

УДК 616.36-006-079.4-089

**Б.Б. БАЙМАХАНОВ¹, Ж.Н. КЫЖЫРОВ², М.М. САХИПОВ¹, Т.Т. БОЗШАГУЛОВ²,
Н.Б. МАУЛЕНОВ², Н.Н. БИРЖАНБЕКОВ¹, Ф.Т. СТАМКУЛОВ¹, Е. СЕРИКУЛЫ¹**¹Городская клиническая больница №7, отделение плановой хирургии с центром гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени, г. Алматы²Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ



Баймаханов Б.Б.

Цель исследования. Изучить результаты работы радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени, дать оценку ближайшим результатам, наметить пути их улучшения.

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 117 пациентов с очаговыми заболеваниями печени, которым была выполнена резекция различного объема. Определены показания к выбору варианта резекции печени при доброкачественных и злокачественных опухолях в зависимости от размера, локализации, количества узлов, а также функциональных резервов печени.

Результаты и обсуждение. Выбор варианта оперативного вмешательства при злокачественных опухолях печени зависел от стадии заболевания. Внедрение в практику анатомической резекции печени способствовало радикальному лечению больных с опухолями, ранее считавшимися нерезектабельными. Однако обширные резекции следует производить строго по показаниям с учетом возможности повторной операции при рецидиве заболевания.

Выводы. Основным объемом радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени следует считать обширную резекцию печени в сочетании с резекцией внепеченочных желчных протоков и лимфодиссекцией, выполненную в данном исследовании у 12% радикально оперированных больных. Предварительная дооперационная разгрузка билиарного дерева и выполнение резекции вовлеченных в опухоль сосудистых структур в воротах печени позволили повысить резектабельность с 17,8 до 25,0%. При гепатоцеллюлярном раке общая 1-годичная выживаемость составила 87%, 3-летняя выживаемость – 47%.

Ключевые слова: объем резекции, вариант резекции, опухоли печени, выживаемость.

Несмотря на то, что первые операции на печени выполнялись еще в XVII веке, только в последние десятилетия произошли кардинальные изменения, позволившие добиться успеха в лечении опухолей этого органа. Благодаря новым высокоинформативным технологиям стало возможно довольно точно и своевременно выявлять различные очаговые образования печени, безопасно и эффективно выделять ее трубчатые структуры, разделять паренхиму, предотвращать возникновение кровотечения.

Методику операций на печени детально разработали российские хирурги А.В. Мельников, Г.Е. Островерхов, С.С. Юдин, В.С. Шапкин, Э.И. Гальперин, А.В. Журавлев, В.А. Вишневский, а также зарубежные хирурги С. Couinaud, T. Tung, H. Bismuth, T. Starlz, Y. Fong.

В настоящее время разные подходы, принципы, точки зрения, а также опыт работы гепатологических центров определяют способ и объем резекции [1, 2, 4, 5, 8, 9, 12, 16, 17, 18].

Очаговые заболевания печени (ОЗП) – разные по происхождению и течению поражения печени, которые объединены между собой общим признаком – замещением печеночной паренхимы (печеночная ткань) одним (или несколькими) патологическим образованием [2, 3, 6, 7, 11, 15, 18].

Понятие очаговых заболеваний печени включает как до-

брокачественные и злокачественные, так и паразитарные заболевания (альвеококкоз и эхинококкоз) печени [1, 4, 7, 8, 9, 10, 17]. В этой области, к сожалению, имеется множество неразрешенных вопросов как диагностического, так и тактического характера.

Многочисленные дискуссии по различным вопросам диагностики и тактики хирургического лечения очаговых заболеваний печени свидетельствуют об устойчивой актуальности этой проблемы.

Цель исследования – изучить результаты работы радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени, дать оценку ближайшим результатам, наметить пути их улучшения.

