



Хирургическое лечение больных с очаговыми поражениями печени

Х.С. Бебезов, Б.Х. Бебезов, Р.А. Турсунов*, Н.Д. Мамашев, Т.М. Уметалиев

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина;

*ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Таджикистан

В работе проанализированы непосредственные результаты 35 обширных резекций печени, по поводу очаговых поражений. При обширной резекции для полной изоляции удаляемой половины печени (перевязка портальной ножки и печёночной вены до этапа разделения паренхимы печени) был использован воротный способ резекции. Послеоперационные осложнения возникли у 34,3% больных. Наиболее частым осложнением было развитие печёночной недостаточности – 17,2%. Общая летальность составила 5,7%.

Ключевые слова: резекция печени, очаговые поражения печени, печёночная недостаточность

АКТУАЛЬНОСТЬ. Хирургическое лечение опухолей печени представляет одну из важнейших проблем современной хирургии органов брюшной полости, что определяется наблюдаемым за последующие годы повсеместным отчётливым ростом заболеваемости населения очаговыми образованиями печени [1-3].

Обширные анатомические резекции печени (гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии) являются основным методом лечения больных с первичным раком, определёнными формами метастатического поражения печени, опухолями проксимальных отделов внепечёночных жёлчных протоков, который позволяет добиться значительного продления жизни, улучшения её качества, а в ряде случаев и полного излечения пациентов [1-3].

В лечении больных с доброкачественными новообразованиями печени больших размеров и, прежде всего, с гигантскими гемангиомами, а также в лечении пациентов с обширными паразитарными поражениями (альвеококкозом) печени серьёзной альтернативы выполнению обширных резекций печени (ОРП) также не существует.

Непосредственные результаты обширных резекций за последние годы заметно улучшились. Так, в начале 80-х годов летальность после обширных резекций печени по данным зарубежных авторов составляла от 20 до 33% [5,6] и определялась высокой частотой массивных интраоперационных кровотечений и тяжёлой послеоперационной печёночной недостаточностью. Благодаря совершенствованию предоперационной топической диагностики опухолей, развитию прецизионной техники выполнения резекционных вмешательств на печени, совершенствованию методов профилактики кровотечений

удалось значительно снизить показатели послеоперационной летальности, которая в настоящее время у больных без цирроза печени не превышает 2-6% [1-4].

Существенный вклад в решение технических моментов резекции печени внёс вьетнамский хирург Ton That Tung [9], который предложил метод так называемой дигитоклазии. В процессе резекции, пальцами разделяя рыхлую ткань печени и захватывая при этом трубчатые структуры органа, мы пересекаем и изолированно подвергаем перевязке. Фиссуральный способ резекции до настоящего времени находит своё применение.

Первую типичную правостороннюю гепатэктомию воротным способом произвёл J.Lortat-Sacob и описал её в 1952г. С этих пор данная методика стала наиболее распространённым видом анатомических резекций печени.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: улучшение результатов хирургического лечения больных с очаговыми поражениями печени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. С 8 апреля 2009 года в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники им. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики было выполнено 35 обширных резекций печени воротным способом, пациентам с различными очаговыми образованиями печени. Женщин было 28, мужчин – 7, возраст больных варьировал от 17 до 74 лет и в среднем составил 46 ± 3 года. В 19 наблюдениях был диагностирован альвеококкоз печени. Гемангиома выявлена у 7 пациентов, первичный рак печени – в 6 наблюдениях, метастатический рак печени – у 3. Выполняли



весь спектр обширных резекций на печени – от гемигепатэктомии до расширенной анатомической резекции. В 68,6% наблюдений выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, в 17,1% - левосторонняя. В 14,3% случаев произведена расширенная гемигепатэктомия, у одной больной она сочеталась с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру. Необходимо отметить, что трём пациентам ранее была проведена паллиативная операция.

В диагностике использовали лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ и ЭГДС.

ТЕХНИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.

Обширные резекции печени мы предпочитаем выполнять воротным способом, по методике, подробно описанной Т. Starzl и соавт. [7,8], суть, которой состоит в следующем.

Пересекают круглую связку, затем рассекают серповидную. Проводят первичную бимануальную пальпацию печени. Далее проводят интраоперационное УЗИ печени для выявления всевозможных очаговых поражений и соотношения опухоли с крупными сосудами.

Первый этап операции начинается с лимфодиссекции вокруг гепато-дуоденальной связки. Эта процедура аналогична как при право-, так и при левосторонней гемигепатэктомии. Последовательно выделяются соответствующая ветвь печёночной артерии, ветвь жёлчного протока и соответствующая ветвь воротной вены. Пересечением портальной триады заканчивается воротный этап операции. После перевязки артерий цвет удаляемой части печени практически не меняется, однако после перевязки соответствующей ветви портальной вены сразу же происходит изменение цвета печени и хорошо определяется демаркационная линия, которая следует по основной портальной щели.

Вторым этапом гемигепатэктомии (правосторонней) является отделение задней поверхности печени от нижней полой вены на всём её протяжении до места впадения в правую печёночную вену, которая выделяется, перевязывается и пересекается.

Третий этап операции – собственно резекция печени. Рассекается капсула по линии демаркации. Рассечение печени следует проводить, с помощью зажимов, перевязывая и пересекая все трубчатые структуры интрапаренхиматозно. Этот этап при стандартной ситуации занимает 20-30 минут.

