

СУЧАСНА ДІАГНОСТИКА ДИФУЗНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЕЧІНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЇ

Петрушенко В.В., Верба А.В., Гуменюк К.В., Мельник Т.О.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Україна
Клініка ендоскопічної хірургії та ендоскопічної діагностики, Військово-медичний клінічний центр центрального регіону, Вінниця, Україна

Modern Diagnostics of Diffuse Liver Diseases by Endovideosurgery

V.V. Petrushenko, A.V. Verba, K.V. Gumeniuk, T.O. Melnik

Vinnitsa National Medical University named by M.I. Pirogov, Ukraine
Clinic of Endoscopic Surgery and Endoscopic Diagnostics, Military Medical Clinical Center of Central Region, Vinnitsa, Ukraine

Received: May 25, 2011
Accepted: August 30, 2011

Адреса для кореспонденції:

Клініка ендоскопічної хірургії та ендоскопічної діагностики
Військово-медичний клінічний центр
вул. Свердлова, 185, Вінниця, 21018, Україна
тел.: +38-067-976-36-17
e-mail: konstantinsurgeon@hotmail.ru

Summary

There were presented the results of 118 diagnostic biopsies of diffuse liver diseases by means of endovideosurgery in the article. According to the result of histologic (morphologic) investigation 67 patients (56.7%) had liver cirrhosis, 39 (33%) — hepatitis, 9 (7.6%) — hepatocarcinoma, 3 (2.5%) — hepatochromatosis. The site of liver puncture was electrocoagulated to prevent the development of complications — bleedings. The use of endovideosurgery in diagnostics of diffuse diseases of liver is a modern and promising method.

Key words: liver cirrhosis, laparoscopic biopsy liver, endovideosurgery.

Вступ

Проблема дифузних захворювань печінки залишається найбільш складною не тільки в Україні, але і в усьому світі [1,3]. З кожним роком збільшуються показники захворюваності на цироз печінки з наступ-

ним летальним наслідком, де 2/3 померлих — хворі вік яких молодше 65 років. Рівень летальності від дифузних захворювань печінки в Україні перевищує аналогічні показники в економічно розвинутих країнах та країнах, які розвиваються. У всьому світі основними причинами фіброзу печінки є гепатит В та С, зловживання алкоголем, та інші фактори — аутоімунні пошкодження, генетичні аномалії, неалкогольний стеатогепатит [5,6]. Незважаючи на сучасне лікування зменшення захворюваності не передбачається [4].

Знання етіологічного чинника захворювання та його перебіг особливо на ранніх етапах, є надзвичайно важливим в діагностиці та подальшому лікуванні. Більшість досліджень базується на матеріалі клінічних досліджень, а аналіз морфологічного матеріалу буває рідше і включає меншу кількість випадків [2]. Безумовно, черезшкірна пункційна біопсія печінки є “золотим стандартом” в діагностиці захворювань

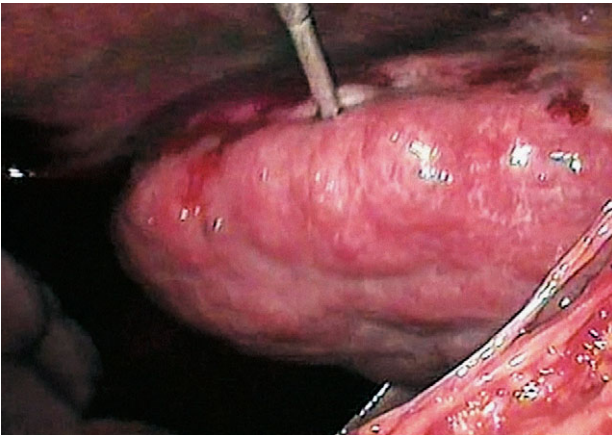


Рис. 1
Ендовідеохірургічна діагностична біопсія печінки.

