

PREVENTION OF PLACENTAL INSUFFICIENCY IN PATIENTS WITH EPH-GESTOSIS

V.S. Meriakri, A.V. Meriakri
(Irkutsk State Medical University)

The comparative study of prevention of placental insufficiency during preclinical stage of EPH-gestosis in 97 women is carried out. It is established, that

preventive therapy of EPH-gestosis, including hyperbaric oxygenation or combination of the physiotherapy, antioxidants, and small doses of aspirin can rise up adaptational reaction in placenta, preventing development of placental insufficiency. Drugs that improve utero-placental blood flow, normalize haemostasis and antioxidants, should be applied for the routine therapy.

Литература

1. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия.- М.: Медицина, 1990.- 394 с.
2. Айламазян Э.К. Антиоксиданты в комплексной терапии позднего токсикоза беременных и связанной с ним хронической гипоксии плода// Акуш. и гин.- 1991.- № 3.- С. 31-34.
3. Анастасьева В. Г. Морфофункциональные нарушения фетоплацентарного комплекса при плацентарной недостаточности.- Новосибирск, 1997.- 506 с.
4. Балуда В.П., Баркаган З.С., Гольдберг Е.Д. и др. Лабораторные методы исследования системы гемостаза.- Томск, 1980.- 314 с.
5. Коробейникова Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой// Лаборат. дело.- 1989.- № 7.- С. 89.
6. Кулаков В.И., Мурашко Л.Е., Бурлев В.А. Клинико-биохимические аспекты патогенеза гестозов// Акуш. и гин.- 1995.- № 6.- С. 3-5.
7. Райскина М.Е., Аялене Д.-М.А. Статистическая обработка медицинских данных.- Вильнюс, 1989.- 104 с.
8. Селепей Я.Д. Профилактика нарушений функционального состояния гемокоагуляции и фетоплацентарного комплекса у беременных с поздним токсикозом// Акуш. и гин.- 1992.- № 1.- С. 17-19.
9. Шалина Р. И. Мембранные нарушения в патогенезе ОПГ-гестозов// Вестн. асс. акуш.-гин.- 1997.- № 1.- С. 36-43.
10. Brown M.A. The physiology of pre-eclampsia// Clin. Exp. Pharmacol. Physiol.- 1995.- Vol. 22, № 11.- P. 781-791.
11. Giles W.B., McLean M., Davies J.J. et al. Abnormal umbilical artery Doppler waveforms and cord blood corticotropin-releasing hormone// Obstet. Gynecol.- 1996.- Vol. 87, № 1.- P. 107-111.
12. Leibe S., Munzos H., Walton R. et al. Uterine artery blood flow velocity waveforms in pregnant women with mullerian duct anomaly: a biologic model for uteroplacental insufficiency// Am. J. Obstet. Gynecol.- 1998.- Vol. 178, № 5.- P. 1048-1053.
13. Lindoff C., Astedt B. Plasminogen activator of urokinase type and its inhibitor of placental type in hypertensive pregnancies and in intrauterine growth retardation: possible markers of placental function// Am. J. Obstet. Gynecol.- 1994.- Vol. 171, № 1.- P. 60-64.
14. Salafia C.M., Minior V.K., Pezzullo J.C. et al. Intrauterine growth restriction in infants of less than thirty-two weeks gestation: associated placental pathologic features// Am. J. Obstet. Gynecol.- 1995.- Vol. 173, № 4.- P. 1047-1057.
15. Yoneyama Y., Sawa R., Suzuki S. et al. The relationship between uterine artery Doppler velocimetry and umbilical venous adonidine levels in pregnancies complicated by preeclampsia// Am. J. Obstet. Gynecol.- 1996.- Vol. 174, № 1.- P. 267-271.