Материал и методы

В отделении плановой хирургии с центром гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени ГКБ №7 г. Алматы с 2012 по 2015 гг. находились на лечении 117 пациентов с очаговыми заболеваниями печени: среди поступивших с эхинококкозом печени было 74 (63,2%); с альвеококкозом печени – 6 (5,1%), с гепатоцеллюлярным раком печени – 13 (11,1%), с непаразитарными кистами – 10 (8,5%) и 14 (11,9%) пациентов с гемангиомой печени. Мужчин было 43 (37,6%), женщин – 73 (62,4%). Возраст больных от 15 до 75 лет (в среднем 48,1±14,5 года). Размеры очагов варьировали от 4 см до 30 см в диаметре и весом до 3900 граммов.

Контакты: Кыжыров Жанбай Налтайханович, д-р мед. наук, профессор кафедры интернатуры и резидентуры по хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы. Тел. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

Contacts: Zhanbai Naltaikhanovich Kyzhyrov, Doctor of medical sciences, Professor of chair of internship and residency on surgery of KazNMU n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c. Ph. + 7 701 780 20 98, e-mail: zanbai.k@mail.ru

У всех пациентов, кроме проведения тщательного анамнеза, физикального и лабораторного исследования проводили обследования рентгенографию грудной клетки, ФГДС, колоноскопию, онкомаркеры, УЗИ, КТ и МРТ с контрастированием, лапароскопию, ангиографию.

Всем больным выполнена резекция печени по поводу солидных опухолей и кистозных поражений. В зависимости от природы очагового процесса пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – 14 (22%) пациентов с доброкачественными опухолями: гемангиома – 14 (14,7%), средний размер гемангиом был $13,5 \pm 8,6$ см (2,5 – 40 см). Опухоли чаще локализовались в I-III сегментах. Одиночные узлы выявлены у 17 (71%) пациентов, единичные (<3) – у 7 (29%), множественных (>3) не наблюдалось. Гистологический тип гемангиом: у 11 (87,5%) пациентов были кавернозные и только у 3 (12,5%) – смешанные.

Оперировано 116 (99%) пациентов. Все пациенты оперированы под интубационным многокомпонентным наркозом. Хирургический доступ определялся локализацией, размерами патологического образования, конституциональными особенностями пациента: верхнесрединная лапаротомия – у 6, лапаротомия по Черни – у 13, Кохера–Федорова – у 5. При локализации патологического процесса в I-V сегментах применяли верхнесрединную лапаротомию, в области VI-VIII сегментов – абдоминальную часть по Черни или Кохера.

Ни в одном случае не приходилось дополнять разрез торако- или френотомией. Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 2 (1,7%), правосторонняя гемигепатэктомия – 3 (2,6%), левосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 1 (0,8%), левосторонняя гемигепатэктомия – 1 (0,8%), расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с перитуморальной резекцией частично SgIII левой доли печени – 1 (0,8%), левосторонняя кавальная (Sg II, III) лобэктомия – 1 (0,8%), атипичных краевых перитуморальных резекций – 3 (2,6%), центральных резекций – 2 (1,7%).

Открытая эхинококкэктомия – 51 (43,9%), идеальная закрытая перицистэктомия – 21 (18,1%), открытая эхинококкэктомия + перицистэктомия – 2 (1,7%). Фенестрации кист печени – 10 (8,6%) (из них лапароскопических – 8), энуклеации гемангиом – 14 (12%). Диагностическая лапароскопия – 2 (1,7%), эксплоративных лапаротомий – 2 (1,7%).

На сегодняшний день операции выполняются с применением современных специфических технологий:

- ◆ Клип-аппликаторы (в т.ч. для эндовидеоопераций)
- ◆ Атравматичные монофиламентные шовные нити
- ◆ Биологические способы гемостаза (Тахокомб, серджиселл и др.)
- ◆ Высокочастотная коагуляция
- ◆ Аргоновая коагуляция
- ◆ Ультразвуковой дезинтегратор (CUSO и др.)
- ◆ Аппараты кровосбережения.

Резекция печени – единственный и общепризнанный радикальный способ лечения очаговых поражений печени в хирургической гепатологии.