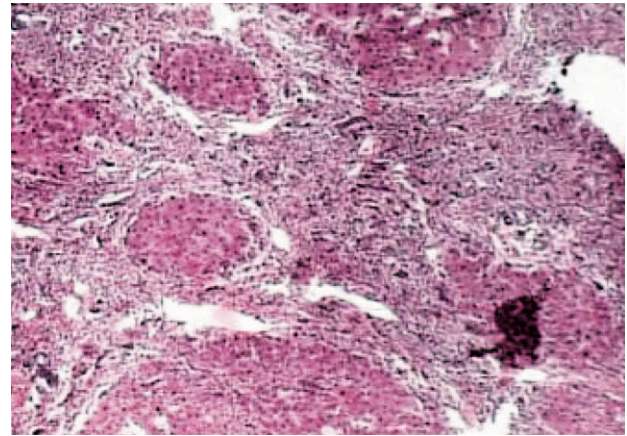


Рис. 2
Гістограма печінки — хворий О., 54 роки, цироз печінки, клас С, забарвлення гематоксилін-еозин, $\times 500$.

печінки, однак на думку більшості гепатологів, цей метод пов'язаний з можливими хибними результатами завдяки помилці попадання при біопсії, та ускладненням з летальними наслідками від 0-3,3 на 1000 пункційних біопсій печінки [7]. На нашу думку, використання ендовідеохірургії, з метою діагностики дифузних захворювань печінки та візуальної оцінки місця пункції, для профілактики розвитку ускладнень є оптимальним.

Мета роботи — поліпшити діагностику дифузних захворювань печінки за допомогою ендовідеохірургії з прицільною біопсією та оцінити її значення.

Матеріали та методи

В клініці ендоскопічної хірургії в період з 2007 по 2010 рік проведено 118 ендовідеохірургічних діагностичних прицільних біопсій печінки хворим з дифузними захворюваннями печінки. Вік хворих коливався від 38 до 74 років, в середньому ($52 \pm 1,3$). Чоловіків було — 87 (73,7%), жінок — 31 (26,3%). Усі хворі були комплексно обстежені, враховані дані анамнезу захворювання, клінічні прояви, лабораторні показники, езофагогастродуоденоскопії, ультрасонографії органів черевної порожнини та судин гепатолієнальної ділянки. У 17 (14,4%) хворих була виконана комп'ютерна томографія печінки. Використовували ендовідеохірургічний універсальний “Еконт-комплекс” для лапароскопічних операцій з стандартно встановленою апаратурою. З метою профілактики прогресування портальної енцефалопатії за 7-10 днів до операції та в післяопераційний період хворим з цирозом печінки класом В (*Child-Pugh*) з латентними ознаками портальної енцефалопатії призначали препарат Гепа-Мерц 1 пакету (3,0) 3 рази

на день. У хворих з класом С (*Child-Pugh*) вираженими ознаками портальної енцефалопатії препарат Гепа-Мерц призначали в/в краплинно 1 амп. Оперативне втручання виконували під загальним знеболенням з використанням коротких міорелаксантів. Тривалість оперативного втручання становила в середньому ($14 \pm 2,0$) хв. У хворих з значним асцитом першим етапом за допомогою 10 мм — троакара в нижній біляпупочній точці виконували лапароцентез з фракційним частковим видаленням асцитичної рідини за допомогою аспіратора. Евакуацію асцитичної рідини виконували одночасно з інсуфляцією газу, що забезпечувало підтримання необхідного внутрішньочеревного тиску на рівні 8-10 мм рт.ст. Після видалення асцитичної рідини виконували оглядову лапароскопію органів черевної порожнини з детальним оглядом печінки. На 2-3 см нижче та зліва від мечовидного відростку встановлювали 5 мм троакар, крізь який проводили пункційну голку для діагностичної біопсії печінки (рис. 1).

