



Б. С. Запорожченко,
П. Т. Муравьев,
А. А. Горбунов,
И. Е. Бородаев,
И. В. Шарапов,
Д. А. Бондарец,
В. Г. Шевченко

*Одесский областной
центр хирургии печени
и поджелудочной железы*

*Одесский национальный
медицинский университет*

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Резюме. Несмотря на значительное улучшение материально-технического обеспечения и научной базы специализированных хирургических центров, сохраняется чёткая зависимость отдаленных результатов резекционных вмешательств от характера очагового процесса в паренхиме печени. Проведен анализ комплексного хирургического лечения 101 больного очаговым поражением печени, которые находились на лечении с 2009 по 2014 гг. в областном центре хирургии печени и поджелудочной железы. Первичный рак печени выявлен у 8 (7,9 %) больных, колоректальный рак с метастатическим поражением печени — у 72 (71,3 %) больных, причём синхронное поражение выявлено у 31 (43,1 %) больного, метасинхронное — у 41 (56,9 %) больного, эхинококковое поражение печени выявлено у 21 (20,8 %) больных, из которых поражение правой доли печени выявлено у 2 больных, левой доли — у 9, сочетанное поражение — у 10 больных. Анатомические резекции печени выполнены у 36, атипичные — у 20 и криодеструкция — у 45 больных. Умерло 6 больных. Летальность составила 5,9 %.

Ключевые слова: резекция, печень, очаговое поражение.

Введение

На сегодняшний день резекционные хирургические вмешательства продолжают играть ключевую роль в лечении больных с очаговым поражением печени различного генеза [1, 3]. Тем не менее, несмотря на значительное улучшение материально-технического обеспечения и научной базы специализированных хирургических центров, сохраняется чёткая зависимость отдаленных результатов резекционных вмешательств от характера очагового процесса в паренхиме печени. Так, в эндемичных по эхинококкозу районах, продолжает оставаться достаточно высокой частота послеоперационных осложнений (до 47–50 %) и случаи послеоперационных рецидивов заболевания порой превышают 20 % [2]. Продолжает оставаться довольно высокой послеоперационная летальность, достигающая 7 %. У больных метастатическим колоректальным раком резекция печени увеличивает продолжительность жизни 35–60 % пациентов на 5 лет и 28 % на 10 лет, тогда как при гепатоцеллюлярном раке пятилетняя выживаемость упорно варьирует от 14 до 61 % [1, 4]. Всё вышеперечисленное обусловлено несвоевременной диагностикой патологического процесса ввиду бессимптомности течения на ранних этапах развития и отсутствием единого индивидуализированного подхода к выполнению резекционных оперативных вмешательств.

Цель исследования

Оптимизировать хирургический подход к лечению больных с очаговыми заболеваниями печени.

Материалы и методы исследований

Проведен анализ комплексного хирургического лечения 101 больного очаговым поражением печени, которые находились на лечении с 2009 по 2014 гг. в областном центре хирургии печени и поджелудочной железы. Верификация диагноза осуществлялась на основании данных комплексного обследования, включающего применение клинических, лабораторных (реакции иммуноферментного анализа, определение уровня онкомаркеров — РЭА, α -фетопротеин) и инструментальных методов (ультразвуковое исследование (УЗИ), мультисрезовую спиральную компьютерную томографию (МСКТ), УЗИ-контролируемые пункционные биопсии с последующим цитологическим исследованием полученного материала, стандартные методы эндоскопического исследования — ФЭГДС, фиброколоноскопия). Все диагностические мероприятия повторялись в динамике с учётом первичной диагностической находки.

Результаты исследований и их обсуждение

Первичный рак печени выявлен у 8 (7,9 %) больных, колоректальный рак с метастатическим поражением печени — у 72 (71,3 %) больных, причём синхронное поражение выявлено у 31 (43,1 %) больного, метасинхронное — у 41 (56,9 %), эхинококковое поражение печени — у 21 (20,8 %), из которых поражение правой доли печени выявлено у 2, левой доли — у 9, сочетанное поражение — у 10.

Анатомические резекции печени выполнены у 36, атипичные — у 20 и криодеструкция — у 45 больных.

При ехинококкозе радикальними вважаємо операції, приводящі до видалення як хитинової і гермінативної, так і фіброзної капсули ввиду можливого рецидива захворювання. Радикальному хірургічному ліченню в об'ємі лівосторонньої гемігепатектомії підверглися 5 (5,0 %) хворих з гігантськими кистами (ш до 20 см), в об'ємі секторальної резекції печінки — 7 (6,9 %) хворих, атипичні резекції печінки виконані у 9 (8,9 %) хворих. В даному дослідженні ми не приводимо кількість виконаних відкритих і закритих ехинококкэктомій з різними варіантами обробки остаточної порожнини ввиду їх умовного радикалізму.

