

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИГАНТСКИХ ГЕАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Кафедра госпитальной хирургии. Кировская государственная медицинская академия

Вопросам лечебно-диагностической тактики при гемангиомах печени посвящено большое количество публикаций в отечественной и зарубежной литературе. Заинтересованность хирургов-гепатологов данной проблемой связана с постоянно увеличивающимся количеством больных с этим заболеванием. До широкого внедрения в клиническую практику неинвазивных методов исследования гемангиомы печени считались казуистикой. В поле зрения хирургов они попадали либо случайно во время полостной операции, либо в случаях огромных гемангиом, легко выявляемых при осмотре или пальпации. Небольшое количество наблюдений позволило ряду авторов относить к разряду гигантских (giant hemangioma) сосудистые образования 4-5 см.

В настоящее время убедительно доказано, что у подавляющего большинства больных гемангиомы имеют небольшие размеры - в пределах тех самых 4-5 см, выявляются они случайно во время УЗИ брюшной полости, бессимптомны и не имеют тенденции к росту. Опыт многолетних наблюдений позволил значительно сузить показания оперативному лечению таких гемангиом. В последние годы отмечается уменьшение «малых» резекций при небольших гемангиомах, таких, как краевые, клиновидные и резекции-вылушивания.

Под гигантскими гемангиомами мы понимаем сосудистые образования, занимающие 50 и более процентов ткани печени. С 1994 года объем пораженной ткани вычисляем во время проведения компьютерной томографии печени и измеряем в см³. Доля гемангиом, занимающих половину и более объема печени, среди всех больных с этим заболеванием невелика. Однако именно эти гемангиомы являются наиболее опасными своими осложнениями. Самым тяжелым жизнеугрожающим осложнением является травматический или спонтанный разрыв большой напряженной гемангиомы. Кровотечение, возникающее в результате такого разрыва, приводит к смерти больного практически в 100% случаев. Среди прочих осложнений огромных гемангиом следует отметить тромбоз кавернозных полостей, гемодинамически значимые артерио-венозные внутрипеченочные фистулы, механическую желтуху. Гемангиоматоз печени может приводить к прогрессирующей атрофии печени и развитию печеночной недостаточности.

С 1965 по 2001 год в Кировском зональном центре хирургии печени проведено обследование и лечение 208 больных с гемангиомами. 199 из них поступили к нам в период с 1985 по 2001 год. Это составило 95,7% от общего числа больных и наглядно демонстрирует тенденцию к увеличению контингента пациентов с данной патологией. По поводу развития гемангиом печени проведено 140 оперативных вмешательств. Не оперировано 68 больных. Причинами отказа от операции являлись случаи небольших (до 5 см), бессимптомных, неосложненных гемангиом, а также тотальный гемангиоматоз печени (13 больных (6,3%)).

Доля гигантских гемангиом составила 22% - 30 больных. Единственным методом радикального лечения гигантских гемангиом является резекция печени. Исходя из объема поражения, не трудно вычислить предполагаемый вид оперативного вмешательства - это гемигепатэктомия, расширенные и предельно расширенные гемигепатэктомии. За период с 1965 года выполнено 30 таких операций.

Достижения современной диагностической техники таковы, что позволяют достаточно точно установить диагноз гемангиомы, не прибегая к инвазивным методам исследования. Однако в случаях гигантских гемангиом печени мы обязательно включаем в план обследования ангиографию сосудов печени - целиакографию, сплено-портografiю, а также нижнюю каваграфию с целью контроля за состоянием крупных сосудистых структур гилсонных, кавадных ворот печени и позадипеченочного сегмента НПВ. Дуплексное сканирование и МРТ печени также являются неотъемлемой частью предоперационного обследования больных с гигантскими гемангиомами, которые, помимо верификации диагноза, позволяют получить дополнительную информацию о состоянии кровоснабжения печени. Необходимость проведения сосудистых исследований вызвана выраженной деформацией сосудистого русла печени и НПВ гигантскими гемангиомами.

Одной из главных проблем резекционной хирургии печени является минимизация интраоперационной кровопотери. Особенно актуальна она при резекциях по поводу гигантских гемангиом. Мы располагаем наблюдениями, когда не большое повреждение капсулы гемангиомы приводило к кровотечению, потребовавшему экстренных реанимационных мероприятий и прекращения операции.