Для хирургического лечения ООП применяются 2 основные группы операций: 1. Атипичные резекции печени (неанатомические), выполняемые без учета анатомических внутрипеченочных структур (периопухолевая резекция печени, энуклеация, перицистэктомия). Неанатомических

резекций произведено 3 (25%), анатомическая резекция в сочетании с неанатомической – 1 (6,3%). 2. Типичные резекции печени (анатомические), выполняемые с учетом архитектоники внутрипеченочных трубчатых систем и их сегментарного деления (правосторонняя гемигепатэктомия, левосторонняя гемигепатэктомия, латеральная правосторонняя лобэктомия, левосторонняя кавальная лобэктомия).

Результаты и обсуждение

При проведении оперативных вмешательств на печени мы использовали международную анатомическую и хирургическую терминологию, принятую в 2000 г. в Брисбейне. Показанием к операции при гемангиомах, фибронодулярной гиперплазии считали быстрорастущие и симптоматические опухоли (диаметр 10 см и более). Кроме того, операция была показана при сложности дифференциальной диагностики со злокачественной опухолью, отсутствии полного регресса аденомы через 6 месяцев после отмены гормонов.

Выбор варианта резекции печени при ее опухолевом поражении определялся размером, локализацией, количеством узлов опухоли, функциональными резервами печени, а также наличием сопутствующих заболеваний. При этом мы руководствовались следующими принципами: максимально сохраняли здоровую ткань печени, стремились радикально удалить опухоль с минимальным риском для больного.

В послеоперационном периоде летальных исходов не было. У 1 больного возникло осложнение в виде нагноения послеоперационной раны, и у 1 пациента с фибронодулярной гиперплазией развилась печеночная недостаточность I степени после правосторонней гемигепатэктомии. В отдаленном периоде рецидивов опухолей не наблюдали.

Осложнения после ГЦР возникли у 4 (25%) больных: у 1 – печеночная недостаточность, у 1 – почечная недостаточность, у 1 – серома послеоперационной раны и 1 – гематома послеоперационной раны. Печеночная и почечная недостаточности возникли после расширенной гемигепатэктомии.

Продолжительность жизни была проанализирована по методу Каплана – Майера: 1 год прожили 87% больных, 2 года – 51%, 3 года – 47%.

Внедрение в практику анатомической резекции печени способствовало радикальному лечению больных с опухолями, ранее считавшимися нерезектабельными. Однако обширные резекции следует производить строго по показаниям с учетом возможности повторной операции при рецидиве заболевания.

На сегодняшний день основная проблема в хирургии печени – это профилактика и борьба с массивными кровотечениями, снижение частоты послеоперационных геморрагических осложнений. Наш собственный опыт резекционных вмешательств на печени позволил достичь значительных успехов в этой области. Применяется весь арсенал средств, направленных на борьбу с этим грозным осложнением.

Показания к радикальным резекционным вмешательствам при эхинококкозе печени: первичный эхинококкоз печени, множественные цистобилиарные свищи, краевое расположение кисты, кальцинированный эхинококкоз.

Считаем, что, учитывая медленный и инфильтрированный рост альвеококка, необходимо расширять показания

к резекции печени, несмотря на инвазию паразита в ствол и ветви воротной вены, печеночную артерию, нижнюю полую вену, правый и левый долевыми протоками. В данных ситуациях возможно проведение расширенных гемигепатэктомий с резекцией сосудов и наложением билиодигестивных анастомозов.

Выводы

При резекционных вмешательствах на печени техническое исполнение операций с элементами прецизионной техники применением современного технического оснащения и средств гемостаза (тахокомб, серджиселл) способствует снижению интраоперационной кровопотери, снижению непосредственной послеоперационной летальности и осложнения.

