

УДК 616.36-006.5-07-089

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

<sup>1</sup>Батвинков Н. И. (batvinkov@yahoo.com), <sup>1</sup>Могилевец Э. В. (emogilevec@yandex.ru),  
<sup>2</sup>Визгалов С. А. (sergey-vizgalov@mail.ru), <sup>2</sup>Камарец А. М. (akam-1@mail.ru),  
<sup>1</sup>Божко Г. Г. (ggbozhko@mail.ru)

<sup>1</sup>УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>УЗ «Гродненская областная клиническая больница», Гродно, Беларусь

*В хирургии очаговых заболеваний печени принята активная хирургическая тактика. Целью данной статьи явился анализ собственного опыта хирургического лечения пациентов с доброкачественными очаговыми заболеваниями печени.*

*Материалы и методы.* Хирургическому лечению подверглись 35 пациентов с различными доброкачественными очаговыми образованиями. Мужчин было 16, женщин – 19, в возрасте от 26 до 72 лет. Выполнялись общеклинические исследования, ФГДС, колоноскопия, УЗИ, КТ, МРТ, МСКТ.

*Результаты.* Непаразитарные и паразитарные кисты наблюдались в 21 случае, солитарные абсцессы – в 8, гемангиомы – в 6 случаях. Основным оперативным вмешательством стали разные варианты типичных резекций печени. Летальных исходов не было.

*Выводы.* Активная хирургическая тактика позволяет достичь оптимальных результатов при лечении очаговых заболеваний печени доброкачественного генеза.

**Ключевые слова:** очаговое заболевание печени, хирургическое лечение кист, солитарных абсцессов, гемангиом.

В XX столетии хирургические вмешательства крайне редко проводились по поводу доброкачественных заболеваний печени, что обусловлено несовершенством методов диагностики и высокой послеоперационной летальностью. Длительное время внимание врачей было сосредоточено преимущественно на пациентах, страдающих диффузными заболеваниями печени. Однако в последнее десятилетие все более широкий интерес вызывают ограниченные поражения печеночной ткани, среди которых, наряду со злокачественными новообразованиями, все чаще встречаются очаговые поражения печени доброкачественного генеза, среди которых наиболее часто выявляются кисты (непаразитарные и паразитарные), абсцессы и гемангиомы. Все это обусловлено широким внедрением в медицинскую практику новейших методов диагностики (УЗИ, КТ, МСКТ, лапароскопии и др.). Немаловажное значение имеет также распространение более активной хирургической тактики среди хирургов-гепатологов, в том числе с применением малоинвазивных вмешательств.

Цель исследования – оценить результаты хирургического лечения пациентов с очаговыми заболеваниями печени доброкачественного генеза.

### **Материалы и методы**

В 1-й клинике хирургических болезней УО «Гродненский государственный медицинский университет» на базе УЗ «Гродненская областная клиническая больница» под нашим наблюдением находились 35 пациентов с различными очаговыми образованиями печени доброкачественного генеза. Мужчин было 16, женщин – 19, возраст их колебался от 26 до 72 лет. Все пациенты подверглись тщательному обследованию с целью выявления патологического процесса в печени и сопутствующих заболеваний, при этом диагностический алгоритм включал выполнение УЗИ, КТ, МРТ, МСКТ, при показаниях лапароскопии проведение серологических исследований.

Непаразитарные кисты выявлены в 9 случаях, эхинококкоз печени – в 12, солитарные абсцессы – в 8, гемангиомы – в 6. Непаразитарные кисты печени являются часто встречающимся заболеванием. Они имеют

соединительнотканную капсулу, в их просвете содержится бесцветная жидкость, в осложненных случаях она с геморрагическим оттенком или гнойного характера. Клиническая картина заболевания зависела от характера патологического процесса. При одиночных небольших кистах характерно бессимптомное течение патологического процесса, однако пациенты с большими кистами отмечали чувство тяжести в правом подреберье или эпигастральной области, диспептические явления, общую слабость, снижение аппетита, похудание. В двух случаях определялась асимметрия живота за счет тугоэластического безболезненного образования. При ультразвуковом исследовании выявлялись округлые образования с четкими контурами и однородным содержимым, которые чаще всего локализовались в правой доле печени.

Наши данные подтверждают сообщения в литературе, что в последние годы эхинококкоз печени стал чаще встречаться, в том числе в эндемических очагах [10, 11]. Однако врачи недостаточно знакомы с современными принципами его диагностики и возможностями хирургического лечения. На ранних стадиях развития паразита возникают трудности при проведении дифференциальной диагностики с непаразитарными кистами печени, так как в обоих случаях длительное время отмечается бессимптомное течение заболевания. Однако по мере увеличения кисты и ее инфицирования пациенты предъявляли жалобы на боль в области правого подреберья с присоединением других клинических проявлений, обусловленных интоксикацией. В наших случаях основными методами диагностики эхинококкоза печени являлись УЗИ, КТ, реакция прямой гемагглютинации и иммуноферментный анализ на эхинококкоз. Подтверждением диагноза было выявление в кисте дочерних пузырей.