© ЧИКОТЕЕВ С.П., УСОВ С.А., АГРЫЗКОВ А.Л., КОРНИЛОВ Н.Г.
УДК 616.36-006.311.03-089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ

С.П. Чикотеев, С.А. Усов, А.Л. Агрызков, Н.Г. Корнилов

(Институт хирургии ВСНЦ СО РАМН, директор - д.м.н., профессор Е.Г. Григорьев)

Резюме. На основании обследования 156 пациентов, страдающих гемангиомами печени, оценки результатов хирургического лечения у 88 из них, разработана клинико-анатомическая классификация гемангиом печени, предложены критерии их диагностики. Анализ собственного материала позволил дать оценку применяемым при гемангиомах печени паранеопластическим и хирургическим вмешательствам, обосновать показания к операции энуклеации опухоли. Энуклеация гемангиомы выполнена у 46 больных, послеоперационные осложнения отмечены в 12.2% наблюдений, летальных исходов не было. Дифференцированный подход к лечению пациентов с гемангиомами печени с учетом размеров, скорости роста, и локализации процесса позволил оптимизировать хирургическую тактику и существенно улучшить результаты лечения рассматриваемой патологии.

В начале века гемангиомы печени считались редкими заболеваниями [2], именовались каверномами и показания к их удалению не были сформулированы. С внедрением в клиническую практику методов диагностического изображения (УЗИ и КТ), а также лапароскопии, эти образования стали занимать по частоте первое, либо второе место среди доброкачественных очаговых процессов печени [1, 5, 12].

В связи с этим возросла актуальность проблемы их хирургического лечения, что и определило цель настоящей работы: анализ методов и результатов диагностики и лечения гемангиом печени.

Таблица 1.
Операции, выполненные при гемангиомах печени

Вид операции	Число операций	
	абс.	%
Гемигепатэктомии	14	16
Атипичные резекции	28	32
Энуклеации	46	52
Всего:	88	100

Материалы и методы

К настоящему времени мы располагаем опытом диагностики 156 наблюдений гемангиом печени. Из них 88 больным выполнены радикальные операции (табл. 1).

Наряду с традиционными методиками обследования хирургического больного, применяли неинвазивные визуализирующие методы обследования (УЗИ, КТ) и по показаниям - ангиографическое исследование, пункционную биопсию печени. Диагностическую значимость методов обследования оценивали на основании интраоперационных данных и результатов гистологического исследования.

Диагностический процесс, определение показаний к хирургическому лечению, выбор техники и объема операций проводили в соответствии с разработанной нами классификацией (табл. 2).

Предоперационная подготовка, выбор метода анестезии, инфузионная терапия не имели существенных отличий от применяемых при иных доброкачественных очаговых процессах печени. Выбор оперативного доступа определялся локализацией патологического процесса. При гемангиомах левой доли печени выполнялась верхне-срединная лапаротомия. При локализации процесса в IV, V, VI сегментах печени возможно выполнение операции из косого разреза в правом подреберье. И, наконец, при локализации гемангиом печени в VII, VIII сегментах использовали комбинированный доступ - торакофренолапаротомию. По завершении доступа верифицировали диагноз. Как правило, гемангиома печени представляет собой округлое образование розового, красного, либо фиолетового цвета, иногда дольчатого строения. Образование легко сжимается и вновь восстанавливает прежний объем после прекращения компрессии.

Применяемая нами техника резекций печени существенно не отличается от технологии, описанной в литературе. Несомненно, больший интерес представляет энуклеация гемангиом печени.

Капсулу Глиссона пересекали на границе гемангиомы и подлежащей паренхимы. Начиная с одного из краев, тупым путем, с помощью указательного пальца, выделяли образование из его ложа. Во всех наблюдениях, при которых проводилась энуклеация опухоли, имелась четкая граница между тканью гемангиомы и печеночной паренхимой. По мере выделения гемангиомы натягиваются идущие к ней сосуды, последние пересекали и лигировали. Полость гемангиомы тампонировалась прядью большого сальника. Операция заканчивалась дренированием брюшной полости.

Морфологические исследования проводили методами традиционной световой микроскопии. Результаты операций оценивали, учитывая продолжительность операции, интраоперационную кровопотерю, послеоперационные осложнения и летальность.

