

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

го збільшення частоти гнійно-запальних ускладнень з боку лапаротомної рани, що пов'язано насамперед з інфікуванням рани. Частота гнійно-запальних ускладнень досягає 9-75,9%. Проведено аналіз гнійно-запальних ускладнень після операції Гартмана у 47 пацієнтів із травмами, пухлинними, непухлинними ураженнями товстої кишки.

R. V. Lisovoy. Purulent complications after Hartmann's operation. Lugansk, Ukraine.

Key words: Hartmann's operation, colostoma, purulent complications.

At the complicated current of a cancer, diverticulosis, other diseases and traumas of the left half of thick gut at many patients Hartmann's operation is used. Imposing colostoma leads to substantial growth of frequency of its purulent-inflammatory complications from outside wounds that is connected first of all with a wound infection. Incidence of pyoinflammatory complications reaches 9-75,9%. The analysis of pyoinflammatory complications after Hartmann's operation at 47 patients with traumas, tumoral, not tumoral defeats of intestine is performed.

Надійшла до редакції 20.10.2010 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 616.36 — 002.9: 616.995.122.21

Виды и частота возникновения новообразований печени

Ю.А. Косенко

Луганский государственный медицинский университет, кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (заведующий — профессор И.В.Иоффе)
Луганск, Украина

Трудности диагностики полостных форм заболеваний печени обусловлены многообразием нозологических форм и отсутствием четких связей между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями. В статье представлены результаты ультразвукового обследования 246 больных с объемными новообразованиями доброкачественного характера. Рассмотрена частота встречаемости, виды, ультразвуковые признаки отдельных образований печени.

Ключевые слова: кисты печени, гемангиомы, ультразвуковое исследование.

Введение

Трудности диагностики полостных форм заболеваний печени обусловлены многообразием нозологических форм и отсутствием корреляционных связей между клиническими проявлениями и морфологическими изменениями [1-4, 8]. Решение проблемы точной диагностики полостных образований печени с определением показаний к оперативному лечению — это шаг к улучшению результатов лечения объемных новообразований печени [5-7, 11]. По данным П.М.Котлярова и М.Е.Семендяевой (1990), частота очаговых поражений печени при скрининговом обследовании составляет 1,38-1,86%, при этом в 33,3% наблюдений встречаются кисты различного генеза, в 25,6% — доброкачественные опухоли, в 35,4% — метастатические поражения и в 5,7% — первичный рак печени [9].

А.Г.Абдулаев (1990) предложил следующую классификацию незлокачественных объемных образований печени:

I. Незлокачественные кистозные образования печени:

— истинные кисты (солитарные, многокамерные цистоаденомы, дермоидные и ретенционные);

— ложные кисты — травматические и воспалительные;

— поликистоз печени;

— кистозное расширение желчных протоков (болезнь Кароли);

— паразитарные кисты (эхинококк, описторхоз).

II. Незлокачественные опухоли печени:

— паренхиматозные (эпителиальные);

— сосудистые опухоли (неэпителиальные) — гемангиомы и лимфангиомы;

Таблиця 1
Доброкачественные новообразования печени

Вид		Количество больных	
		абс.	%
Истинные кисты	простые солитарные	78	31,7
	многокамерные цистаденомы	31	12,0
	поликистоз	23	9,3
Паразитарные кисты	эхинококковые	14	5,6
	амебные	-	-
Незлокачественные опухоли печени	аденомы	9	3,6
	гемангиомы	63	25,6
	лимфангиомы	12	4,8
	фибромы	14	5,6
	липомы	1	0,4
	миксомы	1	0,4

– паразитарные опухоли;
– другие незлокачественные опухоли — фиброма, липома и прочие [1].

Кисты печени встречаются примерно у 0,8% населения, а по данным аутопсий частота кист достигает 1,86%. У женщин кисты встречаются в 3-5 раз чаще, чем у мужчин, проявляются в период с 30 до 80 лет.