Грозным осложнением ряда заболеваний являются абсцессы печени вследствие проникновения инфекции через порталную, билиарную и артериальную систему [5]. В последние годы чаще всего встречаются холангиогенные абсцессы печеночной ткани, которые могут быть как одиночными, так и множественными [2]. В этих случаях наряду

с болями в животе, выраженной общей слабостью отмечается высокая температура тела с ознобами, иктеричность склер и кожных покровов, наступают изменения анализа крови воспалительного характера. На УЗИ в этих случаях определялись круглые образования с однородным содержимым, размеры которых колебались от 2-3 см до 10 см диаметром. Реже встречаются паразитарные абсцессы печени. Под нашим наблюдением находился пациент 36 лет, который страдал актиномикотическим абсцессом печени.

Наиболее распространенной доброкачественной опухолью печени является гемангиома, впервые описанная Дюпюитреном в 1816 г. Заболевание чаще встречается у лиц женского пола разного возраста. Эти опухоли преимущественно небольших размеров, длительное время они протекают без клинических проявлений. Обычно выявляются случайно при проведении УЗИ брюшной полости по поводу других заболеваний. Нередко с возрастом пациента они увеличиваются, достигая 5 см в диаметре и более. В этих случаях появляются боли тупого характера в области правого подреберья и желудочно-кишечный дискомфорт. Гемангиома печени может осложниться кровотечением в брюшную полость, однако это встречается редко. Под нашим наблюдением в течение 25 лет находилась пациентка с обширной гемангиомой правой и левой долей печени без каких-либо осложнений.

Известен метод дигитоклазии, предложенный в 1962 г. вьетнамским хирургом Т.Т. Тунгом. Однако до сих пор нет единого мнения среди хирургов-гепатологов о технике выполнения данного вмешательства [1]. Одни авторы отдают предпочтение фиссуральному методу, когда производят разделение паренхимы печени и изолированно лигируют сосудисто-протоковые структуры в плоскости разреза печеночной ткани. Другие авторы рекомендуют резекцию печени выполнять путем изолированной перевязки сосудисто-протоковых структур в портальных воротах указанного органа, чему мы отдаем предпочтение в последние годы. В настоящее время появились новые технологии при резекции печени, позволяющие осуществлять изолированную перевязку трубчатых структур в проекции разреза печеночной ткани [4], что дает возможность выполнять анатомические (типичные) резекции печени независимо от избранного доступа. С этой целью нами используется водоструйный диссектор.

#### **Результаты и обсуждение**

При одиночных и множественных кистах небольших размеров (диаметром до 2-3 см) оперативное вмешательство не выполнялось. У наблюдаемых нами пациентов кисты печени были от 5 см и более. При этом чаще всего (7) применяли малоинвазивные вмешательства, которые заключались в чрескожной пункции кисты под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей склерооблитерацией ее полости. В 4 случаях использовали фенестрацию кисты или полное иссечение ее стенки, которая визуализировалась на поверхности печени (так называемая «крыша» кисты). Выполнить цистэктомия представилось возможным в одном случае, когда киста имела толстые стенки. В литературе имеются сообщения о наложении цистоэнтероанастомоза, однако целесообразность его применения весьма сомнительна. Длительное время пациентка страдала кистой правой доли печени, которая осложнилась нагноением. Применение в этом случае пункционно-дренирующих си-

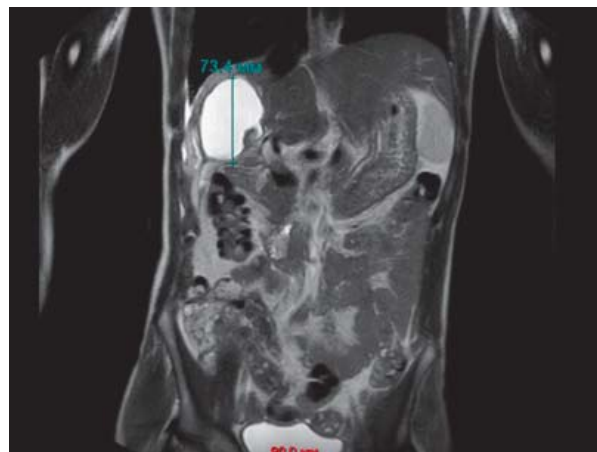
стем не принесло успеха, поэтому был сформирован цистоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки. Однако через год с момента операции наступила стриктура указанного соустья, что потребовало повторной операции с формированием нового цистоэнтероанастомоза с использованием для этого ранее выключенной петли тощей кишки. Однако через 20 лет снова наступил рецидив заболевания. На УЗИ визуализировалась киста правой доли печени с клиническими признаками ее инфицирования. При выполнении МСКТ была исключена связь кисты с крупными желчными протоками и кровеносными сосудами. Выздоровление наступило после радикальной операции – резекции печени с кистой.

