

УДК 616.36-006.311.03-072-089.84

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

А.Д. Шаталов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проведен анализ современных инструментальных методов диагностики у 36 больных с гемангиомами печени, лечившихся в клинике за последние 10 лет. Среди них было 23 (65%) женщин и 13 (35%) мужчин в возрасте 24 – 67 лет. Наиболее информативными методами диагностики явились ультразвуковое исследование в сочетании с магнитно-резонансной томографией. Максимальное значение общей диагностической точности ультразвуковых параметров составило 83,9-88,5%, чувствительности – 100%. Диагностическая точность МРТ-параметров составила 90,4%, а чувствительность – 100%. По поводу данной патологии в клинике выполнено 36 видеоэндоскопических хирургических операций: энуклеации – 11 (31%), резекции печени – 25 (69%). Осложнений, связанных с операцией, не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 4-6 дней.

Ключевые слова: гемангиома печени, диагностика, видеоэндоскопическое хирургическое лечение.

В настоящее время возможности раннего выявления больных с гемангиомами печени значительно расширились, что связано прежде всего с внедрением в хирургическую практику таких высокоинформативных методов диагностики, как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), МРТ с ангиографией, позитронно-эмиссионная томография, цифровая субтракционная ангиография, пункционная биопсия и др. Однако нельзя считать проблему диагностики и лечения гемангиом печени окончательно решенной. Нет единого взгляда на алгоритм диагностики данной патологии; не уточнены однозначные показания и противопоказания к оперативному лечению, объему резекции, под вопросом остаётся и целесообразность использования малоинвазивных оперативных методов лечения [3-5, 7].

Гемангиома печени составляет 2,3-3% среди всех доброкачественных очаговых образований печени (ДООП), а во время аутопсий – 0,7-7,3%, однако Завенян З.С. и соавторы [2] приводят данные, что на аутопсии данная патология встречается в 7-15% случаев. Некоторые авторы утверждают, что почти 2% населения имеют гемангиому печени, которая после рождения медленно увеличивается [3, 4, 6]. Частота встречаемости кавернозной гемангиомы печени составляет 2,2-3,0% сре-

ди всех ДООП, а по данным Лаврика Г.В. и соавт. – 5% [4].

У женщин гемангиомы печени наблюдаются чаще, чем у мужчин (соотношение 4-6:1), что связано, по-видимому, с родами, особенно многократными, приёмом оральных контрацептивов, интенсивностью гормональной функции, лечением эстрогенами [1, 3, 4].

Цель исследования – изучение возможностей различных методов диагностики гемангиом печени, улучшение результатов лечения этих больных путём оптимизации видеоэндоскопического хирургического лечения.

Материал и методы

За последние 10 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна лечились 36 больных с гемангиомами печени. Среди них было 23 (65%) женщины и 13 (35%) мужчин в возрасте 24-67 лет. В 24 (62%) случаях гемангиома локализовалась в левой доле печени, в 12 (38%) – в правой. Диаметр сосудистой опухоли составлял от 3 до 15 см. В клинике выполнено 36 видеоэндоскопических хирургических вмешательств: энуклеаций – 11 (31%), резекций печени – 25 (69%).

Для диагностики применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ с ангиографией, лапароскопия, пункционная биопсия печени. Для УЗИ использовали ультразвуковой сканнер HDI-5000 с конвексным мультиспиральным датчиком C52 5-2 МГц (США), для КТ – мультиспиральный компьютерный томограф “Brilliance” 64 СТ (“Philips”), для МРТ – “Gyrosan Intera” 1,0 Т (“Philips”, Нидерланды). Для лапароскопии и вмешательств под её контролем применяли аппараты и инструменты фирм “Wolf” и “Karl Storz” (Германия). Диагностические пункции выполнялись иглами 18-22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна.

Обработка результатов исследования произведена с помощью персонального компьютера с использованием программы “Statistica for Windows 6.0”.

Результаты и обсуждение

24 (66%) больных с гемангиомами печени предъявляли жалобы на тупые постоянные

боли, чувство полноты или тяжести в правом подреберье или эпигастрии. У 5 (15%) пациентов были периодические боли в правом подреберье и правой поясничной области, у 16 (45%) отмечались диспепсические расстройства: плохой аппетит, тошнота, отрыжка, у 10 (27,7%) было периодическое вздутие живота и исхудание на 2-4 кг.