При патологоанатомическом исследовании кисты являются полостями, заполненными жидкостью. Они выстланы эпителием типа билиарного и не соединяются экскреторными протоками. W.L'ongmire (1981) считает, что 25% кист связаны с желчными протоками. Форма простых кист правильная, округлая или овальная [13]. Ретенционные кисты в основном имеют грушевидную форму, суживающуюся в сторону ворот [14]. Истинные кисты печени не подвергаются инволюции и медленно увеличиваются в размерах. Согласно современным патофизиологическим подходам, истинные кисты в печени возникают из aberrантных желчных ходов, то есть во время эмбрионального развития не происходит подключение к системе желчных путей. Отсутствие инволюции этих ходов является причиной развития кист печени [15].

Солитарные кисты встречаются в 61% случаев, мультикистоз печени — в 36% случаев, а поликистоз значительно реже — в 1,87%. Доброкачественные опухоли печени встречаются в 1,5-2% случаев. В зависимости от гистогенеза различают аденомы, гемангиомы, лимфангиомы, фибромы, липомы, миксомы, узловую гиперплазию. Все доброкачественные опухоли при УЗИ имеют вид эхопозитивных фокусов с четкими контурами и однородной структурой.

От злокачественных опухолей печени их отличают четкие границы с непораженной печеночной тканью и однородностью структуры.

Целью работы было изучение возможностей ультразвуковой диагностики в выявлении и верификации доброкачественных новообразований печени.

Материалы и методы исследования

За период 2000-2010 гг. нами обследовано 246 больных с объемными новообразованиями доброкачественного характера в Луганском областном клиническом онкологическом диспансере и Луганской областной клинической больнице. Мужчин было 139 (54,9%), женщин — 107 (45,1%). Возраст больных был от 29 до 78 лет. Для объективной оценки эффективности УЗИ мы в своей работе анализировали результаты обследования за период, когда были отработаны методики исследования. УЗИ выполнялось многократно (от 2 до 8 раз), как до, так и после операции, что позволяло оценить результаты операции. Абсцессы печени разной этиологии и метастатические процессы в печени мы не брали в группу обследуемых больных.

Результаты исследования и их обсуждение

Все доброкачественные образования, выявленные нами, отображены в табл. 1.

Как видно из табл. 1, из доброкачественных опухолей печени чаще всего встречались гемангиомы. С точки зрения морфологии капиллярная гемангиома состоит из сплетения большого количества ветвящихся сосудов капиллярного типа с узким просветом, не обладающих направленным или с очень медленным кровотоком [11]. Сонографически в 67-70% случаев гемангиомы представлены гиперэхогенным, округлым, однородным образованием с четкими границами, ровными контурами, небольших размеров, с наличием эффекта дорзального усиления эхосигнала, чаще подкапсульной локализации, отсутствием роста в динамике и клинических проявлений.

Представляет интерес классификация непаразитарных кист печени по Б.В.Петровскому (1973):

1. Поликистоз печени:
 - с поражением только печени;
 - с поражением почек и других органов.
2. Солитарные, истинные кисты печени:
 - простые солитарные кисты печени;
 - многокамерная цистаденома печени;

ОРИГІНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

- дермоидні кисти;
- ретенційні кисти.
- 3. Ложні кисти печини:
 - травматичні;
 - запальні.
- 4. Онкологічні кисти.
- 5. Кисти зв'язок печини.

Используя данную классификацию, мы систематизировали полученные результаты ультразвуковых исследований.

Выводы

1. Ультразвуковое исследование является основной в диагностике новообразований печени.

2. Ультразвуковое исследование занимает ведущее место в получении биопсии новообразований печени и установке морфологического и цитологического диагноза.

3. У исследованных нами больных частота объемных новообразований в печени составила 1,87%. Чаще всего диагностируются кисты и гемангиомы печени.

