

© ФИЛЬКИН Г.Н., ДЫХНО Ю.А., СЕЛИН С.М., ЗУКОВ Р.А.

УДК 616.36-006-089

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Г.Н. Филькин, Ю.А. Дыхно, С.М. Селин, Р.А. Зуков

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.

Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И.П. Артюхов;

Красноярский онкологический диспансер, гл. врач – к.м.н. А.А. Модестов.

***Резюме.** В статье представлены результаты хирургического лечения 80 больных первичным раком печени. Дана характеристика полово-возрастного состава пациентов, клинической картины заболевания, распределение больных по стадиям заболевания и гистологическим вариантам. Отражены особенности фиссурального и воротного методов резекции печени. У 30% оперированных развивались осложнения: печеночная недостаточность, кровотечения, желчеистечение и желчные свищи, гнойно-воспалительные осложнения.*

***Ключевые слова:** опухоли печени, хирургическое лечение.*

Филькин Геннадий Николаевич – к.м.н., доц. кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ, тел. 8(391)2671710.

Дыхно Юрий Александрович – д.м.н., проф., зав. кафедрой онкологии и лучевой терапии с курсом ПО КрасГМУ, тел. 8(391)2671710.

Селин Сергей Михайлович – зав. хирургическим отделением №1 Красноярского онкологического диспансера, тел. 8(391)2671710.

Ежегодно в мире от гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) погибает 1 250 тыс. человек. В последнее время частота этого заболевания и его предшественника –

цирроза печени постоянно нарастает. По данным ВОЗ, в 1995 году первичный рак печени занял 5 место среди всех злокачественных опухолей [2,5,6,7,8].

Распространенность первичного рака печени отличается выраженной географической и этнической вариабельностью и составляет от 2,5% всех злокачественных опухолей в Европе, Северной Америке; в странах Юго-Восточной Азии - 16-19%; в отдельных областях Южной Африки до 50% [13].

Продолжительность жизни больных с ГЦР с момента установления диагноза в большинстве случаев составляет 6-9 месяцев [8,13].

Единственным методом лечения ГЦР, позволяющим продлить жизнь больного, является резекция печени. Химио- и иммунотерапия рака печени далека от своего разрешения [3,6,10].

Диагностика первичного рака печени (ПРП), особенно ранней стадии, вызывает значительные трудности. Внедрение высокоинформативных диагностических методов (УЗИ, КТ, спиральная КТ, МРТ, сцинтиграфия печени и ангиография) привело к значительному увеличению выявления очаговых поражений печени. Однако, несмотря на успехи инструментальной диагностики опухолевых образований печени больные ПРП поступают в хирургический стационар, как правило, очень поздно. В этом случае радикальное вмешательство у большинства пациентов невозможно [5,7,8]. До настоящего времени, ни одно из множества исследований (кроме гистологического) не позволяет достоверно определить характер опухоли. Большинство клиницистов ориентируются, прежде всего, на размер опухоли. В то же время в азиатских странах каждая опухоль печени расценивается, прежде всего, как рак, поэтому он диагностируется значительно чаще и резектабельность составляет 67% [15].

Своевременный диагноз рак печени, его локализация и характер распространенности может быть установлен только на основании комплексного использования современных инструментальных диагностических тестов. В связи с этим выявление закономерностей заболеваемости ПРП и поиск

наиболее эффективного метода лечения является одной из важных проблем современной онкологии.

Цель нашего исследования – оценить клинико-морфологические особенности и непосредственные результаты хирургического лечения больных злокачественными новообразованиями печени.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 80 больных злокачественными новообразованиями печени, получавших лечение в Красноярском онкологическом диспансере с 1998 по 2008 год.

Распределение больных по стадиям заболевания осуществляли в соответствии с 5 изданием классификации опухолей (1998), полностью соответствующим изданию Американского объединенного комитета по раку (AJCC) «Руководство по стадированию рака» (1997) и одобренного всеми национальными комитетами TNM.

Инструментальное обследование пациентов проводили на аппарате ультразвуковой диагностики «JE Vivid 4», компьютерном томографе «PICRER», магнитно-резонансном томографе «SIEMENS».

