

Лечение гемангиом печени

Г.И.Веронский
Кафедра общей
хирургии (зав. -
проф.
Г.И.Веронский)
Новосибирского
медицинского
института

В работе представлены результаты хирургического лечения 164 кавернозных гемангиом печени у 144 больных. Были выполнены различные операции: резекции печени-68, вылушивание гемангиом-76, резекции-вылушивание- 10, склерозирование гемангиом - 4, электрокоагуляция гемангиом - 5, перевязка печеночной артерии с криодеструкцией. Даны непосредственные результаты операций. Летальных исходов было 3 и только после резекций печени. Изложена техника вылушивания гемангиомы и техника резекции—вылушивания. Сформулированы показания к хирургическому лечению гемангиом. Приведены отдаленные результаты 40 операций вылушивания гемангиом в сроки 3-5 лет, свидетельствующие об отсутствии рецидивирования опухоли и, следовательно, о радикальности операции вылушивания гемангиом. Обоснованы преимущества операции вылушивания гемангиом, как наиболее щадящего, органосохраняющего способа хирургического лечения, позволяющего удалить опухоль в нерезектабельных случаях.

Treatment of the Liver Hemangioma

G. T. Veronsky
Department of
General Surgery
(Director - Prof.
G.I. Veronsky)
Novosibirsk
Medical Institute

In the study results of 164 cavernous hemangioma (in 144 patients) treatment are presented. Following surgical interventions were carried out: liver resection - 68, enucleation – 76, enucleation/resection - 10, sclerotherapy - 4, elctrocautery - 5, hepatic artery ligation with cryodestruction. Early results are presented. 3 deaths were stated after liver resection. Enucleation and enucleation/resection techniques are demonstrated. Indications of surgery are formalised. Remote results of 40 enucleations were studied in terms of 3-5 years, confirming radicality of method. Advantages of this method, as most safe and organpreserving tool, enabling tumour removal in inresectable cases are proved.

Гемангиома - доброкачественная опухоль, в настоящее время наиболее частое новообразование печени. По секционным данным, она встречается в 5-7% всех вскрытий [1]. В хирургических клиниках, занимающихся хирургией печени, число больных с гемангиомами за последние годы заметно выросло и эта опухоль стала наиболее частой причиной анатомических и атипичных резекций печени [2-5, 8, 10]. Появились сообщения об использовании других методов лечения гемангиом печени: криодеструкции [2, 5], склерозировании [3], перевязке печеночной артерии и эмболизации ветвей печеночной артерии [4]. Возникла необходимость выработать определенную хирургическую тактику лечения больных с гемангиомами печени, разработать показания к их хирургическому лечению и определить наиболее целесообразный вид хирургического лечения.

Материал и методы

В клинике общей хирургии НМИ оперировано 144 больных с гемангиомами печени: 19 (13.2%) мужчин и 125 (86.8%) женщин, в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст составил 48.5 лет). 82.3% больных имели возраст от 41 года и более. Почти половина больных была старше 50 лет.

Гемангиомы располагались во всех отделах печени и приблизительно с одинаковой частотой во всех ее сегментах. Исключением был I сегмент, в котором они выявлены реже, и III сегмент, который оказался их самой частой локализацией (табл. 1).

У 144 больных в печени было 164 гемангиомы: у 13 больных по две опухоли, у 2 больных по три и у одного больного - четыре.

Величина гемангиом была различной. Наибольшая достигала 12 x 18 x 10 см. Исходя из какого-либо сегмента, гемангиома может расти далее вне печени и достичь больших размеров, или располагаться в кавальных щелях, отесняя в стороны рядом расположенные отделы печени, или занимать соседние сегменты. В наших наблюдениях 37 гемангиом распространялись на два сегмента, 15 - на три сегмента, 7 - на четыре и 3-на пять сегментов. Остальные гемангиомы исходили из одного сегмента.

Наиболее частой жалобой больных с гемангиомой печени было ощущение полноты, тяжести в правом подреберье, усиливающееся после приема пищи, неопределенные, тупые боли в правом подреберье и в эпигастрии. При больших гемангиомах (давящих на нижнюю полую вену, на стволы печеночных вен, на элементы ворот печени) больные отмечали неприятные ощущения в области сердца, снижение работоспособности, слабость, похудание. У одной больной выявлено при ультразвуковом исследовании небольшое расширение внепеченочных отделов воротной вены. Ни у одного больного не было явлений эндотоксикоза. Функциональные пробы печени были в пределах нормы. Диагноз гемангиомы у наблюдаемых нами больных поставлен по данным УЗИ, КТ и МРТ, с учетом клинической картины заболевания и обследования других органов.