Виконували прицільну діагностичну біопсію печінки з патологічно змінених ділянок печінки в кількості до двох з правої та лівої часток печінки. Місця проведених пункцій електрокоагулювали з метою попередження розвитку кровотечі. Отримані біоптати печінки фіксували в 10% нейтральному розчині формаліну. Матеріал проходив спирт-ксилолову проводку з подальшою заливкою у парафін. Нарізка препаратів відбувалась на санному мікротомі МС-2, з товщиною зрізів до 5 мкм. Парафінові зрізи зафарбовували гематоксилін-еозином з подальшим заключенням препарату у полістерол під покривне скло. У хворих з гепатитами, фіброзом та цирозом печінки оцінювали індекс гістологічної активності за критеріями Knodell R. (1981) та стадії фіброзу за шкалою *Metavir* (1994), та комп'ютерного морфометричного аналізу.

Результати

В ранньому післяопераційному періоді у 2 (1,7%) хворих відмічена кровотеча з троакарної рани, яка була зупинена накладанням додаткового шва. У 5 (4,2%) хворих з цирозом печінки підтікання асцитичної рідини крізь троакарну рану. В пізньому післяопераційному періоді на шосту добу у 1 (0,8%) хворого виникла госпітальна правобічна нижньодольова пневмонія, у 3 (2,5%) сероми троакарної рани. Усі хворі яким була виконана операція були активізовані на першу добу, могли самостійно себе обслуговувати. На третю та четверту добу хворі були виписані з клініки. Летальних випадків після операції не було. За результатами гістологічного висновку отримані результати були наступними: у 67 (56,7%) хворих діагностовано цироз печінки з різними стадіями фіброзних змін (рис. 2), у 39 (33%) хворих гепатит з різними ступенями активності та портальним запаленням.

У 9 (7,6%) хворих була діагностована гепатокарцинома, у 3 (2,5%) гемохроматоз. Майже у всіх хворих з місця пункції була кровотеча, яка була зупинена за допомогою електрокоагуляції. Отримані гістологічні результати дозволили не тільки достовірно встановити діагноз, але і визначити подальшу тактику в лікуванні. Хворі з цирозом печінки класу А та В (*Child-Pugh*) та хворі з гепатитом продовжували консервативну, етіотропну, протівірусну терапію в профільному гепатологічному відділенні з перспективою стабілізації циротичного процесу та ерадикації вірусу. Хворі класу С (*Child-Pugh*), були визначені для симптоматичного лікування. Слід відзначити, що прогресування розвитку портальної енцефалопатії після оперативного втручання у хворих не відмічали. На нашу думку, використання препарату Гепамерц в профілактичних заходах попередило це важке

ускладнення саме в післяопераційному періоді. Хворі з діагностованою гепатокарциномою були направлені в онкологічний центр.

Висновки

Таким чином, за результатами нашого дослідження, визначено, що використання ендовідеохірургії в діагностиці дифузних захворювань печінки є перспективним та сучасним методом, який не тільки візуально дає можливість оцінити патологічний орган, але і за допомогою прицільної біопсії допомагає достовірно встановити діагноз та попередити розвиток ускладнень після біопсії.

Література

1. Бабак О.Я., Колесникова Е.В., Кравченко Н.А. (2009) Фиброз печени, современные представления о механизмах, способах диагностики и лечения. Сучасна гастроентерологія. 2; 46: 5-7
2. Гаврилюк О.М. (2009) Етіологічні чинники цирозу печінки. Сучасна гастроентерологія. 2; 46: 22-24
3. Павлов А.И., Плюснин С.В., Хазанов А.И. и соавт. (2005) Этиологические факторы циррозов печени с летальными исходами. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2: 68-72
4. Хухліна О.С. (2004) Метаболічні, судинні та цитокінові механізми розвитку і прогресування фіброзу печінки у хворих на неалкогольний стеатогепатит. 5; 19: 41-44
5. Bataller R., Brenner D. (2005) Liver fibrosis. J. Clin. Invest. 115: 209-218
6. Kalluri R., Zeisberg M. (2006) Fibroblasts in cancer. Nat. Rev. Cancer. 6: 302-401
7. Yin M., Talwalkar J.A., Glaser K.J. et al. (2007) Assessment of hepatic fibrosis with magnetic resonance elastography. Clin. Gastroenterol. Hepatol. 5: 1207-1213