До сих пор не существует единого мнения в отношении выбора объема оперативного вмешательства при эхинококкозе печени [2, 3, 6]. Наиболее популярной операцией является тот или иной вариант эхинококкэктомии. В последние годы появились сообщения о возможности применения миниинвазивных вмешательств при эхинококкозе печени [7, 8, 9]. Среди оперированных нами пациентов единичные кисты наблюдались в 7 случаях, по две кисты в разных сегментах печени – в 3. В одном случае имелось три кисты, одна из которых локализовалась в правой доле печени и две – в забрюшинном пространстве (рис. 1).

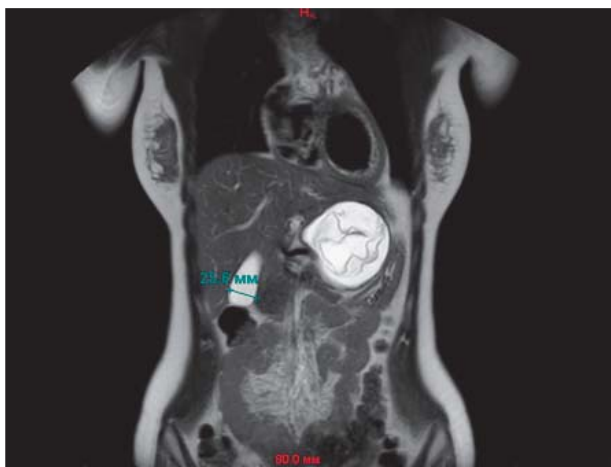


**Рисунок 1.** – Эхинококковые кисты при множественной локализации у пациентки Д., 72 лет

В двух случаях выполнена правосторонняя гемигепатэктомия при большой эхинококковой кисте и нагноившемся эхинококкозе (рис. 2), в трех – левосторонняя при эхинококкозе 2-3 сегмента (рис. 3).

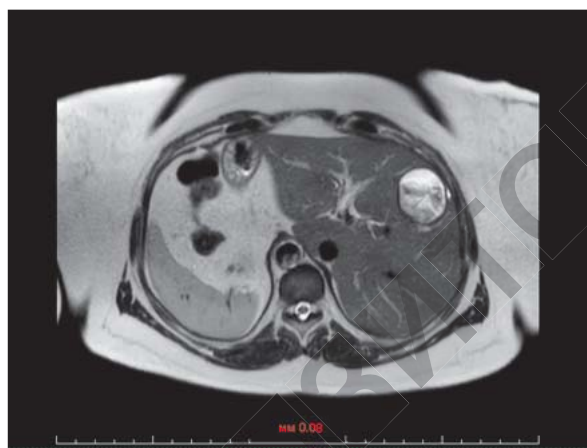


**Рисунок 2.** – Компьютерная томограмма. Эхинококковая киста правой доли печени. Пациент С., 22 лет



*Рисунок 3. – Компьютерная томограмма. Эхинококковая киста 2-3 сегмента у пациентки К., 25 лет*

При эхинококкозе печени отдаем предпочтение резекции указанного органа с целью удаления не только хитиновой оболочки, но и фиброзной. У остальных пациентов (6) производились сегментэктомии в области одной или обеих долей печени. В одном случае произведена атипичная резекция правой доли печени с холецистэктомией при сопутствующем хроническом калькулезном холецистите (рис. 4).

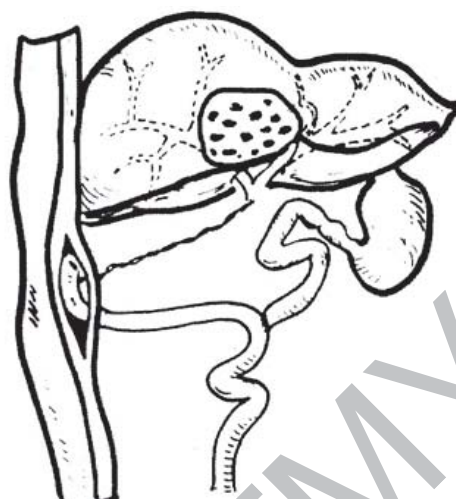


*Рисунок 4. – Компьютерная томограмма. Эхинококковая киста правой доли печени у пациентки Ж., 55 лет*

Основными методами лечения солитарных абсцессов печени являлась чрескожная их пункция и санация специальными пункционно-дренажными системами. Лапаротомии подверглись два пациента в связи с рубцовыми стриктурами проксимальных билиодигестивных сустьей, осложнившихся наданастомозным холангиолитиазом и солитарными абсцессами печени.

