

УДК 616.36-031 -006. 03 -089

Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, А.В. Пархоменко, А.И. Каплун

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение*

Реферат. Проанализированы результаты лечения 340 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени за последние 20 лет. Средний возраст пациентов — 47,5 ± 2,2 лет, среди которых 215 (63,2 %) женщин и 125 (36,8 %) мужчин. С непаразитарными кистами печени (НКП) наблюдали 164 (48,2 %) пациента, с абсцессами — 71 (20,9 %), с эхинококкозом — 41 (12,1 %), с гемангиомами — 48 (14,1 %), с аденомой — 12 (3,5 %), с локальной узловой гиперплазией — 4 (1,2 %). Для диагностики применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: лабораторные, ультразвуковой, компьютерная томография или магнитно-резонансная томография, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование. Наиболее информативными диагностическими методами были: сонографический, компьютерная томография, лапароскопия, биопсия печени. Миниинвазивные хирургические вмешательства (с применением 7 разработанных в клинике способов) выполнены у 230 больных I группы, различные лапаротомные операции — 110. В I группе послеоперационные осложнения составили 6 %, во II — 24, 5 %. После операций умерли 3 (1,3 %) больных I группы и 5 (4,5 %) — II группы от полиорганной недостаточности. Таким образом, миниинвазивные и усовершенствованные нами способы операций целесообразно шире применять в хирургических отделениях для улучшения непосредственных результатов.

Ключевые слова: доброкачественные очаговые образования печени, диагностика, хирургическое лечение

На современном этапе, благодаря комплексному обследованию пациентов с использованием новых, высокоинформативных технологий (ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), цифровая субтракционная ангиография (ЦСА), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), пункционная биопсия и др.), частота выявления доброкачественных очаговых образований печени (ДООП) значительно увеличилась (непаразитарные кисты: 2,5–11,8 % всех случаев данной патологии; гемангиомы: 0,4–8,2 %; абсцессы: 0,1–2,1 %) [5, 7, 9].

Дифференциальная диагностика и лечение очаговых заболеваний печени всегда оставались сложной и в большинстве случаев до конца не решенной проблемой хирургической гепатологии [1, 3, 4, 7].

Частота диагностических ошибок у больных абсцессами печени составляет 50–70 %, а летальность в результате поздней диагностики может достигать 11–80 % [4]. Чувствительность и эффективность УЗИ при абсцессах и кистах печени составляет 91–95 %, КТ — 94,8–100 %, МРТ — 97,3–100 % [4, 5, 7].

Каждое из очаговых образований печени имеет множество проблем как диагностического, так и тактического характера. Предметом дискуссии является определение тактики лечения кист и гемангиом печени — от динамического наблюдения (при кистах диаметром до 5 см) — к резекции печени. Не существует четких показаний к применению пункционных и лапароскопических вмешательств [1, 2]. Эхинококкоз печени в свою очередь также требует своей оценки в выборе операции [8]. Не уточнена роль миниинвазивных и лапароскопических операций при лечении таких больных. Только критически оценивая разносторонние подходы, принципы, точки зрения, а также опыт работы гепатологических центров, определяют способ и объем оперативных вмешательств [1, 6, 10].

До настоящего времени не существует единого взгляда на алгоритм диагностики указанных заболеваний; не уточнены однозначные показания и противопоказания к оперативному лечению, объему резекции печени, использованию малоинвазивных и лапароскопических методов в лечении ДООП.

Цель работы — сравнительный анализ эффективности открытого хирургического вмешательства и миниинвазивного усовершенствованного лечения больных с ДООП для улучшения результатов.

Материал и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 340 больных с ДООП за последние 20 лет. Средний возраст пациентов — 47,5 ± 2,2 лет, среди которых — 215 (63,2 %) женщин и 125 (36,8 %) мужчин. С непаразитарными кистами печени (НКП) наблюдали 164 (48,2 %) пациента, с абсцессами — 71 (20,9 %), с эхинококкозом — 41 (12,1 %), с гемангиома-

ми — 48 (14,1 %), с аденомой — 12 (3,5 %), с локальной узловой гиперплазией — 4 (1,2 %).