У 14 (40%) пациентов пальпировалась опухоль в правом подреберье: мягкая, легко сжимаемая – 10 (30%) и плотноэластическая – 4 (11,1%). Поверхность образований была гладкой. 9 (25%) пациентов испытывали при пальпации лёгкую болезненность. Уменьшения мягкой опухоли при сдавлении и “шума волчка” при аускультации мы не наблюдали.

Длительность заболевания у 24 (66,6%) больных составила от 1 года до 6 лет. У 12 (33,4%) пациентов гемангиому печени выявили случайно при УЗИ или КТ. Размеры сосудистой опухоли находились в пределах от 3 до 15 см.

Сочетанное применение современных методов исследования даёт достаточно большой объём информации для точного прижизненного распознавания гемангиомы печени. У 36 больных применены следующие специальные методы исследования: УЗИ – 36, лапароскопия – 36, КТ – 20 (55%), пункционная биопсия – 13 (35%), МРТ – 13 (35%), сцинтиграфия – 9 (25%). КТ и МРТ в 12 случаях сопровождались “усилением” контрастным веществом.

При УЗИ маленькие или капиллярные гемангиомы печени (менее 5 см) определялись в виде типичного экзогенного образования округлой формы с достаточно четкими контурами, хорошо дифференцировались на фоне неизменной паренхимы печени. Положительного доплеровского сигнала внутри гемангиомы на практике не наблюдали (рис. 1). Кавернозные гемангиомы, достигающие больших размеров, чаще выглядели как образования неоднородной структуры и экзогенности (рис. 2), которые лучше верифицировались с помощью КТ и МРТ. При гемангиоме печени максимальное значение общей диагностической точности УЗИ достигало 88,5% (комплексный жидкостный характер образования), а чувствительность – 100,0% (гиперэхогенная структура и наличие дистального псевдоусиления).

При КТ гемангиомы небольших размеров имели округлую форму, пониженную плотность (20-30 ед.Н), неровные, довольно четкие контуры и однородную структуру. Кавернозные гемангиомы имели неоднородную структуру с участками более низкой плотности в центре, обусловленными наличием централь-

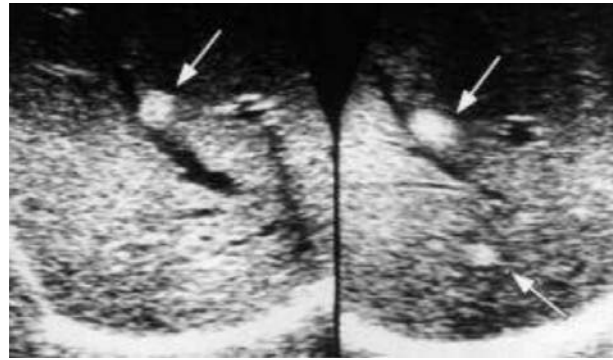


Рис. 1. Сонограмма печени больной С. Капиллярная гемангиома правой доли печени.

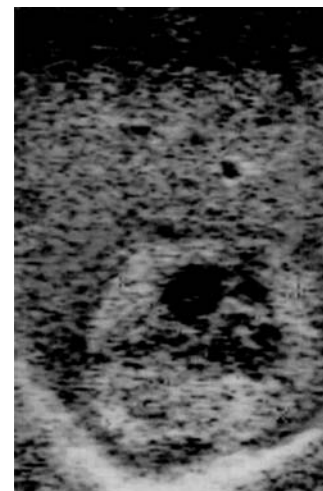


Рис. 2. Сонограмма печени больной Ф. Кавернозная гемангиома правой доли печени.

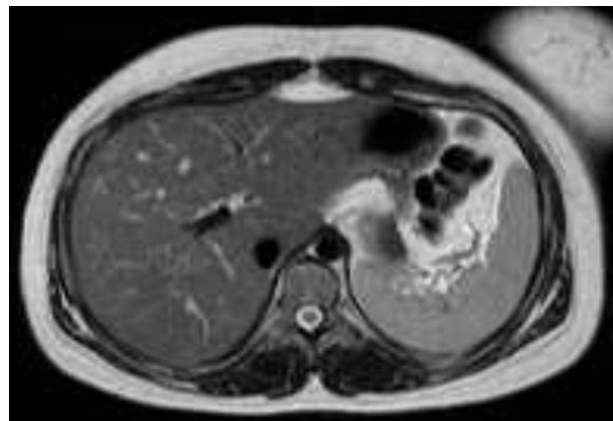


Рис. 3. Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости больной Д. Кавернозная гемангиома левой доли печени.