Характер выполненных операций по поводу гемангиом был различным: резекция печени, вылуцивание гемангиомы, резекция-вылуцивание, склерозирование 96° спиртом, перевязка печеночной артерии и криодеструкция, электрокоагуляция (табл. 2).

Резекция печени производилась с учетом междолевых и межсегментарных границ и внутриорганной топографии печени методом транспаренхиматозной препаровки внутрипеченочных сосудов и желчных протоков в плоскости сечения печени с последующей их перевязкой и пересечением. Гемостаз из мелких сосудов (до 1 мм в диаметре) достигался электрокоагуляцией. У подавляющей части больных на период транспаренхиматозной препаровки внутрипеченочных сосудов и желчных протоков для снижения кровопотери пережимали печеночно-

Таблица 1. Частота локализации гемангиом в сегментах печени

| Сегмент | Частота локализации (в %) |
|---------|---------------------------|
| I | 3.3 |
| II | 16.6 |
| III | 19.1 |
| IV | 14.1 |
| V | 8.7 |
| VI | 10.4 |
| VII | 12.0 |
| VIII | 15.8 |

Таблица 2. Операции, выполненные по поводу гемангиом печени

| Вид операции | Число операций |
|---|----------------|
| 1. Резекция печени | 68 |
| 2. Вылуцивание гемангиомы | 76 |
| 3. Резекция-вылуцивание | 10 |
| 4. Склерозирование гемангиомы 96° спиртом | 4 |
| 5. Перевязка правой печеночной артерии, криовоздействие | 1 |
| 6. Электрокоагуляция гемангиомы | 5 |
| Всего | 164 |

двенадцатиперстную связку. Время выключения печени из кровообращения у данной группы больных колебалось от 7 до 23 мин. Объем резекции печени был различным (табл. 3).

| Операция | Удаленные сегменты | Число операций |
|---|----------------------|----------------|
| Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия | IV, V, VI, VII, VIII | 2 |
| Правосторонняя гемигепатэктомия | V, VI, VII, VIII | 5 |
| Левосторонняя гемигепатэктомия | II, III, IV | 4 |
| Левосторонняя лобэктомия | II, III | 21 |
| Удаление нижней половины правой доли печени | IV, V, VI | 2 |
| Резекция трех сегментов печени | V, VI, VII | 2 |
| Резекция двух сегментов печени | IV, V | 2 |
| | V, VI | 3 |
| | VI, VII | 1 |
| Резекция одного сегмента печени | II | 3 |
| | III | 2 |
| | IV | 7 |
| | V | 1 |
| | VI | 2 |
| | VII | 2 |
| Краевая резекция правой доли печени | | 5 |
| Краевая резекция левой доли печени | — | 4 |
| Всего | | 68 |

Умерло 3 больных (4,8%). Причины летальных исходов были следующими: а) развившийся в послеоперационном периоде ДВС-синдром (во время расширенной правосторонней гемигепатэктомии была повреждена нижняя полая вена), имевшаяся кровопотеря была полностью возмещена, на секции констатировано кровотечение в плевральные полости, в средостение), б) острая сердечно-сосудистая недостаточность (вторая больная умерла на 3 сут после операции правосторонней гемигепатэктомии. Печеночно-двенадцатиперстная связка пережималась на 23 мин); в) кровопотеря (третий больной погиб на операционном столе. Ему был удален VII сегмент. Пережатия печеночно-двенадцатиперстной связки не было. Многочасовая попытка остановить возникшее паренхиматозное кровотечение из сравнительно небольшой раневой поверхности печени самыми различными методами не удалась).

Техника операции вылушивания гемангиомы состояла в следующем. Электроножом рассекали на некотором протяжении глиссонову капсулу по границе опухоли. При этом избегали повреждения ангиоматозной ткани, чтобы не вызвать значительного кровотечения. Тупфером, сомкнутыми ножницами или рукояткой скальпеля осторожно обнажали край гемангиомы и входили в слой между нею и паренхимой печени. Затем последовательно и осторожно отжимали ткань гемангиомы от печеночной паренхимы и захватывали гемостатическими зажимами все входящие в опухоль сосудистые структуры. Их пересекали. Мелкие сосуды (менее 1 мм в диаметре) коагулировали. Более крупные сосуды перевязывали. После пересечения всех подходящих сосудов гемангиому удаляли. Чем большей величины была гемангиома, тем крупнее были подходящие к ней сосуды и тем на большем расстоянии друг от друга они располагались.