Всі резекційні втручання на печінці проводилися з використанням прийому Прингла і ультразвукового диссектора Harmonic Ace, деякі з використанням hanging-маневра.

По приводу гепатоцелюлярного раку правостороння гемігепатектомія виконана у 4 (3,9 %), лівостороння — у 1 (1,0 %), атипична резекція — у 3 (2,9 %).

Метастатичне ураження печінки при колоректальному раку класифіковалося по Геннарі: І стадія (єдиничний метастаз, займаючий не більше 25 % об'єму печінки) — 12 (16,7 %) хворих, ІІ стадія (множественні і билобарні метастази об'ємом не більше 25 %, а також єдиничний метастаз об'ємом від 25 до 50 %) — у 57 (79,2 %) хворих, ІІІ стадія (множественні і билобарні метастази об'ємом 25–50 %, а також метастази загальним об'ємом більше 50 % органу) — у 3 (4,2 %).

Анатомічна резекція печінки при метастатичному її ураженні в об'ємі правосторонньої гемігепатектомії виконана у 3 хворих, лівосторонньої — у 11 хворих, бісекторальної резекції — у 5 хворих, атипичні ж резекції виконані у 8 хворих.

Альтернативою (в визначеній ступені) хірургічному видаленню метастазів в печінці на даному етапі є їх криогенна деструкція (45 хворих). Найбільше пошкодження опухолового вогнища викликає швидке охолодження зі швидкістю — $(100 \pm 5) ^\circ\text{C}/\text{мин}$. При цьому зберігається еластичний каркас судин, що запобігає ризику кровотечі як в час криодеструкції, так і після неї. Криохірургічний метод лічення має ряд переваг: він дозволяє повністю знищити метастази, як на поверхні, так і в глибині печінки; тканина печінки після деструкції заживає, не утворюючи грубого рубця. Крім того, можливо повторне криовоздействие, що сприяє кращій ефективності. Вогнище крионекрозу має «біологічну інертність» і викликає мінімальну перифокальну реакцію. Характерним яв-

ляється обмеженість вогнища деструкції від оточуючої тканини печінки. Для криохірургічного впливу на метастази нами застосовується установка «Криоелектроніка — 4», в якості криоагента — рідкий азот, робочий режим — $t = 180 ^\circ\text{C}$, тиск — 2,5 атм. Час впливу від 5 до 15 хв. При необхідності проводили повторні цикли криодеструкції, що дозволяє отримати більш ефективний результат.

В теперішній час комбіноване лічення з використанням хіміотерапії є стандартом лічення хворих з метастатичним КРР. При синхронних mts в печінці виконували катетеризацію системи воротної вени або печіночної артерії для проведення інтра- і післяопераційної ХТ. Інфузію хіміопрепаратів проводили за схемою: оксалиплатин (елоксатин) $25 \text{ мг}/\text{м}^2$ + 5-ФУ $700\text{--}1200 \text{ мг}/\text{м}^2$ + кальція фолінат (лейковорин) $30 \text{ мг}/\text{м}^2$.

Післяопераційні ускладнення виникли в 44,6 % випадків (45 хворих). Їх спектр представлений в таблиці.

Таблиця

Спектр післяопераційних ускладнень

Вид ускладнення	Кол-во хворих	%	Умерло	
			абс.	%
Печіночна недостатність	37	36,6	3	2,9
Реактивний плеврит	4	3,9	—	—
Наружний жовчний свищ	19	18,8	—	—
Подадиaphragмальний абсцес	2	1,9	—	—
Формування билу	6	5,9	—	—
Внутрішньочеревне кровотеча	4	3,9	1	1,0
Сепсис	6	5,9	2	2,0

Здесь слід додати, що початкові прояви печіночної недостатності (як наслідок цитолізу), виражені в більшій або меншій ступені, відзначалися практично після кожної процедури криодеструкції і в деяких випадках розвивалися не самостійно, а в сукупності з іншими ускладненнями, вказаними в таблиці.