Результаты и обсуждение

ПРП чаще страдали мужчины (72,5%). Пик заболеваемости у мужчин приходился на период 51-65 лет, у женщин – 41-60 лет.

Клиническая картина ПРП была довольно полиморфна. На начальных стадиях заболевания бессимптомное течение отмечено у большинства пациентов – 73 (91,3%). Затем появлялись боли в правом подреберье (72,5%), гепатомегалия (63,8%), желтуха (52,5%), снижение аппетита (50%), похудание (45%), спленомегалия (18,8%), расширение вен передней брюшной стенки (2,5%), повышение температуры тела (16,3%), асцит (3,8%).

Существенный вклад в диагностику первичного рака печени вносят лабораторные методы исследования. Так, 18 (40%) наблюдаемых нами больных с ГЦР имелось повышение общего билирубина до 250 ммоль/л, у 12 (75%) с холангиоцеллюлярным раком (ХЦР) общий билирубин составил от 250 до 330

ммоль/л и у 4 больных с опухолью Klatskin'a общий билирубин превышал 330 ммоль/л. По мере нарастания билирубинемии отмечено изменение уровня активности трансаминаз (АсАТ – 0,98, АлАТ – 1,2). Наибольшее увеличение активности щелочной фосфатазы достигало 15 ЕД. Отмечалось снижение общего белка в сыворотке крови до 55 г/л, альбуминов - 46,5%, глобулинов: α_1 – 5,1%, α_2 - 8,1%, β - 12,3%, γ - 19,6%.

Первичное инструментальное обследование начинали с неинвазивных скрининговых методов (УЗИ, КТ, МРТ) и при необходимости дополняли ЭРХПГ. По данным В.А. Рудакова с соавт. (2009), УЗИ позволяет определить локализацию, форму, размеры, плотность образования, распространенность патологического процесса и взаимоотношение с окружающими тканями [9]. Согласно исследованиям А.И. Агуреева с соавт. (1996), по данным УЗИ для ХЦР характерна триада диагностических симптомов: расширение внутрипеченочных желчных протоков; спавшийся или уменьшенный в размерах желчный пузырь; не расширенный и спавшийся гепатикохоледох [1].

Нами на догоспитальном этапе УЗИ печени выполнено всем 80 больным (100%). У 64 больных (80%) выявлены объемные образования в правой или левой долях печени, у 114 (17,5%) – множественное поражение печени, у 12 (15%) – поражение внутри- и внепеченочных желчных протоков, у 4 (5%) – новообразования не обнаружено.

Для подтверждения результатов УЗИ у 12 (15%) больных ХЦР выполнили ЭРХПГ, что позволило контрастировать желчевыводящие пути, определить характер опухолевого стеноза, его локализацию и протяженность.

С целью оценки количества, формы и размеров очагов в печени, их топической локализации и распространенности опухолевого процесса 30 (37,5%) больным выполнена КТ и 25 (32,2%) – МРТ. Кроме того, учитывая высокую диагностическую чувствительность и безопасность КТ и МРТ, мы неоднократно использовали их для динамического наблюдения.

Распределение больных ГЦР и ХЦР по стадиям заболевания представлено в табл. 1,2. По локализации злокачественные новообразования чаще поражали

правую долю печени – 56 (70%) больных, реже левую долю - 34 (30%). Макроскопически узловатая форма опухолей печени была у 38 (62,3%), массивная – у 16 (26,2%) и диффузная – у 7 (11,4%). Гистологическая структура очаговых образований печени отражена в табл. 3.

По данным Ю.И. Патютко с соавт. (2005), ГЦР встречается в основном у взрослых и составляет 58-76% всех первичных злокачественных опухолей печени. Микроскопически наиболее частым вариантом опухоли является тубулярный, реже – ацинарный и солидный [8]. У наших пациентов тубулярный тип ГЦР наблюдался у 16 (35,5%), ацинарный – у 9 (20%), солидный – у 18 (40%) и фиброламеллярная форма – у 2 (4,4%) больных. Из 16 больных ХЦР сосочковый тип выявлен у 6 (37,5%), скirroзный у 5 (31,2%) и гепатохолангиоцеллюлярный рак – у 4 (25%) больных. Аденокарцинома желчного пузыря имела у 4 (57,1%) и перстневидно-клеточная форма – у 3 (42,9%) больных.