После вылушивания гемангиомы в паренхиме печени оставались разнообразной формы полости, иногда больших размеров. Они имели ровную поверхность со структурой печеночной ткани. Мы всегда стремились их ликвидировать путем сближения краев посредством наложения швов рассасывающимися нитями за глиссонову капсулу. К месту шва паренхимы подводили дренаж. При плотной, ригидной паренхиме, при значительной ширине полости ушить ее не всегда удавалось. В таких случаях оставляли в полости дренажную трубку, или дренажную трубку и тампон.

Заживление оставшейся раны печени происходило путем констрикции и заполнения грануляционной тканью.

Таблица 4. Исходная локализация вылущенных гемангиом в печени

| Сегменты, из которых исходили вылущенные гемангиомы | Количество гемангиом |
|---|----------------------|
| I | 2 |
| II | 8 |
| III | 10 |
| IV | 9 |
| V | 2 |
| VI | 6 |
| VII | 11 |
| VIII | 24 |
| I, V, VIII | 1 |
| VII, VIII | 2 |
| II, III | 1 |
| Всего | 76 |

Всего вылущено 76 гемангиом у 67 больных (табл. 4). Исходя из какого-либо сегмента, гемангиома нередко превосходила его размеры, оттесняя в стороны соседние сегменты или распространяясь вне печени. Вылушивание крупных гемангиом, а также опухолей, расположенных в непосредственной близости к крупным сосудам, производили с временным пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки (время пережатия колебалось от 6 до 34 мин). Ни в одном наблюдении не было массивной кровопотери. В послеоперационном периоде возникли осложнения: временное желчеистечение (1), нагноение остаточной полости в связи с преждевременным удалением дренажной трубки (4). Летальных исходов не было. Все больные выписаны с выздоровлением.

Операцию резекция-вылушивание выполняли в тех случаях, когда гемангиома на каком-то протяжении прилежала непосредственно к стенке магистрального сосуда, как бы стелилась по нему. Чаще всего таким сосудом была нижняя полая вена, реже стволы печеночных вен, воротная вена и ее ветви первого порядка. При этом вылушивание гемангиомы вело к нарушению кровоснабжения участка печени, расположенного к периферии от опухоли.

Операция резекция-вылушивание сочетала как элементы резекции части печени, так и вылушивания опухоли. Как обычно, при резекции намечали плоскость сечения печени с учетом междолевых и межсегментарных границ. По линии сечения рассекали глиссонову капсулу, а затем в плоскости сечения раздвигали печеночную ткань с транспаренхиматозной препаровкой, пересечением и перевязкой внутривенных сосудов и желчных протоков. При достижении магистрального сосуда, к которому прилежала гемангиома, последнюю методом вылушивания отделяли от сосудистой стенки.

Возможен иной ход операции. Если при вылушивании гемангиомы выяснялось, что у находящегося к периферии от нее участка печени возникло нарушение кровообращения, то вынужденно производили его резекцию. Таким образом, при операции резекция-вылушивание удалялась гемангиома с частью неизменной паренхимы печени. Такая операция была выполнена у 10 больных (табл. 5). Во время операции резекция-вылушивание временно пережимали печеночно-двенадцатиперстную связку на 10-18 мин.

Таблица 5. Объем выполненных резекций-вылушиваний

| Удаленные сегменты печени | Число операций |
|---------------------------|----------------|
| V, VI, VII, VIII | 1 |
| VI, VII | 2 |
| II, III | 2 |
| III, | 1 |
| IV | 1 |
| VI | 1 |
| VII | 2 |
| Всего | 10 |

Послеоперационный период у одной больной осложнился поддиафрагмальным абсцессом. Летальных исходов не было. Все больные выписаны с выздоровлением.