Основной задачей хирурга на первом этапе операции является обескровливание гемангиомы путем перевязки сосудисто-секреторной ножки кровоснабжающей опухоль, а также освобождение от опухоли прилежащих к ней сосудов и органов. Для того, чтобы сделать этот этап операции и саму резекцию печени технически осуществимыми и сравнительно безопасными, мы используем различные методы частичной или полной сосудистой изоляции печени. В качестве частичной сосудистой изоляции используем пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки. Это достаточно эффективный метод временного гемостаза не обеспечивает должного уровня безопасности при вовлечении в процесс зоны кавадных ворот и нижней полой вены. В этой ситуации показано применение полной сосудистой изоляции печени. Однако эта идеальная с точки зрения контролируемости за интраоперационным кровотечением методика не лишена, тем не менее, ряда недостатков. Наиболее важным из них является развитие выраженных гемодинамических нарушений, связанных с прекращением кровотока по НПВ, уменьшением венозного возврата и снижением преднагрузки. 17% пациентов не имеют толерантности к сочетанному пережатию НПВ и ПДС. Учитывая данные факторы, а также доброкачественную природу опухоли - гемангиомам не характерен инфильтрирующий рост - возможно проведение резекции в условиях пережатия ПДС, с предварительным проведением турникетов под нижней полой веной выше и ниже печени над зоной впадения почечных вен. В любой момент при повреждении печеночных вен или НПВ можно перейти на работу в условиях полной сосудистой изоляции

пече ни. Для профилактики воздушной эмболии при повреждении НПВ и печеночных вен центральное венозное давление поддерживалось на уровне 50 мм водного столба, в критические моменты операционный стол переводили в положение Тренделенбурга.

С целью декомпрессии портального бассейна, предотвращения венозного стаза, явлений гиперкоагуляции, а также гемодинамических и микроциркуляторных повреждений органов, входящих в портальную систему, мы в 3 случаях накладывали временный экстракорпоральный порто-кавальный шунт. Для шунтирования крови из портальной системы в систему верхней полой вены канюлировались нижняя брыжеечная и подмышечная вены.

При выборе данной техники шунтирования мы преследовали следующие цели: А) отсутствие необходимости в выделении и травматизации воротной вены;

Б) глассоновы ворота свободны для манипуляций в процессе освобождения их от патологического очага;

В) при удалении шунта нижнюю брыжеечную и подмышечную вену можно перевязать без ущерба для кровотока соответствующих отделов сосудистого русла.

Весь период пережатия ПДС, он во всех случаях применения данной методики составил более 40 минут, с пассивным экстракорпоральным портокавальным шунтированием в ходе расширения гемигепатэктомий, мы не наблюдали значительных нарушений гемодинамики и видимых признаков депонирования крови в портальном русле. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Во всех случаях после реперфузии печени наблюдались явления диффузного капиллярного кровотечения из раневой поверхности печени. Показатели интраоперационной коагулограммы указывают на состояние гипокоагуляции, вероятнее всего, связанного с применением гепарина, для профилактики тромбообразования во время шунтирования. Для предотвращения этого осложнения необходим более тщательный гемостаз раневой поверхности культи печени с применением аргонно-плазменной коагуляции, «Та-хокомба». В крайних случаях в целях инaktivации избыточной дозы гепарина перед реперфузией возможно путем введения протаминсульфата.

В послеоперационном периоде развитие осложнений наблюдалось у 11 больных (7,9%). Среди всех оперированных больных летальность отмечена в 4 случаях, что составляет 2,9%. Причинами летальности были: кровотечение - 2 случая, печеночная недостаточность и сепсис - по одному случаю.

Заключение. При гигантских гемангиомах печени, с вовлечением каважных ворот и сдавлением НПВ профилактику интраоперационной кровопотери можно осуществлять путем временного пережатия ПДС и наложением провизорных турникетов на НПВ над и под печенью с возможностью быстрого перехода на резекцию печени в условиях ПСИП. Декомпрессия портального русла с помощью временного экстракорпорального портокавального шунтирования по описанной выше методике позволяет снизить нарушения гемодинамики и степень повреждения органов брюшной полости при длительном пережатии ПДС.