Основным объемом радикального хирургического лечения очаговых заболеваний печени следует считать обширную резекцию печени в сочетании с резекцией внепеченочных желчных протоков и лимфодиссекцией, выполненную в данном исследовании у 12,0% радикально оперированных больных. Предварительная дооперационная разгрузка билиарного дерева и выполнение резекции вовлеченных в опухоль сосудистых структур в воротах печени позволили повысить резектабельность с 17,8 до 25,0%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Aliev M.A., Vaimakhanov B.B., Samratov T.U., Toksanbaev D.S. Surgical treatment of cystic and alveolar echinococcosis of the liver // Echinococcosis in central asia problems and solutions. – Zurich-Almaty, 2004. – P. 214-218
- 2 Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Поцелуев Д.Д., Самратов Т.У., Чорманов А.Т. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени // Сборник научных трудов X научно-практической конференции в рамках Международной выставки «Медицина и здоровье – 2004» // Актуальные вопросы хирургии и клинической анатомии. – Пермь, 2004. – С. 9–10
- 3 Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Сахипов М.М., Миржакыпов А.Т. Современные технологии при обширных резекциях печени // Международная научно-практическая конференция. Экобиомедицина Иссык-Куля. – 2006. – С. 69-72
- 4 Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З. и др. Отдаленные результаты обширных и сегментарных резекций печени по поводу гепатоцеллюлярного рака // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 13, №3. – С. 89
- 5 Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – 106 с.
- 6 Полуэктов В.Л., Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Кухта А.К. Хирургическое лечение гепатоцеллюлярного рака // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 13, №3. – С. 99-100
- 7 Чорманов А.Т., Миржакыпов А.Т. Энуклеация как тактика выбора в хирургическом лечении гемангиом печени // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 13, №3. – С. 295 – 296
- 8 Грицаенко А.И. Диагностика и хирургическое лечение гемангиом печени: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2006. – 21 с.

9 Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. – М: Практическая медицина, 2005. – 312 с.

10 Патютко Ю.И., Лазаревич Н.Л., Сагайдак И.В. и др. Отдаленные результаты хирургического лечения гепатоцеллюлярного рака, прогностические факторы // Анналы хир. гепатол. – 2008. – Т. 13, №3. – С. 98

11 Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов В.Ф. Эхинококкоз. – Ташкент, 1999. – 207 с.

12 Гарин А.М., Базин И.С. Первичный рак печени / Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей. – 2006. – С. 197-220

13 Garcia M. et al. American Cancer Society, 2007. www.cancer.org. Accessed March 20, 2008. 6. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html. Accessed June, 2008

14 Чжао А.В., Коваленко Ю.А., Чугунов А.О., Новрузбеков М.С. Выбор объема оперативного вмешательства при очаговых поражениях печени // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2010. – №5. – С. 15 – 20

15 National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Clinical Practice Guidelines in Oncology // Hepatobiliary cancers. – 2008. – No 2. http://www.nccn.org.

16 Lerner S.M., Hiatt R., Salamandra J. et al. Giant Cavernous Liver Hemangiomas: Effect of Operative Approach on Outcome // Archives of Surgery. – 2004. – No139. – P. 818-821

17 Hazinedaroglu S., Huseyin K., Mehmet Y. Enucleation of Centrally Located Giant Hepatic Hemangioma: Report of Two Cases // Dig Dis Sci. – 2006. – No51. – P. 1213-1217

18 Abdalla E.K. Is anatomic resection superior to nonanatomic resection for the treatment of patients with hepatocellular carcinoma? // Nature Clinical Practice Gastroenterology and Hepatology. – 2006. – No3. – H. 18-19

19 Alberts S.R., Gores G.J., Kim G. et al. Treatment Options for Hepatobiliary and Pancreatic // Mayo Clin Proc. – 2007. – No82. – P. 628-637

20 Pawlik T.M., Schulick R.D., Choti M.A. Expanding Criteria for Resectability of Colorectal Liver Metastases // The Oncologist. – 2008. – No13. – H. 51-64

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Б.Б. БАЙМАХАНОВ¹, Ж.Н. ҚЫЖЫРОВ², М.М. САХИПОВ¹, Т.Т. БОЗШАҒҰЛОВ², Н.Б. МӘУЛЕНОВ²,

Н.Н. БІРЖАНБЕКОВ¹, Ф.Т. СТАМҚҰЛОВ¹, Е. СЕРІКҰЛЫ¹

¹№7 қалалық клиникалық аурухана,

Гепатопанкреатобилиарлы хирургия және бауырды трансплантациялау орталығы бар жоспарлы хирургия бөлімшесі, Алматы қ.

²С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

ОШАҚТЫ БАУЫР АУРУЛАРЫН АНЫҚТАУ МЕН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМІ

Мақсаты. Ошақты бауыр ауруларын түбегейлі хирургиялық емдеудің жұмыс нәтижелерін зерттеп білу, жақын арадағы нәтижелерін бағалау, оларды жетілдіру жолдарын ұйғару.