Перевязка правой печеночной артерии с криовоздействием произведена больной с локализацией гемангиомы в правой доле и частично в центральных отделах левой доли печени. Криовоздействие осуществлено криоапликатором с температурой -196°C во многих точках продолжительностью по 5 мин. Послеоперационный период протекал без осложнений. Через 2 года произведено повторное криовоздействие. На протяжении более 10 лет больная находится под наблюдением. Состояние ее удовлетворительное. Функциональные пробы печени в пределах нормы. Гемангиома остается прежней величины.

Склерозирование гемангиомы 96° спиртом выполнено 3 больным как самостоятельная операция и одному больному в сочетании с резекцией печени. Спирт вводили шприцом посредством пункции гемангиомы до ее побледнения (обычно требовалось 3—4 мл). Гемангиомы были небольших размеров (1.5-2.0 см в диаметре) и располагались поверхностно в I сегменте вблизи элементов ворот печени. Какой-либо реакции на введение спирта не наблюдали. Повторные УЗИ констатировали отсутствие роста гемангиом. У одной больной замечено развитие легкого склероза в области опухоли.

Электрокоагуляция двух гемангиом выполнена как самостоятельная операция и трех гемангиом в сочетании с вылущиванием опухоли. Электрокоагуляции подверглись гемангиомы 1.5-2.0 см в диаметре, расположенные поверхностно, под капсулой печени, во II (2), III (1) и IV (2) сегментах. УЗИ на протяжении 0.5-2 лет у одной больной выявило склерозирование печеночной ткани на месте бывшей опухоли, в остальных наблюдениях на месте бывших гемангиом никаких изменений печеночной ткани не выявлено.

Обсуждение полученных результатов

Гемангиома печени - доброкачественная опухоль, имеющая строение кавернозной ткани, макроскопически напоминающая губку, пропитанную кровью, мягкой консистенции, разнообразной формы: неправильной, угловатой, в виде лепешки, ленты. Она не имеет капсулы и отдельной сосудистой ножки и связана с окружающей ее тканью печени большим или меньшим количеством кровеносных сосудов, расположенных на различном протяжении по ее периметру. Рост гемангиомы экспансивный и поэтому ее можно отделить от паренхимы печени, не повредив ткани. Это облегчается тем, что вследствие роста опухоли и ее давления на окружающие ткани, вокруг нее образуется несколько уплотненный слой печеночной ткани, в котором отмечается дистрофия гепатоцитов, лимфоидноклеточная инфильтрация [6]. Но даже при очень больших гемангиомах в окружающей ее печеночной паренхиме нет и намека на подобие фиброзной капсулы, образующейся вокруг эхинококковой кисты. Гемангиома часто расположена вблизи крупных вен. Это особенно бросается в глаза при большой величине опухоли. Нередко гемангиома как бы стелется по венозному сосуду, охватывая его с нескольких сторон. Ни в одном случае мы не наблюдали, чтобы гемангиома вращалась в вену. Всегда удавалось без излишних усилий ее отделить от сосудистой стенки.

Рост гемангиомы медленный. Об этом свидетельствует отсутствие среди оперированных нами больных лиц моложе 29 лет. Более половины; наблюдаемых нами больных были старше 50 лет. Редко увеличение гемангиомы было быстрым. Мы имеем наблюдение, когда гемангиома выросла за 4 года с 1 до 12 см в диаметре.

Отмечено, что у оперированных нами больных, даже при большой величине гемангиомы, при распространении ее на 4-5 сегментов, отсутствовали внешние признаки гипертрофии непораженных отделов печени. При вовлечении в процесс всей правой половины печени, ее левая доля бывала недоразвитой, очень небольших размеров. Естественно, это увеличивало риск операции.

У больных с гемангиомами печени, даже большой распространенности, не выявлено признаков интоксикации и нарушения печеночных функций. В связи с этим возникает вопрос: чем обусловлены необходимость хирургического лечения больного с гемангиомой печени, какие

существуют показания к удалению гемангиомы? Мы полагаем, что могут быть следующие показания к выполнению операции по поводу гемангиомы печени:

жизненные: кровотечение при разрыве гемангиом, абсцедирование нагноившейся гемангиомы;

абсолютные: полное или частичное сдавление гемангиомой магистральных сосудов (нижней полой вены, печеночных вен вблизи их устья, воротной вены и ее ветвей первого порядка), полное или частичное сдавление печеночных протоков;

относительные: наличие клинических проявлений (боль, чувство тяжести, полноты в правом подреберье, эпигастрии, слабость, похудание), расположение опухоли вблизи нижней полой вены, портальных или кавальных ворот, диаметр гемангиомы 4 см и более, быстрый рост опухоли.