Результаты и обсуждение

Диагностика гемангиом печени до сих пор сложна, ибо отсутствуют патогномоничные сим-

Таблица 2.
Клинико-анатомическая классификация гемангиом печени

1. Клинические проявления гемангиом печени.
 - 1.1. Бессимптомные гемангиомы печени.
 - 1.2. Симптомные гемангиомы печени (болевой симптом, диспептические расстройства, пальпируемая опухоль).
 - 1.3. Осложненные гемангиомы печени (кровотечение в брюшную полость, воспаление, гемодинамические нарушения, коагулопатии, компрессия нижней полой вены, печеночных вен).
2. Анатомические варианты гемангиом печени
 - 2.1. Характер роста (экзофитные, эндофитные, смешанные).
 - 2.2. Форма роста (шаровидные, полигональные).
 - 2.3. По темпу роста (стабильные, агрессивные, т. е. увеличение площади сечения на 100% за год, медленно растущие).
 - 2.4. По локализации (правая доля печени, левая доля печени, сегменты I - VIII печени, гемангиоматоз).
 - 2.5. По размерам (гигантские - более 10 см, большие 5-10 см, малые - менее 5 см).
3. Морфологические варианты: капиллярные, кавернозные, склерозные, смешанные.

птомы заболевания. Большинство гемангиом протекает бессимптомно, а такие клинические проявления как боль, пальпируемая опухоль, диспептические расстройства и др. не являются специфичными и могут быть обусловлены сопутствующими заболеваниями органов брюшной полости.

Весьма вариabельны формы и локализация гемангиом печени, что имеет большое значение в хирургическом лечении этой патологии.

Сравнительная оценка результатов диагностических методов обследования показала следующее: УЗИ - широкодоступный метод, диагностическая точность которого составила $69 \pm 7\%$. Точность КТ-диагностики составила $82 \pm 4\%$, а с использованием методики внутривенного усиления возростала до $87 \pm 5\%$. В тех наблюдениях, когда при КТ-исследовании не обнаружена группа основных симптомов, характерных для гемангиом печени, считаем целесообразным выполнение чрезкожной пункционной биопсии под контролем КТ, которая увеличивает точность диагностики на $5-7\%$.

При оценке результатов ангиографии следует отметить трудности в дифференциальной диагностике интенсивно васкуляризированных метастазов, внекостных очагов кровотечения и гемангиом печени.

Показатели травматичности и исходов операций представлены в таблице 3.

Таблица 3.
Сравнительная оценка резекций печени и энуклеации гемангиом

Признак	Энуклеации	Резекции печени
Продолжительность операции	$82 \pm 22,6$ $p < 0.001$	115 ± 41
Интраоперационная кровопотеря	276 ± 23 $p < 0.05$	543 ± 377
Осложнения	7 (7.9%)	6 (6.8%)

Гемигепатэктомии в анализ включены не были, так как эти операции несравнимы с сегментэктомиями и энуклеациями по травматичности. Данные, приведенные в таблице 3, свидетельствуют, что энуклеации гемангиом печени существенно отличаются от резекций печени по всем показателям.

В двух наблюдениях нам встретилась атипичная микроскопическая картина: энуклеированные образования имели вид плотной, округлой, серо-желтой опухоли, на разрезе не было обнаружено типичных для гемангиомы, заполненных кровью полостей. Образования, клинически расцененные как фибромы, при гистологическом исследовании оказались гемангиомами, претерпевшими указанные изменения в результате гипертрофии соединительной ткани. Описание подобных случаев, когда фиброз гемангиомы, развивающийся в результате тромбоза сосудов, приводил к диагностическим ошибкам, встречены нами в литературе (Matieu et al., 1994; Saluatori et al., 1994).

У всех оперированных больных диагноз подтвержден гистологически. Малигнизации нами не отмечено ни в одном наблюдении.

Необходимо подчеркнуть, что этиология гемангиом печени до настоящего времени остается неизвестной. Большинство гепатологов считают ее доброкачественной сосудистой опухолью [6, 10].