Материал және әдістері. Әр түрлі көлемде бауыр резекциясы жасалған, ошақты бауыр аурулары бар 117 науқасқа талдау жасалынды. Бауырды кесу көрсеткіші қатерсіз және қатерлі ісіктер кезінде көлеміне, орналасқан жеріне, түйін санына, сондай-ақ бауыр қызметінің қорына байланысты анықталды.

Нәтижелері және талқылауы. Бауырдың қатерлі ісіктері кезінде операцияға араласу түрін таңдау аурудың сатысына

байланысты болды. Тәжірибеге бауырдың анатомиялық кесуін енгізу бұрын кесуге келмейтін қатерлі ісіктері бар науқастарды түбегейлі емдеуге жағдай жасады. Бірақ кең көлемді кесулерді, ауру қайталаған кезде қайтадан операция жасау мүмкіндігін еске ала отырып, қатаң көрсеткіш бойынша жасау керек. **Қорытынды.** Ошақты бауыр ауруларын түбегейлі хирургиялық емдеудің негізгі көлемі деп, осы зерттеуде түбегейлі операция 12 пайыз науқасқа жасалған сияқты, кең көлемді бауырды кесу лимфобез жүйесін алып тастау мен қоса бауыр сыртындағы өт жолдарын кесу деп білу керек. Алдын ала операцияға дейін өт жолдарын жеңілдету, бауыр қақпасындағы ісікке тартылған тамыр құрылымдары мен қоса кесу кесуді 17,8 пайыздан 25 пайызға жетілдіруге мүмкіндік берді. Бауыр обыры кезіндегі жалпы бір жылдық өміршеңдік 48 пайызды, 3 – жылдық өміршеңдік 65 пайызды құрады.

Негізгі сөздер: кесу көлемі, кесу түрі, бауыр ісігі, өміршеңдік.

S U M M A R Y

B.B. БАЙМАХАНОВ¹, Zh.N. KYZHYROV², M.M. САХИПОВ¹, T.T. БОЗШАГУЛОВ², N.B. МАУЛЕНОВ², N.N. БИРЖАНБЕКОВ¹, F.T. СТАМКУЛОВ¹, E. СЕРИКУЛЫ¹

¹*Department of Planned Surgery with Center of Hepatopancreatobiliary Surgery and Liver Transplantation, City Clinical Hospital №7, Almaty c.*

²*Kazakh National Medical University n. a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF FOCAL LIVER DISEASE

Objective: To study the results of radical surgical treatment of focal liver disease, to assess the immediate results, to plan ways to improve them.

Material and methods. The analysis of the results of treatment 117 patients with focal liver disease who underwent resection of various sizes. The indications for liver resection selection options for benign and malignant tumors, depending on the size, location, number of nodes, as well as functional liver reserve.

Results and discussions. Selecting surgery for malignant liver tumors depended on the stage of the disease. The introduction of the practice of anatomical liver resection promoted radical treatment of patients with tumors previously considered unresectable. However, extensive resection should be carried out strictly on the evidence, taking into account the possibility of re-operation for recurrent disease. **Conclusion.** The main volume of radical surgical treatment of focal liver disease should be considered extensive liver resection combined with resection of the extrahepatic bile ducts and lymph node dissection, performed in this study, 12.0% of patients with radical surgery. Pre-discharge preoperative biliary tree and resection involved in tumor vascular structures at the gate of the liver have improved resectability from 17.8% to 25.0%. Overall 1-year survival hepatocellular cancer was 87%, 3-year survival rate – 47%.

Key words: volume of resection, method of resection, liver tumors, survival.

Для ссылки: Баймаханов Б.Б., Кыжыров Ж.Н., Сахипов М.М., Бозшагулов Т.Т., Мауленов Н.Б., Биржанбеков Н.Н., Стамкулов Ф.Т., Сериккулы Е. Диагностика и хирургическое лечение очаговых заболеваний печени // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No 8 (158). – P. 18-21

Статья поступила в редакцию 23.07.2015 г.

Статья принята в печать 12.08.2015 г.