Операция показана также, если диагноз гемангиомы сомнителен и нельзя исключить злокачественный характер имеющегося очагового образования в печени.

Из оперированных нами больных жизненные показания были в одном наблюдении: абсцедирование нагноившейся гемангиомы IV-VI сегментов, абсолютные у 8 больных и относительные у остальных.

подавляющее большинство хирургов при наличии показаний к хирургическому лечению выполняет при гемангиомах резекции печени, нередко обширные. Имеются сообщения о выполнении при нерезектабельных формах гемангиом трансплантации печени [12].

В течение многих лет в нашей клинике также выполняли по поводу гемангиом резекции пораженных отделов печени в пределах здоровых тканей с учетом сегментарного деления печени и ее внутриорганный топографии. В зависимости от локализации гемангиомы резецировали то или иное количество невовлеченной в процесс печеночной ткани. Риск операции от этого возрастал, учитывая отсутствие гипертрофии остающихся отделов печени. Послеоперационная летальность невысока (4.4%), но ее нельзя оправдать, если показания к операции были относительными.

С 1993 г. мы стали выполнять операцию вылушивания гемангиомы. В отечественной печати в предыдущие годы имелись сообщения об единичных операциях вылушивания гемангиомы [7]. К настоящему времени нами накоплен достаточный опыт выполнения этой операции. Произведено 76 вылушиваний гемангиом. Техническое осуществление этой операции основано на том, «что рост гемангиомы экспансивный, границы ее четкие, между ней и окружающей ее паренхимой печени имеется щель, следуя которой можно вылущить всю опухоль. Даже при, казалось бы, интимной связи гемангиомы с печеночной веной на большом протяжении, удавалось (осторожно действуя тупфером) отделить опухоль от тончайшей венозной стенки. Приводим наблюдение.

Больная С., 60 лет, поступила в клинику общей хирургии НМИ 28.10.97 г. по поводу кавернозной гемангиомы печени. Жалобы на значительные боли в правом подреберье и в подложечной области, усиливающиеся после еды, одышку, слабость, периодическое вздутие живота.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Печень плотноэластической консистенции, безболезненная. Ее нижний край определяется на 10 см ниже правой реберной дуги.

5.11.97 г. операция: вылушивание гемангиомы.

Разрез брюшной стенки параллельно и ниже правой реберной дуги. Печень обычной окраски, значительно увеличена. В толще VIII и V сегментов определяется опухоль почти округлой формы около 10 см диаметром. Произведена мобилизация правой доли печени путем рассечения правых венечной и треугольной связок. Осмотрена задняя поверхность доли. Пальпаторно опухоль вплотную прилежит к нижней полой вене. Продольно (над опухолью) по диафрагмальной поверхности электроножом на протяжении 9-10 см рассечена глиссонова капсула и печеночная паренхима около 1 см толщиной. Обнажена опухоль, имеющая структуру гемангиомы. Последняя с предельной осторожностью с помощью тупфера вылущена из окружающей печеночной ткани, отделена от нижней полой вены и практически на всем протяжении от правой печеночной вены и ее ветвей, с пересечением и перевязкой сравнительно немногочисленных сосудов, идущих в опухоль. При осмотре образовавшейся полости выявлено, что по ее наружной полусфере расположена правая печеночная вена с многочисленными крупными и мелкими разветвлениями, как бы охватывавшими с трех сторон удаленную гемангиому. Сосудов, идущих в гемангиому, не

было обнаружено. Лишь в стенке ствола правой печеночной вены, вблизи ее впадения в нижнюю полую вену, имелся дефект 6 мм в диаметре, из которого поступала кровь. Дефект ушит. Видимо, при вылуцовании опухоли, имел место отрыв вены, идущей из гемангиомы, в правую печеночную вену. Кровотечения из стенок полости не было. Стенки полости были мягкими и их было легко сблизить. Непрерывный шов на рассеченную глиссонову капсулу и на рассеченную печеночную ткань. Со стороны VII сегмента тампонами сдавлена полость в печени. Послойно швы па рану брюшной стенки до тампонов и дренажа в поддиафрагмальное пространство. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 8 день удалены дренаж и тампоны. 26.11.97 г. выписана в удовлетворительном состоянии.