Для диагностики применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование. Для УЗИ использовали сонографический аппарат «Dornier-5200» в режиме цветового доплера с датчиками 3,5 и 5 МГц, для КТ — аппарат «Siemens». Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем применяли аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl Storz» (Германия). Реакцию латекс-агглютинации и иммуноферментный анализ использовали при подозрении на эхинококк печени. Наиболее точными методами дифференциальной диагностики при обследовании больных с ДООП, особенно при их небольшом размере (диаметром до 2 см), является КТ и УЗИ. В клинике выполнены миниинвазивные хирургические вмешательства 230 пациентам I группы, 110 больным II группы — лапаротомные операции.

Результаты и обсуждение. При ультразвуковом исследовании кисты были представлены анэхогенными образованиями с четкими контурами, которые дают латеральное УЗ усиление, имеют выраженную капсулу, однородное содержимое.

Для лечения НКП использовали лапароскопические, открытые операции, а также чрескожные вмешательства под контролем УЗИ или КТ. При кистах или абсцессах (диаметром до 4–8 см) печени, которые расположены в глубине паренхимы печени, проводили пункционный метод лечения.

Показанием для проведения лапароскопических операций при НКП считаем наличие кист диаметром 5–15 см, которые локализируются на висцеральной и передне-диафрагмальной поверхностях печени. В 1 случае после таких операций наблюдали незначительное кровотечение. Лапароскопическая атипичная резекция была выполнена двум пациентам с гемангиомой печени, без осложнений. При обнаружении эхинококковой кисты в ее полость вводили 86 % раствор глицерина или 10–20 % хлорида натрия; после чего иссекали стенку кисты с удалением сколексов и хитиновой капсулы, дренировали. 230 пациентам I группы выполнены следующие миниинвазивные вмешательства: пункция, аспирация — 29; пункция, наружное дренирование — 68; лапароскопические операции с иссечением передней стенки кисты, дезэпителизацией остаточной полости, наружным дренированием — 17; иссечение передней стенки кисты, дезэпителизация остаточной полости, оментоцистопек-

сия, дренирование — 9; иссечение передней стенки кисты, дезэпителизация остаточной полости, дренирование, введение в остаточную полость тромбоцитарного фактора — 38; резекция печени — 31 эхинококкэктомия — 20; перицистэктомия — 7; «идеальная» эхинококкэктомия — 2; энуклеации опухоли — 9. С 2000 года предпочтение отдаем малоинвазивным методам хирургического вмешательства.

110 больным II группы выполнены лапаротомные вмешательства: краевая или атипичная резекция печени — 27; эхинококкэктомия — 7; иссечение кисты, оменто-гепатопексия, дренирование — 8; пункция, дренирование кисты — 2; иссечение кисты, дренирование — 24; дренирование кисты или абсцесса печени — 20; энуклеация гемангиомы — 5; «идеальная» эхинококкэктомия — 3; правосторонняя гемигепатэктомия — 3; левосторонняя гемигепатэктомия — 1; перицистэктомия — 10.

В клинике разработаны и внедрены в практическое здравоохранение 7 новых способов диагностики и малоинвазивного лечения очаговых образований печени.

1. «Способ дифференциальной диагностики очаговых образований печени при спиральной компьютерной томографии» (декларационный патент на полезную модель UA 12375 от 15.02.2006 г.) включает проведение данного исследования по стандартной методике с дополнительным болюсным контрастным усилением — введением 90–100 мл. неионного контрастного вещества в кубитальную вену со скоростью 3 мл/с, с анализом томограмм в артериальной, венозной и отсроченной фазах контрастирования, и сравнением изображений с предварительно проведенной трехмерной реконструкцией ультразвукового изображения в режиме серой шкалы.