После удаления доли печени окончательный гемостаз осуществляется путём прошивания кровоточащих участков, при возможности используется тахокомб.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ. Анализ факторов, вызывающих развитие массивной интраоперационной кровопотери показал, что основной причиной возникновения профузных кровотечений является повреждение магистральных сосудов печени. При этом максимальные объёмы кровопотери были отмечены при наиболее обширных и травматичных вмешательствах – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (максимальная кровопотеря – 3000 мл). Средний объём кровопотери при правосторонней гемигепатэктомии составил – 1200 мл, при левосторонней гемигепатэктомии – 500мл.

Послеоперационные осложнения возникли у 12 (34,3%) больных.

Первое место среди осложнений занимает печёночная недостаточность (n=6), возникающая вследствие недостаточности объёма оставшейся части печени. Проявления печёночной недостаточности заключались в повышении уровня печёночных ферментов, повышении билирубина, гипоальбуминемии, энцефалопатии.

У 3-х пациентов в послеоперационном периоде возникло желчеистечение, что объясняется, по-видимому, предельно обширной раневой поверхностью печени после перенесённой расширенной гемигепатэктомии.

К более редким послеоперационным осложнениям у больных, перенёвших обширную резекцию печени, следует отнести развитие реактивного плеврита (n=3) и формирование послеоперационного абсцесса (n=1). Нагноение послеоперационной раны также наблюдалось у одного больного, у которого была печёночная недостаточность.

Несмотря на довольно высокую частоту и большое разнообразие послеоперационных осложнений после обширных резекций печени, только в двух случаях был летальный исход (5,7%) из-за профузного желудочно-кишечного кровотечения и острого инфаркта миокарда.

Мы сочли некорректным оценивать отдалённые результаты выживаемости, так как максимальный срок наблюдения составил всего 23 месяца. Однако следует отметить, что 32 (97%) из 33 пациентов, перенёвших обширную резекцию печени, на данный момент живы и без признаков рецидива.

ВЫВОД. ОРП относятся к сложным и высокотехнологичным хирургическим вмешательствам. В настоящее время, когда приоритет хирургического подхода при очаговом поражении печени не вызывает сомнений, подобные операции всё равно остаются делом лишь крупнейших медицинских центров.



Основным техническим моментом снижения интраоперационной кровопотери является выполнение ОРП в анатомическом варианте, предпочтительно воротным способом.

При стандартных ОРП оптимальным способом сосудистой изоляции, является полная изоляция удаляемой половины печени (перевязка портальной ножки и печёночной вены до этапа разделения паренхимы печени). Ценность данной методики сосудистой изоляции печени определяется не только предупреждением операционной кровопотери, но и возможностью выполнения резекции без ишемического воздействия на паренхиму, остающейся после резекции доли печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишневский В.А. Обширные резекции печени при высоком риске массивной кровопотери / В.А. Вишневский, Н.А. Назаренко, Р.З. Икрамов [и др.]// - Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского, -Т.3, -№3, -С. 18-22
2. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени / Ю.И. Патютко. – М.: Практическая медицина, -2005, -312с.
3. Расширенные резекции печени при злокачественных опухолях / Ю.И. Патютко, А.Л. Пылев, И.В. Сагайдак, А.Г. Котельников. - Хирургия им. Н.И. Пирогова, -2009, -№2, -С. 16-22
4. Asianbola B. Operative mortality after hepatic resection: are literature – based rates broadly applicably / B. Asianbola, D. Chang, A.L. Gleisner [et al.]// - J. Gastrointest. Surg. 2008: 12(5): 842-851
5. Lee N.W. The surgical management of primary carcinoma of the liver / N.W. Lee, J. Wong, G.B. Ong// World. J. Surg. 1982: 6: 66-75
6. Nagao T. One Hundred Hepatic resection / T. Nagao, S. Inove, T. Mizuta [et al.]// - Ann. Surg. 1985: 202: 42-49
7. Hepatic trisegmentectomy and other liver resections / T.E. Starzl, R.H. Bell, R.W. Reart, C.W. Putnam // Surg. Gynecol obstet 1975; 141:3: 429-437
8. Starzl T.E., Iwatsuki S., Shaw B.W. Jr. et al. Lebt hepatic trisegmentectomy / T.E. Starzl, S. Iwatsuki, B.W. Shaw [et al.]// - Surg. Gynecol obstet 1982; 155:1; 21-27
9. Ton That Tung. La vascularisation veineuse du foie et ses applications aux resections hepatiques. These Hanoi, 1939

Summary

Surgical treatment of patients with focal hepatic lesions

H.S. Bebezov, B.H. Bebezov, R.A. Tursunov, N.D. Mamashev, T.M. Umetaliev

This paper analyzes the immediate results of 35 major resections of the liver, on the focal lesions. With extensive resection for complete insulation removed half of the liver (portal ligation vessel and hepatic vein before to the liver parenchyma phase separation) the portal method resection was used. Postoperative complications occurred in 34,3% of patients. The most frequent complication was the development of liver failure – 17,2%. Mortality was 5,7%.

Key words: liver resection, focal lesions, liver failure

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Х.С. Бебезов – заведующий кафедрой хирургии КРСУ;
Кыргызстан, г.Бишкек, E-mail: tilek@mail.ru