Среди оперированных нами гемангиом встречались такие, которые имели плоскую форму, в виде "лепешки". Две такие одинаковые "лепешки" могут лежать друг на друге, создавая впечатление одной опухоли. При этом между ними нет никакой связи и их можно бескровно отделить друг от друга. Могут такие гемангиомы-"лепешки" быть сдвинутыми и соприкасаться частично. Иногда только после удаления гемангиомы выясняется, что это не одна, а две рядом лежащие опухоли. При вылуцовании такой гемангиомы можно убрать одну из них, оставив в ране другую, рядом лежащую. Чтобы не допустить этого, следует внимательно осматривать оставшуюся после удаления гемангиомы полость. Ее стенки должны быть ровными, образованными чуть уплотненной печеночной тканью. Приводим наблюдение.

Большая Ш., 39 лет, поступила в клинику общей хирургии НМИ 20.12.93 г. по поводу растущей гемангиомы правой доли печени. Жалобы на тупые, давящие боли в правом подреберье. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 74 в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Печень плотноэластической консистенции, болезненная, с острым краем, выступающим ниже правой реберной дуги на 6 см. 29.12.93 г. операция вылуцования гемангиомы.

Разрез брюшной стенки параллельно и ниже правой реберной дуги. Правая доля печени умеренно увеличена. Левая доля небольших размеров. Рассечены круглая, правые венечная и треугольная связки печени. Правая доля печени вывихнута в рану. Задние отделы VII и VIII сегментов заняты гемангиомой. Опухоль вплотную прилежит к нижней полой вене. Электроножом рассечена глиссонова капсула по наружному контуру гемангиомы. Пережата печеночно-двенадцатиперстная связка на 6 мин. Произведено вылуцование гемангиомы с пересечением и перевязкой всех подходящих к ней сосудов. Удаленная гемангиома имеет размеры 12x7x4 см. При осмотре раны печени обнаружено, что под предыдущей гемангиомой располагается вторая, распространяющаяся в задних отделах VIII, V и частично I сегментов. Опухоль интимно связана с нижней полой веной, охватывая ее справа, сзади и спереди на протяжении 5 см. Пережата печеночно-двенадцатиперстная связка на 14 мин. Произведено вылуцование гемангиомы с пересечением и перевязкой подходящих к ней сосудов. При отделении опухоли от нижней полой вены был поврежден венозный сосуд, идущий из гемангиомы. При этом произошел продольный разрыв стенки нижней полой вены на протяжении 4 см. Профузное кровотечение удалось предотвратить быстрым наложением гемостатических зажимов. Рана стенки нижней полой вены ушита непрерывным швом. Размер удаленной гемангиомы 10x5x2 см. Образовавшаяся полость в задних отделах печени на месте удаленных гемангиом плоской формы и не нуждалась в ушивании. К ней подведен дренаж и марлевый тампон. Послойные швы на рану брюшной стенки.

Послеоперационный период осложнился правосторонним пневмотораксом. Причиной его была пункция правой яремной вены. Выписан 18.01.94 г. в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, от гемангиомы в месте ее прилегания к стволу печеночной вены или к нижней полой вене может отходить венозная ветвь и впадать в подлежащий сосуд. При вылуцовании гемангиомы эту ветвь можно оторвать. К этому надо быть готовым. Следует стремиться в момент отделения гемангиомы заметить наличие такой венозной ветви и наложить на ее устье гемостатический зажим для предотвращения кровопотери.

Вылуцование гемангиомы может быть единственным способом ее удаления. Это бывает при расположении опухоли в центральных отделах печени при ее тесной связи с несколькими магистральными сосудами. Приводим наблюдение.

Больная Ш., 36 лет, поступила в клинику общей хирургии НМИ 01.12.97 г. по поводу быстро растущей гемангиомы печени. Жалобы на общую слабость, похудание, чувство тяжести в эпигастрии, неприятные ощущения в области сердца тревогу.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 68 в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Печень плотной консистенции, болезненная. Ее нижний край на уровне пупка. УЗИ, МРТ: в центральных отделах печени, непосредственно выше бифуркации воротной вены расположена гемангиома размерами 11.3 X 6.9 X 12.6 см. Экстрапеченочная часть воротной вены незначительно расширена. Позадипеченочная часть нижней поллой вены деформирована, смещена вправо.