ного рубца или гиалиновой щели, которые выполнены фиброзной и гиалиновой тканью (рис. 3). После внутривенного контрастирования в начальной фазе (1-5 мин.) отмечалось

краевое накопление контрастного вещества в виде отдельных пятен, которое в последующем (через 5-10 мин.) увеличивалось от периферии к центру и в более поздней фазе (10-15 мин.) достигало максимума вплоть до полного нивелирования образования на фоне нормальной ткани печени, за исключением гиалиновой щели, которая контрастное вещество не накапливала.

На МР-томограммах гемангиомы выглядели как образования с четкими неровными контурами без капсулы и признаков отека, однородной либо неоднородной структуры в зависимости от размеров, имели очень высокий МР-сигнал в Т2- и пониженный в Т1-взвешенных изображениях, напоминая кисту (рис. 4). При внутривенном усилении, которое проводилось в последовательности Т1, накопление контрастного вещества происходило от периферии к центру, аналогично накоплению при КТ, однако имелись некоторые особенности: МР-сигнал от гемангиомы становился выше, чем в окружающей паренхиме печени, что наблюдалось достаточно продол-

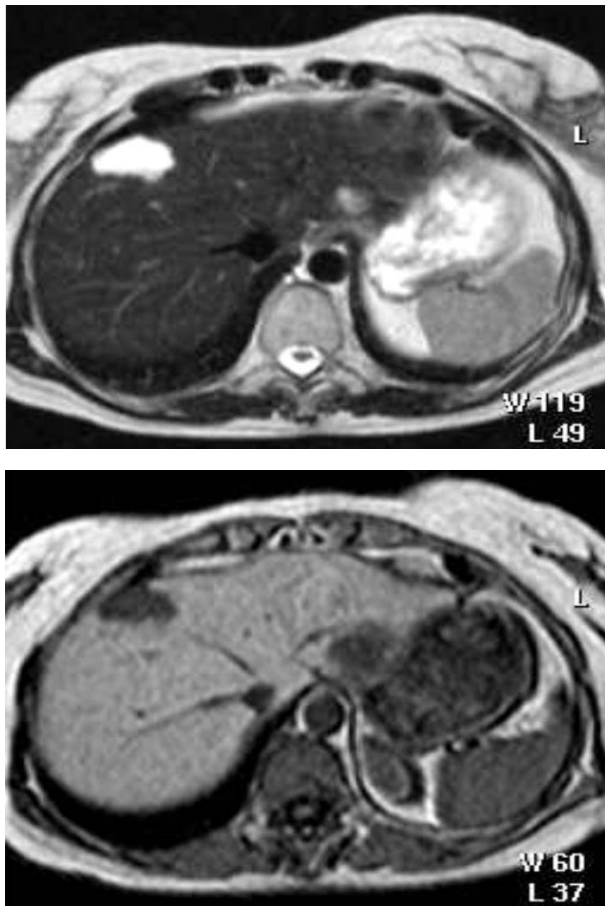


Рис. 4. МР-томограммы печени больной Г. Кавернозная гемангиома правой доли печени. Высокий сигнал в Т2, низкий сигнал в Т1.

жительное время, отсутствовал т.н. эффект «вымывания» контраста.

Максимальное значение общей диагностической точности КТ-параметров достигало 79,6% (неправильная форма образования), а чувствительности – 100,0% (гиперденсный характер образования, нет накопления контрастного вещества «гиалиновой щелью»), МРТ-параметров – 97,3% и 100,0% соответственно.

Пункционную биопсию печени проводили в первую очередь для дифференциальной диагностики со злокачественными образованиями. Выполнены 13 (35%) исследований в диагностическом центре ДОКТМО под ультразвуковым контролем, под местной анестезией. Осложнений не наблюдали.