Доказанный врожденный характер многих гемангиом печени, сочетание их с гемангиомами других локализаций, пороками развития сосудов (болезнь Ослера - Вебера - Рендю), портосистемными и артериопортальными шунтами дают основание рассматривать их как вариант сосудистых мальформаций. Этиопатогенетическое значение имеет и тот факт, что заболеваемость женщин и мужчин существенно различается. По данным Tabada (1993) соотношение составляет 5:1 [13], а по нашим данным 7:1.

Выше отмечалось, что гемангиомы печени не имели характерной клинической картины. Это не означает того, что течение процесса не является угрожающим. Особенно трудной представляется ситуация, когда течение гемангиом печени осложняется расстройствами гемокоагуляции (синдром Казабаха - Меррита: повышенной кровоточивостью слизистых, гастродуоденальными кровотечениями, гипофибриногемией, вторичной активацией фибринолиза). Этот синдром является вариантом ДВС-синдрома. Летальность при консервативном лечении этой коагулопатии достигает 20-30%.

Особого внимания заслуживает такое осложнение, как кровотечение из гемангиомы печени вследствие ее травмы, либо спонтанного разрыва. Мы не располагаем опытом экстренных операций при гемангиомах печени. Однако известно, что исходы таких операций, по сравнению с произведенными в плановом порядке, несопоставимы. По данным Yamamoto et al., (1991) из 29 оперированных по поводу разрыва гемангиомы печени выжили 5 больных, проведенных в плановом порядке, приводит данные о 2% летальных исходов [14]. Это свидетельствует в пользу превентивных операций при бессимптомных гемангиомах печени.

Есть основания полагать, что широкое внедрение в практику УЗИ и КТ приведет к увеличению ранней диагностики гемангиом печени. В связи с этим актуальность проблемы их лечения может возрасти.

Несмотря на сообщения о применении для лечения гемангиом печени медикаментозных средств [7], лучевой терапии, ангиографической эмболизации печеночной артерии, либо ее ветвей [10], основным способом их лечения в настоящее время является хирургический. В связи с этим закономерно стремление минимизировать объем операции путем применения техники энуклеации гемангиом. Положительная оценка операции отмечается многими авторами [3, 5, 8, 11].

Когда же возможна энуклеация гемангиом печени? В тех случаях, когда мы имеем дело с округлым образованием с четкими границами, отличающимся от прилежащей паренхимы печени.

Когда же таких границ нет, гемангиома имеет «звездчатый вид», делая «отроги» вглубь печеноч-

ной ткани, предпочтительнее резекция печени. Эта же операция показана и при множественных образованиях, локализующихся в пределах анатомической части печени.

Сказанное относится и к гемангиомам печени гигантских размеров, интимно прилежащих к нижней полой вене, портальным и кавальным воротам. В этих случаях резекция печени менее рискованна для больного, чем попытка энуклеации гемангиомы, так как возможное повреждение ткани гемангиомы может привести к неконтролируемому кровотоку. В связи с этим, мы разделяем мнение Б.И. Альперовича [1] об опасности интраоперационных осложнений при энуклеации гемангиом печени. Можно полагать, что вероятность такого осложнения зависит от

использование методов диагностического исследования в хирургии (УЗИ и КТ). Инвазивные методы обследования (пункционная биопсия) расширяют возможности диагностики, но абсолютной информативностью не обладают. Использование наряду с атипичными и анатомическими резекциями операции энуклеации опухоли расширяет возможности применения минимально травматичных операций в лечении гемангиом печени. Чрезвычайная редкость как малигнизации гемангиом печени, так и рецидивов дают основание считать их энуклеацию радикальной операцией.

SURGICAL TREATMENT OF LIVER HEMANGIOMS

S.P. Chikoteev, S.A. Usov, A.L. Agryzkov, N.G. Kornilov.