Литература

1. Абдулаев А.Г. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени / А.Г.Абдулаев // Хирургия. — 1990. — №8. — С. 157-163.
2. Альперович Б.И. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени / Б.И.Альперович, В.Я.Митасов // Вестник хирургии. — 1990. — №6. — С. 17-21.
3. Ахаладзе Г.Г. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / Г.Г.Ахаладзе, М.Г.Нанеташвили, А.Ю.Чевокин // Анналы хирургической гепатологии. — 1999. — Т. 4, №1. — С. 218.
4. Гвилия Т.Т. Комплексная ультразвуковая диагностика очаговых поражений печени / Т.Т.Гвилия // Рос. научный центр хирургии Рос. АМН. — 1999. — С. 15-18.
5. Готье С.В. Вариант классификации очаговых поражений печени с использованием преимуществ TNM / С.В.Готье // Материалы IV конференции хирургов. — Тула? 1996. — С. 212-213.
6. Зиневич В.П. Непаразитарные кисты печени / В.П.Зиневич // Вестник хирургии. — 1989. — №10. — С. 46-48
7. Зубарев А.В. Ультразвуковая цветовая ангиография при очаговых поражениях печени / А.В.Зубарев // Мед. визуализация. — 1997. — №3. — С. 32-37.
8. Ибадильдин А.С. Диагностика, лечение образований печени / А.С.Ибадильдин, Ю.В.Грушин, В.И.Сливан // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — Т. 1. — 226 с.
9. Котляров П.М. Ультразвуковая диагностика очаговых поражений печени / Сборник научных работ Москвы. — 1994. — С.47-48.
10. Лемон В.Г. Состояние гемодинамики при очаговых поражениях печени / В.Г.Лемон // Sonoace international. — 2000. — №6. — С. 3-14.
11. Медведев В.Е. Диагностика и лечение непаразитарных кист печени / В.Е.Медведев, М.Е.Нечитайло, А.В.Бойко // Клиническая хирургия. — 1992. — №9-10. — С. 56-61.
12. Титова М.И. Цитологическая диагностика очаговых поражений печени / М.И.Титова // Клиническая хирургия. — 1996. — №10. — С. 53-55.
13. Longchamp E., Patriarche C., Fabre M. Accuracy of cytology vs. microbiopsy for the diagnosis of well-differentiated hepatocellular carcinoma and macroneoplastic nodule // Acta Cytol. — 2000. — №4. — P. 515-523.
14. Muttarak M., Peh W.C., Chaiwan B. Clinics in diagnostic imaging (48). Cystic liver metastases // Singapore Med.J. — 2000. — №4. — P. 193-197.
15. Parkhisenko Iu.A., Glukhov A.A., Novomlinskii V.V. et al. Diagnostika i lechenie abstsessov pecheni //Khirurgiya (Mosk). — 2000. — №8. — P. 35-37.

Ю.А.Косенко. Види та частота виникнення новоутворень печінки. Луганськ, Україна.

Ключові слова: кисти печінки, гемангіоми, ультразвукове дослідження.

Труднощі діагностики порожнинних форм захворювань печінки обумовлені різноманіттям нозологічних форм і відсутністю чітких зв'язків між клінічними проявами та морфологічними змінами. У статті наведені результати ультразвукового обстеження 246 хворих з об'ємними новоутвореннями доброякісного характеру. Розглянута частота виявлення, види та ультразвукові ознаки окремих утворень печінки.

Yu.A.Kosenko. Types and incidence of liver tumors. Lugansk, Ukraine.

Key words: liver cyst, hemangioma, ultrasonography.

Difficulties in the diagnosis of cavity forms of liver disease caused by a variety of nosological forms and lack of clear links between clinical and morphological changes. The results of ultrasound screening 246 patients with bulky tumors of a benign nature. We consider the frequency of occurrence, types, ultrasound signs of separate entities of the liver.

Надійшла до редакції 22.10.2010 р.