2. «Способ хирургического лечения кисты паренхиматозного органа» (декларационный патент на полезную модель UA 12656 от 15.02.2006 г.), включает рассечение капсулы кисты по всему диаметру, причем выполняют радиальные разрезы от рассеченной части кисти к периферической, внутреннюю поверхность кисты обрабатывают ультразвуковым скальпелем. Затем рассеченные стенки кисты фиксируют ко дну ее полости кетгутовыми швами или клипсами во время лапароскопической операции. Способ позволяет значительно уменьшить раневую поверхность паренхиматозного органа, уменьшить травматичность и срок выполнения операции, исключить опасные послеоперационные осложнения и рецидивы кисты.

3. «Лапароскопическая пункционная игла» (декларационный патент на полезную модель UA 16961 от 15.09.2006 г.) представляет

тонкостенную металлическую трубку с заостренным концом, который обладает герметизирующим элементом для предупреждения кровотечения из пункционного канала и герметичной аспирации содержимого кисты или абсцесса. Рабочий конец иглы имеет конический наконечник без режущих краев, и щелевидные отверстия. Пункция такой иглой особенно показана при эхинококкозе печени.

4. «Устройство для лапароскопической обработки и дренирования жидкостных образований органов брюшной полости» (декларационный патент на полезную модель UA 18243 от 15.11.2006 г.) имеет вид тонкостенной трубки с надувными герметизирующими манжетами на рабочем конце. Устройство исключает утечку жидкости по пункционному каналу за счет надувных манжет, которые также обеспечивают его надежную фиксацию. Это устраняет опасность инфицирования и развития перитонита.

5. «Способ ликвидации остаточных полостей печени» (патент на полезную модель UA 35718 от 10.10.2008 г.) включает введение во время операции тромбоцитарного концентрата в остаточную полость печени, ускоряет процесс регенерации.

6. «Устройство для удаления желчного пузыря или кисты паренхиматозного органа» (патент на полезную модель № 42186 от 25.06.2009 г.), которое состоит из подвижного режущего элемента, имеющего две бранши. Длина их может изменяться продвижением по главному и силовому рычагам и фиксацией необходимой длины с помощью двух винтов, каждый из которых расположен соответственно на нижней и верхней бранше. Последняя выполнена рифленой, а режущий инструмент — в виде дугообразного лезвия с закругленным концом, которое шарнирно соединено с силовым рычагом с помощью толкателей.

7. Нами разработан также «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент на полезную модель № 82354 от 25.07.2013 г.), который включает пункцию образования с дальнейшей аспирацией жидкости, дренирование его рентгено-контрастным полиэтиленовым дренажом, через который вводится волновод аппарата для ультразвуковой кавитации. После чего на стенки образования в течение 3–5 минут производится воздействие ультразвуком на зонде с частотой 25 кГц и амплитудой 140/150 мкм, интенсивностью 200–1000 мв/мм². Способ отличается тем, что после удаления волновода через дренаж в полость образования вводится склерозирующее вещество, например, 1 % тромбовар в количестве 2/3 объема аспирированной жидкости.

Количество послеоперационных осложнений составило: в первой группе больных — 6 %, во второй группе — 24,5 %. После операций умерли: 3 (1,3 %) пациента I группы и 5 (4,5 %) — II группы от полиорганной недостаточности. Достоверно доказано, что миниинвазивные и усовершенствованные способы лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения.

Заключение. Для диагностики доброкачественных очаговых образований печени следует использовать современные методы — УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопию, разработанный в клинике способ дифференциальной диагностики. При гемангиомах печени целесообразно делать энуклеацию или клиновидную резекцию. При НКП, гемангиомах, абсцессах, аденомах и узловых гиперплазиях печени в специализированных хирургических гепатологических центрах целесообразно шире выполнять малоинвазивные усовершенствованные методы диагностики и лечения, с применением 7 разработанных изобретений, под ультразвуковым и лапароскопическим контролем. Данные методы значительно улучшают результаты лечения.