(Institute of surgery, Irkutsk)

On the basis of the inspection 156 patients suffering hemangioma of a liver, estimation of results of surgical treatment at 88 of them, the clinic and anatomic classification of liver hemangiomas is developed, the criteria of their diagnostics are offered. The analysis of an own material has allowed to give an estimation used at hemangiomas of a liver parasurgical and surgical methods, to prove the indication to operation enucleating of a hemangioma. Enucleating of hemangioma is executed to 46 patient, postoperative of complication are marked in 12.2% of cases supervision, fatal the outcomes were not. Different the approach to treatment of patients with hemangiomas of a liver in view of the sizes, growth rate and localization of process has allowed to optimize results of treatment of examined pathology.

Таблица 4.
Опыт операции энуклеации гемангиом печени

Авторы	Год публикации	Число наблюдений
Baer et al.	1992	10
Lise et al.	1992	29
Petri et al.	1993	15
Kuo et al.	1994	10
Durron et al.	1995	6
Наш опыт	1997	46

правильности выбора метода операции с учетом особенностей локализации гемангиомы.

Необходимо отметить, что опыт таких операций до сих пор невелик (табл. 4).

Таким образом, эффективным методом диагностики гемангиом печени является комплексное

Литература

- Альперович Б.И. Хирургия печени.- Томск, 1983.- 350с.
- Керте В. Операции при опухолях печени// В кн.: Оперативная хирургия.- М., 1929.- Т. XI.- 655 с.
- Заривцацкий М.Ф., Брунс А.В., Гаврилов О.В., Мугатаров И.Н. Хирургическая тактика и трансфузионная терапия при очаговых поражениях печени// Анналы хирургической гепатологии.- 1996.- Т. I (приложение) - С. 225-226.
- About J., Cardeuille J., Bernard P., et al. Hemangioma hepaticue gegnt insotrpable et syndrome de Kasabach-Merritt// Rev. Med. Inteme.- 1994.- Vol. 15 - P. 846-850.
- Baer H.U., Dennison A. R., Mouton W. et al. Enucleation of giant hemangiomas of the liver. Technical and pathologic aspects of neglected procedure// Ann. Surg.- 1992.- Vol. 216, № 6.- P. 673-676.
- Belli L., Carlis L., Beati C. et al. Surgical treatment of syndromic giant hemangiomas of the liver// Surg., Gynecol., Obstet.- 1992.- Vol. 176.- P. 478.
- Bruce S., Downe M., Ellwood D., Noninvasive investigation of infantile hepatic hemangioma: a case study// Pediatrics.- 1995.- Vol. 95, № 4.- P. 595-597.
- Durron J., Kellin K., Vost J. et al. Giant cavernous hemangiomas in adult: enucleation under selective blood inflow control// Am. J. Surg.-1995.- Vol. 61.- P. 1019-1022.
- Gaspar L., Masearenkas F., da- Coata M.S., Taye R. Radiation Therapy in the unresectable cavernous hemangioma of the liver// Radiother. Oncol.- 1993.- Vol. 29, № 1.- P. 45-50.
- Gracham E. Cohen A., Soulen M. et al. Symptomatic liver hemangioma with intratumor hemorrhage treated by angiography end embolization during pregnancy// Obstet. Gynecol.- 1993.- Vol.2.- H.- P. 186-188.
- Kuo P. C., Lewis W.D., Jenkins R.L. Treatment of giant hemangiomas of the liver by enucleation// J. Am. Coll. Surg.- 1994.- Vol. 178, № 1.- P. 49-53.
- Rubin A.A., Lichtenstein G.R.- Scintigrafic evaluation of liver masses: cavernous hepatic hemangioma// J. Nucl. Med.-1993.- Vol. 34.- P. 849-852.
- Tabata T., Tsuji H., Ikeda K. et al. Two cases of Huge Hepatic Hemangioma// Fukuoka Igaki Zasshi.- 1993.- Vol. 84 - P. 91-96.
- Yamamoto T., Kawarada Y., Yano T. et al. Spontaneous rupture of hemangioma of the liver: treatment with transcatheterhepatic arterial embolisation// Am. J. Gastroenterol.- 1991.- Vol. 86.- P.1645-1649.