Существенный вклад в хирургию печени внес вьетнамский хирург Т.Т. Tung (1939), который предложил методику резекции печени – дигитоклазии с интрапаренхиматозной перевязкой трубчатых структур. Он сообщил результаты 941 резекции печени, произведенной транспаренхиматозным путем по поводу злокачественных новообразований [15]. Фиссуральный способ резекции применяется до настоящего времени.

Впервые в России типичную правостороннюю гемигепатэктомию воротным способом произвел А.М. Дыхно [4]. В том же году за рубежом аналогичную операцию выполнил J. Lortat-Jacob с соавт. (1952) [14]. С тех пор данная методика является наиболее распространенным видом оперативного лечения опухолей печени.

Все наблюдаемые нами пациенты были оперированы (табл. 4). Для профилактики послеоперационных гнойных осложнений Е.П. Хлебников с соавт. (2009) предлагают применять антибиотики из группы фторхинолонов (офлоксацин, ципрофлоксацин) и цефалоспоринов (цефутоксим, цефтриаксон, цефепим) [11]. Мы применяли цефалоспорины III поколения (азаран). В

послеоперационном периоде продолжали антибактериальную терапию в течение 5-7 дней.

Операции выполняли с соблюдением принципов анатомической резекции с использованием как воротного, так и фиссурального способов. При сегментарных резекциях для временного гемостаза использовали турникетный способ с пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки на 10-20 минут. Обязательным элементом операции считаем тщательную гепатизацию плоскости резекции печени путем подшивания мобилизованной пряди большого сальника, круглой связки печени. Окончательную герметизацию раневой поверхности печени достигали с помощью препарата «Тахокомб». Дренирование выполняли однопросветными дренажами в режиме активной аспирации.

Билиодигестивное дренирование желчных путей при нерезектабельном раке гепатикохоледоха выполнено в 2 (2,5%) случаях, осуществлялось путем реканализации желчных протоков, обтурированных опухолью, на каркасном дренаже по Прадери.

По данным Ю.И. Патютко с соавт. (2005), типичными осложнениями при обширных вмешательствах на печени являются печеночно-почечная недостаточность, кровотечение, желчный свищ, поддиафрагмальный абсцесс, нагноение послеоперационной раны, пневмония [8]. В соответствии с данными Чердакова Н.К. (2009) [12] выявлены факторы, влияющие на развитие желчных осложнений: наличие желтухи до операции, обширные резекции, сочетанные вмешательства на внепеченочных желчных протоках и кровопотеря более 700 мл. Появление клиники желчных осложнений после гемигепатэктомий следует расценивать как результат инфицирования билиарного тракта при желчеистечении и наружном дренировании поддиафрагмального и подпеченочного пространства.

В нашем наблюдении осложнения после операции возникли у 24(30%) пациентов.

У 2 больных имелась массивная кровопотеря, вызвавшая нарушение в свертывающей системе крови с развитием ДВС-синдрома, что потребовало корригирующей терапии как во время операции, так и в послеоперационном периоде. Лечение начинали с переливания эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, фибриногена и тромбоконцентрата (снижение количества тромбоцитов менее $50 \times 10^9/\text{л}$), 10% альбумина, полиглюкина, кристаллоидных растворов (Дисоль, Ацесоль, Лактосоль) и 5% глюкозы.

Гематома и жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве выявлены у 3 пациентов (3,8%). Одному больному произведена релапаротомия по поводу гематомы и ее абсцедирования.

У 5 больных возникли гнойно-воспалительные осложнения, что потребовало дренирования гнойных очагов и проведения антибактериальной терапии с учетом чувствительности микробной флоры. К лечению подключали метронидазол и гепатопротекторы (эссенциале, гептрал). Промывание остаточной полости проводили раствором диоксидина и лавосепта.