Верифікація реактивного плеврита послужила причиною виконання пункційно-дренуючих втручань з наступним культуральним, біохімічним і цитологічним дослідженням пунктату. У 12 з 19 хворих зовнішній жовчний свищ закритися самостійно в терміни від 2 тижнів до 3 місяців, і лише тільки у 7 хворих довелося виконувати коригувальне оперативне втручання. Формування подадиaphragмального абсцесу і билу послужило приводом для виконання пункційно-дренуючих оперативних втручань під УЗІ-контролем. Внутрішньочеревне кровотеча стало результатом коагулопатії внаслідок форму-



ющейся печёночной недостаточности и лишь в 1 случае, который закончился летальным исходом, причиной послужило прорезывание лигатуры.

Умерло 6 больных. Летальность составила 5,9 %. Основными причинами наступле-

ния летального исхода была прогрессирующая печёочно-почечная недостаточность (3 больных), профузное внутрибрюшное кровотечение (1 больной). Сепсис и полиорганная недостаточность послужили причиной смерти у 2 больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефанов М. Г. Сегментарные резекции при очаговых образованиях печени : автореф. дисс. ... док. мед. наук / М. Г. Ефанов. — Москва. — 2010. — 52 с.
2. Лечение больных с метастазами колоректального рака в печень : матер. II съезда колопроктологов стран СНГ, III съезда колопроктологов Украины с участием стран Центральной и Восточной Европы / В. В. Дарвин В. В., С. В. Онищенко, М. М. Лысак, Е. А. Краснов. — Одесса, 2011. — С. 108–109.
3. Резекции печени: современные технологии при опухолевом поражении / Ю. И. Патютко, И. В. Сагайдак, А. Г. Котельников, А. Н. Поляков / Анн. хир. гепатол. — 2010. — Том 15, № 2. — С. 9–17.
4. Чардаров Н. К. Билиарные осложнения после резекций печени / Н. К. Чардаров, Н. Н. Багмет, О. Г. Скипенко // Хирургия. — 2010. — № 8. — С. 61–68.

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВОГО УРАЖЕННЯ ПЕЧІНКИ

**Б. С. Запорожченко,
П. Т. Муравйов,
А. А. Горбунов,
І. Є. Бородаєв,
І. В. Шарпов,
Д. А. Бондарець,
В. Г. Шевченко**

Резюме. Незважаючи на значне поліпшення матеріально-технічного забезпечення та наукової бази спеціалізованих хірургічних центрів, зберігається чітка залежність віддалених результатів резекційних втручань від характеру осередкового процесу в паренхімі печінки. Проведено аналіз комплексного хірургічного лікування 101 хворого вогнищевим ураженням печінки, які перебували на лікуванні з 2009 по 2014р.р в обласному центрі хірургії печінки та підшлункової залози. Первинний рак печінки виявлено у 8 (7,9%) хворих, колоректальний рак з метастатичним ураженням печінки — у 72 (71,3%) хворих, причому синхронне ураження виявлено у 31 (43,1%), а метакронне — у 41 (56,9%) хворого, ехінококові ураження печінки виявлено у 21 (20,8%) хворих, з яких ураження правої долі печінки виявлено у 2 хворих, лівої — у 9, поєднане ураження — у 10 хворих. Анатомічні резекції печінки виконані у 36, атипіві — у 20 і кріодеструкція — у 45 хворих. Померло 6 хворих. Летальність складала 5,9%.

Ключові слова: *резекція, печінка, осередкове ураження.*

SURGICAL ASPECTS OF THE COMPLEX TREATMENT OF FOCAL LIVER LESIONS

**B. S. Zaporozhchenko,
P. T. Muravyov,
A. A. Gorbunov,
I. E. Borodayev,
I. V. Sharapov,
D. A. Bondarec,
V. G. Shevchenko**

Summary. Despite significant improvements in logistics and the scientific base of specialized surgical centers, there remains a clear dependence of the long-term results of resection interventions on the nature of the focal process in the liver parenchyma. The analysis of complex surgical treatment of 101 patients with focal hepatic lesions from 2009 to 2014 in the regional center of surgery of the liver and pancreas was analyzed. Primary liver cancer was detected in 8 (7.9%) of patients with colorectal cancer liver metastases — in 72 (71.3%) of patients, with synchronous lesion — in 31 (43.1%) of patients, metachronous — in 41 (56.9%) of patients, hydatid liver disease was found in 21 (20.8%) of patients the lesion in the right lobe of the liver was found in 2 of patients, the left lobe — in 9, combined lesion — in 10 of patients. Anatomical liver resection was performed in 36, atypical — in 20 and cryosurgery — in 45 of patients. 6 patients died. Mortality rate was 5.9%.

Key words: *resection, liver, focal lesions*