы чаще субкапсулярно, в правой доле, нередко обладают ножкой, часто покрыты фиброзной капсулой, которая может кальцинироваться [2].

При ультразвуковом обследовании могут быть обнаружены специфические признаки, такие как гомогенная гиперэхогенная область при образованиях капиллярного типа, которые чаще всего располагаются субкапсулярно. Кавернозная гемангиома может при эхографии выглядеть как гипоэхогенная патология. Если есть сомнение в диагнозе из-за отсутствия специфических признаков при эхографии, то диагностика может быть расширена с помощью компьютерно-томографического (КТ) или магнитно-резонансного (МР) сканирования. Таким образом проводят дальнейшую дифференциацию между гемангиомой и другой патологией, например, метастатическим поражением печени. Поскольку в распоряжении врача имеются точные неинвазивные методы исследования, ангиография применяется редко. На ангиограммах определяется быстрое контрастирование гемангиомы в артериальной фазе и стойко сохраняющееся контрастирование в венозной фазе; образование

новых кровеносных сосудов и артерио-венозные шунты отсутствуют.

Чрескожная биопсия опухоли, информативность которой высоко оценивается некоторыми клиницистами, принята в качестве метода окончательной диагностики далеко не всеми. Более разумным подходом при прочих равных условиях является повторное выполнение КТ или МРТ через 2-3 месяца для подтверждения отсутствия изменений (роста) в найденном образовании [3].

Как показывает микроскопическое исследование, гемангиома состоит из заполненных кровью синусоидов, разделенных соединительнотканнкими перегородками. Изредка рост гемангиомы провоцируется беременностью или приемом эстрогенных препаратов. Обнаружение мелких гемангиом не имеет последствий для пациента. При больших размерах и соответствующей локализации иногда появляются симптомы сдавления желчевыводящих путей или, реже, симптомы портальной гипертензии. Иногда больной обращается к врачу в связи с болями в верхней половине живота. При крупных гемангиомах может быть показана резекция пораженной части печени, в большинстве случаев – с целью ликвидации механических нарушений. Большие кавернозные гемангиомы могут вызывать серьезные осложнения, такие как коагулопатия потребления и кровотечения из-за разрыва. Спонтанные разрывы очень редки, но жизненноопасны [1,2]. Четкие клинические проявления наблюдаются лишь в 5-10% случаев. Как правило, в этих случаях диаметр опухоли превышает 5 см. При наличии у специалиста достаточного опыта показано хирургическое лечение большой гемангиомы.

Массивные ДОП, такие как фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ) и печеночно-клеточные аденомы, диагностировать сложнее. Аденомы печени встречаются значительно реже. Риск развития аденомы повышен у женщин, принимающих противозачаточные гормональные препараты. Особенно высок риск возникновения аденомы у женщин старше 30 лет, когда непрерывный прием контрацептивов внутрь (через рот) превышает 48 месяцев. Данное обстоятельство следует учитывать при выборе метода контрацепции, а, главное, обязательно следует посоветоваться с врачом, чтобы это во многих отношениях полезное средство не принесло вреда здоровью. Клинически аденома – это малосимптомная доброкачественная опухоль печени, имеющая признаки аденомы, развивающейся из гепатоцитов, нередко отграничена капсулой. Реже

возникает при длительном приеме анаболических стероидов. Аденома развивается достаточно редко: у 3—4 человек на 100 000 длительно пользующихся контрацептивами. Как правило (в 90%), она бывает одиночной; обнаруживается чаще в правой доле, субкапсулярно. Если аденома располагается в передне-нижних отделах, то пальпируется в виде гладкого неплотного образования. Опухоль отличается усиленной васкуляризацией. В аденоме нередко выявляются очаги некроза и кровоизлияний. Более агрессивным течением отличаются аденомы, развившиеся на фоне приема анаболических стероидов. Изредка наблюдаются осложнения в виде интраперитонеальных кровотечений. Очень редко аденома перерождается в злокачественную опухоль [2,7].

Выявляется аденома чаще при ультразвуковом исследовании. Внешние признаки этой опухоли печени достаточно variabelны: от гиподенсивных до гиперэхогенных образований при ультразвуковом сканировании и от гиподенсивных (пониженной плотности) до гиперденсивных (повышенной плотности) образований при КТ. На компьютерных томограммах может отмечаться усиление контрастности изображения, особенно по периферии новообразования. Повышенная плотность центральных участков опухоли, представленных очагами кровоизлияний, свидетельствует в пользу предполагаемого диагноза. Результаты МРТ характеризуются такой же степенью variability, т.е. метод не дает специфических результатов [5].

Ангиография позволяет подозревать гепатоцеллюлярные аденомы по их гиперваскуляризации и наличию расширенных артерий. Функциональные пробы печени не нарушены. В дальнейшем возможна самопроизвольная регрессия опухоли на фоне отмены гормонов (противозачаточных препаратов, анаболических стероидов). Пациенткам следует избегать беременности. При гистологически подтвержденной опухоли небольших размеров, расположенной глубоко в паренхиме печени, можно ограничиться динамическим наблюдением. При экзифитно растущей на узкой ножке опухоли показано её удаление. Если аденома больших размеров, расположена поверхностно или пациентка планирует забеременеть, то в этих случаях необходимо опухоль удалить (в связи с высоким риском разрыва аденомы и кровотечения).