В клинике выполнено 36 видеоэндоскопических операций. Характер операций: энуклеация опухоли – 11 (31%), резекция печени – 25 (69%). Гемостаз осуществляли с помощью ультразвукового скальпеля или электрокоагуляции. Осложнений, связанных с операцией, не было. Доступной локализацией гемангиом для этих операций считаем III–VII сегменты печени и размеры до 12 см в диаметре. У 8 пациентов успешно применён разработанный нами «Способ ликвидации остаточных полостей печени» (патент на полезную модель № 35718 от 10.10.2008 г.), с использованием тромбоцитарного концентрата. Кровотечения или подтекания желчи не было. Срок пребывания больных в стационаре составил 4-6 дней.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, диагностические критерии оценки гемангиомы печени при помощи современных методов исследования имеют первостепенное значение для уточнения локализации опухоли по отношению к сосудам и воротам органа, для планирования объема лапароскопической операции. Методами выбора являются энуклеация опухоли или резекция в пределах III-VII сегментов печени. Лапароскопические операции служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам при гемангиомах печени. Применение ультразвукового скальпеля при данных операциях позволяет провести надежный гемостаз и, кроме того, сократить длительность и себестоимость операции. В перспективе уменьшить количество интра- и послеоперационных осложнений позволит применение аппарата для биологической сварки тканей и разработанного способа ликвидации остаточных полостей печени.

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГЕМАНГІОМ ПЕЧІНКИ

О.Д. Шаталов

Реферат. Проведений аналіз сучасних методів інструментальної діагностики у 36 хворих з гемангіомами печінки, що лікувалися в клініці за останні 10 років. Серед них було 23 (65%) жінок і 13 (35%) чоловіків у віці 24-67 років. Найбільш інформативними методами діагностики виявилися УЗД у сполученні з МРТ. Максимальне значення загальної діагностичної точності УЗ параметрів склало 83,9-88,5%, чутливості – 100%. Діагностична точність МРТ- параметрів склала 90,4%, а чутливість – 100%. Із приводу даної патології в клініці виконано 36 відеоендоскопічних хірургічних операцій: енуклеацій – 11 (31%), резекцій печінки – 25 (69%). Ускладнень, пов'язаних з операцією, не було. Строк перебування хворих у стаціонарі склав 4-6 днів.

Ключові слова: гемангіома печінки, діагностика, відеоендоскопічне хірургічне лікування.

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL VIDEO-ENDOSCOPE TREATMENT OF HEPATIC GEMANGIOMAS

A.D. Shatalov

Abstract. The analysis of modern methods of instrumental diagnostics is conducted at 36 patients with hepatic hemangiomas, who has been treated in a clinic for the last 10 years. Among them there were 23 (65%) women and 13 (35%) men aged between 24-67 years. The most informative methods of diagnostics were US in combination with MRI. A peak value of general diagnostic accuracy of US parameters was 83,9-88,5%, the sensitiveness – 100%. Diagnostic exactness of MRI parameters was 90,4%, and sensitiveness –

100%. Because of this pathology 36 surgical video endoscope operations were performed in the clinic: enucleations – 11, resections of liver – 25. The were not complications, concerned with the operation. The term of patients staying at the clinic was 4-6 days.

Key words: hepatic hemangioma, diagnostics, surgical videoendoscope treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гранов А.М. Диагностика и лечение гемангиом печени: взгляд на проблему на рубеже XXI века / А.М. Гранов, В.Н. Польшалов, П.Г. Тарзанов // *Анналы хир. гепатологии.* – 2002. – Т. 7, № 1. – С.252-253.
2. Завенян З.С. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению / З.С. Завенян, Н.П. Ратникова, Ю.Р. Камалов // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2004. – № 5. – С. 14-20.
3. Колкин Я.Г. Доброкачественные очаговые образования печени (научный обзор) / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, К.И. Павлов, Е.И. Гоц // *Вестн. неотл. и восстанов. медицины.* – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 584-587.
4. Лаврик Г.В. Ангіографічні та ультразвукові аспекти діагностики та лікування гемангіом печінки / Г.В. Лаврик // *Львів мед. часопис.* – 2004. – Т. 10, № 2А. – С. 55-58.
5. Ничитайло М.Е. Лапароскопическое лечение кавернозных гемангиом печени / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, О.Н. Гулько // *Анналы хир.гепатологии.* – 2002. – Т.7, № 1. – С. 259-260.
6. Хацко В.В. Оптимизация алгоритма диагностики доброкачественных очаговых образований печени / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, А.М. Дудин, К.И. Павлов // *Акт. проблемы хир. гепатологии: тезисы докладов XVI межд. Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, 16-18 сентября 2009 г.* – Екатеринбург (Россия), 2009. – С. 19.
7. Hanazaki K. Hepatic resection of giant cavernous hemangioma of the liver / K. Hanazaki, A. Matsushita, T. Monma // *J.Clin.Gastroenterol.* – 1999. – Vol. 29, № 3. – P. 257-260.