03.12.97 г. операция: вылушивание гемангиомы. Разрез брюшной стенки параллельно и ниже правой и левой реберных дуг. Печень значительно увеличена. Ее центральные отделы заняты гемангиомой. Нижний край ее плотно прилежит к развилке воротной вены, смещая ее правую и левую ветви вниз и в стороны. Верхний край опухоли расположен на уровне впадения печеночных вен в нижнюю полую вену. Серповидная связка пересекает опухоль посередине. Печеночно-двенадцатиперстная связка пережата на 34 мин. Электроножом рассечена глиссонова капсула по периметру гемангиомы. Тупым путем с помощью тупфера сравнительно легко удалось отделить опухоль от правой и левой ветвей воротной вены, от правого и левого печеночных протоков, от средней печеночной вены, от нижней поллой вены на значительном протяжении, от окружающей паренхимы печени. Пересечены и перевязаны немногочисленные сосуды, идущие в гемангиому. Пересечен и перевязан желчный проток диаметром 0.3 мм, впадавший в левый печеночный проток. Образовавшуюся полость больших размеров ушить невозможно. Она дренирована двумя трубками. Заживление полости произошло за 3 недели, но длительное время функционировал желчный свищ. 31.12.97 г. выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Желчный свищ закрылся через 1.5 месяца. В сентябре 1998 г. обследована. Состояние удовлетворительное, работает. Полость в печени отсутствует. Структура печеночной ткани обычная, кроме небольшого участка склероза у левого печеночного протока, где был желчный свищ. Все неприятные явления, которые были до операции, исчезли.

Преимуществом вылушивания гемангиомы перед резекцией печени является сохранение всей функционирующей печеночной ткани, сравнительно небольшая операционная травма, минимальная кровопотеря. Все это ярко проявляется при вылушивании гемангиом больших размеров. Послеоперационный период у больных протекал значительно легче, чем после резекции. В печати появились сообщения, в которых авторы высказались положительно об операции вылушивания гемангиом печени [9, 11].

После операции вылушивания 40 больных находятся под наблюдением более 3 лет, из них 17 больных - более 5 лет, 19 больных наблюдаются от 1 до 2 лет. Рецидива заболевания нет.

Резекция-вылушивание гемангиомы является операцией вынужденной. Ее выполняют, когда произвести резекцию в пределах неизменной печеночной паренхимы невозможно, а при вылушивании нарушается кровоснабжение отделов печени, расположенных дистальнее опухоли, и которые следует резецировать. При резекции-вылушивании сохраняются все отрицательные стороны резекции: удаление неизменной печеночной паренхимы, риск большой кровопотери, опасность развития острой печеночной недостаточности, большая техническая сложность выполнения операции. Приводим наблюдение.

Больная К., 41 года, поступила в клинику общей хирургии НМИ 14.06.96 г. по поводу гемангиомы печени больших размеров. Жаловалась на чувство тяжести и боли неопределенного характера в правом подреберье, понижение аппетита, похудание, слабость.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Пульс 72 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Печень плотной консистенции, безболезненная, пальпируется по краю правой реберной дуги.

20.06.96 г. операция: резекция-вылушивание. Разрез брюшной стенки параллельно и ниже правой реберной дуги. Вся верхняя половина правой доли печени (VII и VIII сегменты) занята гемангиомой. Пересечены правые венечная и треугольная связки. Осмотрена задняя поверхность правой доли. Гемангиома выходит за ее пределы и прилежит к нижней поллой вене (IV, V и VI сегменты небольших размеров). Левая доля не увеличена. Ввиду этого решено не удалять всю правую долю печени, сохранить IV сегмент и прилежащую к ложе желчного пузыря часть V

сегмента. Выделены, пересечены и перевязаны правая печеночная вена и несколько крупных венозных сосудов, идущих по задней поверхности печени из гемангиомы в нижнюю полую вену. Пережата печеночно-двенадцатиперстная связка на 18 мин. Рассечена глиссонова капсула по линии, идущей от кавадных ворот, вдоль серповидной связки справа до уровня нижнего края гемангиомы, затем разрез поворачивает и идет к наружному краю ложа желчного пузыря. Методом транспаренхиматозной препаровки, перевязки и пересечения внутривенных сосудов и желчных протоков в намеченной плоскости пересечена правая доля печени от нижнего края, справа от ложа желчного пузыря до печеночной части нижней полой вены. Далее гемангиома методом вылушивания выделена из паренхимы печени, расположенной впереди нижней полой вены, с сохранением средней печеночной вены, и отделена от передне-правой полуокружности нижней полой вены. Удалены VI, VII, VIII и большая часть V сегментов. На участок нижней полой вены, где пересечены у мест впадения несколько рядом расположенных вен, наложен непрерывный шов. Рана брюшной стенки зашита до дренажа и 2 тампонов к раневой поверхности печени.