Y.G. Kolkin, V.V. Khatsko, A.D. Shatalov, A.V. Parkhomenko, A.I. Kaplun

MODERN ASPECTS OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH BENIGN FOCAL LIVER FORMATIONS

Resume. Results were analyses of treatment of 340 patients with benign focal liver formations over the last 20 years. Mean age of patients was $47,5 \pm 2,2$ years, among them — 215 (63,2 %) women and 125 (36,8 %) men. With nonparasitic cysts of the liver 164 (48,2 %) patients were observed, with abscesses — 71 (20,9 %), with echinococcosis — 41 (12,1 %), with hemangiomas — 48 (14,1 %), with adenoma — 12 (3,5 %), with local nodular hyperplasia — 4 (1,2 %). For diagnostics we used (in various combinations) following methods: laboratory, ultrasound, computed tomography or magnetic resonance imaging, laparoscopy, cytological and bacteriological examination. The most informative diagnostic methods were: sonography, computed tomography, laparoscopy, liver biopsy. Minimally invasive surgical interventions (using 7 methods developed in the clinic) performed in 230 patients in group I, the various laparotomy operations — in 110 patients. Postoperative complications were 6 % in Group I, in Group II — 24,5 %. After operations 3 (1,3 %) patients in Group I and 5 (4,5 %) ones — in Group II died because of multiple organ failure. In this way, minimally invasive and improved by us techniques of operations advisably to make greater use in surgical departments to improve the direct results.

Key words: benign focal liver formations, diagnosis, surgical treatment

ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор объема оперативного вмешательства при очаговых поражениях печени / А.В. Чжао, Ю.А. Коваленко, А.О. Чугунов [и др.] // Хирургия. — 2010. — № 5. — С. 15-20
2. Гемангиома печени: операция или наблюдение / О.Г. Скипенко, Н.К. Чардаров, Ф.А. Ганиев [и др.] // Хирургия. — 2012. — № 9. — С. 13-20
3. Дифференциальная диагностика очаговых поражений печени / А.Е. Кузьменко, В.В. Хацко, А.М. Дудин

- [и др.] // Питання експериментальної та клінічної медицини. – 2009. – Т. 1, вип. 13. – С. 303-307
4. Лукьянченко А.Б. Современные возможности лучевой диагностики гепатоцеллюлярных аденом (обзор литературы и собственные наблюдения) / А.Б. Лукьянченко, Б.М. Медведева // Мед. визуализация. – 2013.– № 1. – С. 33-43
 5. Стяжкина С.Н. Методы диагностики и лечения абсцессов печени / С.Н. Стяжкина, Л.М. Ганеева, Е.Ю. Морозов, И.Ф. Саянова // Электронный научный журнал. – 2016. – № 3 (6). – С. 47-49
 6. Шаталов А.Д. Компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых образований печени / А.Д. Шаталов // Укр.журнал хірургії. – 2010. – № 1. – С. 47-52
 7. Benign non-parasitic hepatic cystic tumours / J.M. Ramia, R. de La Plaza, J. Figueras [et al.] // Cir. Esp. – 2011. – № 89 (9). – P. 565-73
 8. Galea N. Liver lesion detection and characterization: Role of diffusion-weighted imaging / N. Galea, V. Cantisani, B. Taouli // J. Magn. Reson. Imaging. – 2013. – № 37 (6). – P. 1260-1276
 9. Laparoscopic drainage of liver abscess: case report and literature review / G. Romano, A. Agrusa, G. Frazzetta [et al.] // G. Chir. – 2013.– № 34 (5-6). – P. 180-182
 10. Management of hemangioma of the liver: surgical therapy or observation? / S. Yedibela, S. Alibek, V. Müller [et al.] // World J. Surg. – 2013. – № 37 (6). – P. 1303-1312