Когда у пациента в печени выявляют объемный процесс и возникает подозрение на аденому печени, то, в первую очередь, необходима дифференциация между доброкачественным и злокачественным процессом. Неинвазивно-

го визуализирующего обследования часто недостаточно для того, чтобы с уверенностью поставить диагноз. С помощью КТ-ангиографии может быть выявлена гиперваскуляризованная опухоль с неоднородными плохо васкуляризованными областями, которая может быть как аденомой, так и карциномой. Уменьшение накопления контрастного вещества при сканировании с технецием также может наблюдаться при обеих патологиях. В прошлом чрескожной биопсии печени избегали из-за риска кровотечения или развития метастазов при пункции злокачественной опухоли. Кроме того, не во всех случаях полученный материал позволял выявить характер патологии. Благодаря улучшению техники пункции под эхографическим контролем риск кровотечения и получения нерепрезентативного биоптата резко уменьшился. Риск метастазирования также очень мал (0,04%). В настоящее время чрескожная биопсия является безопасным и быстрым способом постановки диагноза [5]. Описаны случаи злокачественного перерождения печеночно-клеточных аденом. В связи с этой потенциальной опасностью при ведении больных с печеночно-клеточными аденомами в первую очередь ориентируются на резекцию [3].

ФНГ—редкая патология, которая часто обнаруживается случайно во время вскрытия, лапаротомии или обследования с использованием визуализирующих методов. Эта опухоль встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин, описана даже у детей. Не выявлена явная связь между возникновением ФНГ и применением оральных контрацептивов, как в случае печеночно-клеточных аденом [1,8]. Есть, однако, указания на то, что имеющийся очаг ФНГ при использовании оральных контрацептивов может увеличиваться в размерах [2]. Для диагностики применяют КТ с контрастным усилением или МРТ. ФНГ как при эхографии, так и при КТ-сканировании может выглядеть как звездообразный фиброз. В большом числе случаев использование только неинвазивных методов не позволяет с уверенностью поставить диагноз. Может быть проведено ангиографическое обследование, при котором обнаружение центральной питающей артерии делает наличие ФНГ очень вероятным. Если есть сомнение в диагнозе, то отдают предпочтение биопсии печени под УЗИ контролем [5,6]. Лечение состоит в резекции печени. В литературе представлены только единичные сообщения о консервативном лечении этой патологии. Оно подразумевает прекращение приема оральных контрацептивов, так как есть

указания на то, что применение этих препаратов может стимулировать рост ФНГ [4,5]. Учитывая отсутствие абсолютно точных и однозначно свидетельствующих в пользу доброкачественной опухоли признаков и лабораторных маркеров, по мнению большинства специалистов, необходим последовательный, поэтапный диагностический подход.

### **З а к л ю ч е н и е**

При обнаружении объемного процесса в печени необходимо точно поставить диагноз для исключения злокачественной патологии. Гемангиомы и кисты в большинстве случаев могут быть диагностированы без применения инвазивных методов. При наличии крупных гемангиом следует прибегнуть к резекции печени.

При ФНГ и печеночно-клеточных аденомах дифференциация между доброкачественной и злокачественной патологией может быть затруднена. Пункционной биопсии печени под контролем эхографии или КТ-сканирования в подобных случаях отдается предпочтение. При ФНГ тактика должна быть выжидательной. При аденоме печени предпочтение отдается резекции, если опухоль не уменьшается после прекращения приема оральных контрацептивов.

### **ДОБРОЯКІСНІ ПУХЛИНИ ПЕЧІНКИ**

*Н.Б. Губергриц, Н.С. Кабанець, В.Я. Колкіна, М.О. Крюк*

**Реферат.** У роботі на підставі аналізу сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури і результатів власних спостережень показана тактика диференціальної діагностики різних доброякісних пухлин печінки. Визначена тактика ведення хворих, обґрунтовані різні методи діагностики, лікування та їх переваги.

**Ключові слова:** пухлина печінки, ангиома, гемангиома, фокальна нодулярна гіперплазія.

### **BENIGN TUMORS OF LIVER**

*N.B. Gubergritc, N.S. Kabanets, V.J. Kolkina, M.A. Kruk*

**Abstract.** The article is based on the analysis of the modern domestic and foreign literature, outcomes of our own observations, the expediency and efficiency of differential diagnostics of benign tumors of the liver. The tactics of patients' management, different methods of diagnostics, treatment and their advantages are given..

**Key words:** tumor of liver, adenoma, gemangioma, focal nodular hyperplasia.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Болезни печени и желчевыводящих путей / Под ред. В.Т. Ивашкина-М.: М-Вести, 2005.-536 с.
2. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология. – М.: Мед. информ. агентство, 1998.- 647 с.
3. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология.- М.: Мед. информ. агентство, 2004.- 413-581 с.
4. Ивашкин В.Т., Буевров А.О. Аутоиммунные заболевания печени в практике клинициста.- М.: М-Вести, 2001.- 102 с.
5. Подьмова С.Д. Болезни печени.- М.: Медицина, 2005.- 768 с.
6. Скрипник І.М., Мельник Т.В., Потяженко М.М. Клінічна гепатологія.- Полтава: Дивосвіт, 2007.- 424 с.
7. Циммерман Я.С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний.- Пермь: Перм. мед. акад., 2003.- 288 с.
8. Reddy KR, Schiff ER. Approach to a liver mass Seminars in liver disease 1993; 13 (4): 423-35.