Послеоперационный период осложнился поддиафрагмальным абсцессом, который был вскрыт 22.07.96 г. Выписана 01.10.96 г. с полным выздоровлением и заживлением раны.

Склерозирование гемангиомы спиртом осуществляли при ее небольшой величине и локализации в I сегменте. Исходили из того, что гемангиома, расположенная в I сегменте, даже при небольшой величине и медленном росте, может вскоре вызвать сдавление элементов ворот печени. Наш опыт невелик и сделать окончательный вывод об эффективности этого способа воздействия на ангиоматозную ткань рано.

У нас сложилось впечатление о целесообразности при удалении гемангиом значительных размеров производить электрокоагуляцию небольших подкапсульных гемангиом, расположенных в других отделах печени. Травма печеночной ткани небольшая. Предупреждается возможность повторных операций при быстром росте опухоли.

Таким образом, наш опыт свидетельствует о целесообразности операции вылушивания гемангиом печени, как наиболее щадящей, органосохраняющей и, в то же время, являющейся радикальным вмешательством.

Список литературы

1. *Альперович Б.И.* Хирургия печени и желчных путей. Томск, 1997.
2. *Альперович Б.И.* Хирургическое и криохирургическое лечение гемангиом печени. *Анналы хирургической гепатологии. Материалы Всероссийской конференции хирургов-гепатологов.* Кемерово, 1999. С. 60-61.
3. *Журавлев В.А., Бахтин В.А., Янченко В.А.* Опыт хирургического лечения гемангиом печени. *Анналы хирургической гепатологии. Материалы пятой конференции хирургов-гепатологов.* Томск, 1997. С. 217-218.
4. *Назаренко Н.А., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Чжао А.В., Алимтиев С.В.* Хирургическая тактика при гемангиомах печени. *Анналы хирургической гепатологии. Материалы Всероссийской конференции хирургов-гепатологов.* Кемерово, 1999. С. 81-82.
5. *Рудаков В. А., Охотина Г.Н., Суворов М.Ю., Гладенко А.А., Бабенко Е.А., Рубанюк В.Ю., Рудакова О.В.* Диагностика и хирургическая тактика при гемангиомах. *Анналы хирургической гепатологии.* 1998. Т. 3. С. 279-280.
6. *Скуба Н.Д., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Алимтиев С.В.* Патоморфологическая характеристика гемангиом печени. *Анналы хирургической гепатологии. Материалы Всероссийской конференции хирургов-гепатологов.* Кемерово, 1999. С. 85-86.
7. *Шапкин В.С.* Опухоли, непаразитарные кисты и специфические гранулемы печени. Владивосток 1970. 198 с.
8. *Brouwers M.A., Pecters P.M., de Jong K.P., Haagama E.R., Klompker I.J., Bijleveld C.M., Zwaveling J.H., Slooff M.J.* Surgical treatment of giant haemangioma of the liver. *Br J Surg* 1979; Mar: 84 (3): 314-316.

9. Demiryurek H., Alabaz O., Agdemir D., Sungur I., Erkocak E.U., Akinoglu A., Alparslan A., Zorludemir S. Symptomatic giant cavernous haemangioma of the liver is enucleation a safe method? HPB Surg, 1997; 10 (5): 299-304.
10. Pietrabissa A., Giulianotti P., Campatelli A., Di Candio G., Farina F., Signori S., Mosca F. Management and follow-up of 78 giant haemangiomas of the liver. Dr Surg 1996 Jul: 83 (7): 915-918.
11. Petri A., Karacsonyi, Nagy K.K. Surgical treatment c cavernous haemangiomas of the liver. Langenbecks Arch Chir. 1993; 378 (6): 322-324.
12. Yamagata M., Kanematysu T., Matsumata T., Utsunomiya T., Ikeda Y., Sugimachi K. Management of haemangioma of the liver: comparison of results between surgery and observation. Dr J. Surg 1991 Oct; 78 (10): 1223-1225.