Желчеистечение имелось у 3 (3,8%) пациентов, у 2 (2,5%) возникли желчные свищи. Лечение желчных свищей проводили консервативными методами.

Следует отметить, что после обширных резекций печени правосторонний плеврит наблюдали практически у всех больных.

Послеоперационная летальность составила 5% (4 пациента): у троих больных после обширных резекций и массивной кровопотери развилась тяжелая нарастающая печеночно-почечная недостаточность, у одной пациентки - декомпенсированный ДВС-синдром на фоне массивной кровопотери и геморрагического шока.

Таким образом, большинство больных ПРП обращаются к врачу с III-IV стадией заболевания. Основным методом лечения данных пациентов остается хирургический. Учитывая высокий уровень послеоперационных осложнений, зная предраковые заболевания печени, а также имея широкий арсенал современных методов диагностики, необходимо создать группы онкологического риска по раку печени и проводить их диспансерное

наблюдение, что позволит выявить опухоли на ранних стадиях и улучшить результаты лечения.

SURGICAL TREATMENT OF LIVER TUMOR

G.N. Filkin, Yu.A. Dykhno, S.M. Selin, R.A. Zukov

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F.Vojno-Yasenetsky;

Krasnoyarsk oncological clinic

Abstract. The paper presents the result of surgical treatment of 80 patients with primary liver cancer. The characteristics of sex and age composition, clinical sings, distribution by disease stages and histological variant are described. The peculiarities of fissural and portal liver resections are shown. Complications were revealed in 30% cases: liver insufficiency, hemorrhage, bile effusion and bile fistulas, purulent inflammatory complications.

Key words: liver tumors, surgical treatment.

Литература

1. Агуреев А.И., Бирюшев В.И., Денисов В.А. и др. Диагностика глиюсного рака печени // Матер. I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 221.
2. Вишневский В.А., Кубышкин В.А. Руководство для хирургов. Операции на печени. – М.: Медицина, 2003. – С. 3-158.
3. Гранов А.М., Гранов Д.А., Таразов П.Г. Лечение злокачественных опухолей печени // Матер. I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 334-335.
4. Дыхно А.М. К вопросу об обширных резекциях печени // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1955. – №4. – С. 117-119.
5. Журавлев В.А. Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени. – М., 2000. – С. 12-85.
6. Керимов П.А., Поляков В.Г., Алиев М.Д. Первичные опухоли печени у детей, диагностика и лечение // Матер. IV съезда онкологов и радиологов СНГ. – Баку, 2006. – С. 379-382.

7. Колесов А.Е., Журавлев В.А. Рак печени и прогноз для больных. – СПб.; Киров, 2002. – С. 5-17.
8. Патютко Ю.И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. – М.: Практическая медицина, 2005. – С. 134-183.
9. Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Измайлова Л.П. и др. Ультразвуковой метод в диагностике очаговых поражений печени, осложненных механической желтухой и инвазией в сосудистые структуры ворот органа // Матер. XVI Междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Екатеринбург, 2009. – С. 192-193.
10. Таразов П.Г., Гранов Д.А., Поликарпов А.А. Эффективность рентгеноваскулярного лечения различных морфологических форм злокачественного поражения печени // Матер. IV съезда онкологов и радиологов СНГ. – Баку, 2006. – С. 221-223.
11. Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Клюкина Л.П. и др. Антибиотикопрофилактика при операциях по поводу очаговых образований печени // Матер. XVI Междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Екатеринбург, 2009. – С. 197.
12. Чердаков Н.К. Билиарные осложнения после резекций печени // Матер. XVI Междунар. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Екатеринбург, 2009. – С. 216.
13. Шерлок Ш., Дик Д. Заболевания печени и желчных путей / Ш. Шерлок. – М.: «ГЭОТАР-Мед», 2002. – С. 602-631.
14. Lortat-Jacob J., Robert H. Hepatektomia droitee reglee // Presse Med. – 1952. – Vol. 60. – P. 549.
15. Tung T.T. La vascularisation veineuse du foie et ses applications aux resection hepaticues // These Hanoi. – 1939. – P. 3-12.