В одном случае абсцесс диаметром 10 см локализовался в левой доле печени, в другом – в правой доле после ранее выполненной операции Е. В. Смирнова – формирования подкожного холангиофистулоэнтеро соустья (рис.5).

Оперативное вмешательство заключалось в санировании абсцессов и реконструкции ранее наложенных билиодигестивных анастомозов в сочетании с транспеченочным дренированием желчных протоков.



*Рисунок 5. – Схема операции*

Встречаются также ограниченно диффузные гнойные очаги в печени по типу «пчелиных» сот, требующие радикального лечения – гемигепатэктомии, что нами наблюдалось в одном случае. Пациент длительно страдал гипертермией. В то время как он находился в инфекционной клинике, заболевание осложнилось распространенным гнойным перитонитом, по поводу которого перенес лапаротомию с благоприятным исходом. Однако продолжала беспокоить выраженная слабость, повышенная температура тела до 39,0С. При обследовании в онкологическом диспансере была исключена злокачественная этиология заболевания печени. В результате выполненных обследований установлен предположительный диагноз – апостематозный гепатит левой доли печени. После левосторонней гемигепатэктомии наступило полное выздоровление. Реже встречаются паразитарные абсцессы печени [12,13], что нами наблюдалось у пациента 36 лет, который длительно страдал болями в области печени. Было выявлено очаговое образование в области восьмого сегмента печени. При многократных чрескожных пункциях получали незначительное количество гноя, однако установить природу заболевания не представлялось возможным. При лапаротомии установлено, что в центре правой доли печени имеется больших размеров образование округлой формы с выраженным склеротическим процессом и нагноением в центре. Была произведена правосторонняя гемигепатэктомия. Патологоанатомический диагноз – актиномикотический абсцесс печени.

Пациенты с гемангиомами печени подвергались оперативному вмешательству в тех случаях, если размер гемангиом был от 10-12 см и более. Объем резекции печеночной ткани колебался от одного до четырех сегментов.

Особый интерес представляет следующее наблюдение. При консультации в онкологическом диспансере пациентке 52 лет был установлен диагноз злокачественной опухоли печени и назначено симптоматическое лечение по месту жительства. В связи с отсутствием прогрессирования злокачественного процесса в течение длительного времени она была направлена в нашу клинику, где нами выполнена резекция 7-8 сегментов с опухолью. Патологоанатомический диагноз – гемангиома печени. Летальных исходов или опасных для жизни осложнений у оперированных пациентов не было.



**Выводы**

1. В связи с широким внедрением в медицинскую практику современной диагностической аппаратуры значительно расширились возможности своевременного выявления очаговых образований печени доброкачественного генеза, требующих хирургического лечения.

2. В хирургической практике среди очаговых образований печеночной ткани чаще всего встречаются непаразитарные и паразитарные кисты, абсцессы раз-

личного генеза, доброкачественные опухоли, среди которых ведущее место по частоте занимают гемангиомы.

3. Объем оперативного вмешательства при указанных заболеваниях включает как малоинвазивные операции, так и резекции печени, вплоть до гемигепатэктомии, что требует соответствующего оснащения хирургических стационаров и подготовки высококвалифицированных кадров.

**Литература**

1. Альперович, Б. И. Дискуссия о методах резекции печени / Б. И. Альперович, В. А. Журавлев // *Аннал. хир. гепатологии*, 2005. – Т. 10. - № 1. – С.18-26.

2. Ахаладзе, Г. Г. Гнойный холангит и холангиогенные абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе // *80 лекций по хирургии под общей редакцией В. С. Савельева*: М., Литтера, 2008. – С. 410-418.

3. Ахмедов, С. М. Резекция печени при эхинококкозе / С. М. Ахмедов // *Аннал. хир. гепатологии*, 2008. – Т.13. - № 3. – С. 207-208.

4. Бойко, В. В. Газоструйная диссекция паренхимы печени. Клинико-экспериментальное исследование / В. В. Бойко, Д. И. Скорый, А. В. Малосштан, А. М. Тищенко, Т. В. Козлова, А. А. Малосштан, И. В. Гусак // *Аннал. хир. гепатологии*, 2011. – Т. 16, - № 2. – С. 52-57.

5. Брискин, Б. С. Множественные мелкие абсцессы печени / Б. С. Брискин // *Клиническая медицина*, 1988. – Т. 66. - № 9. – С. 91-94.

6. Веронский, Г. И. Радикальные операции при эхинококкозе печени / Г. И. Веронский // *Аннал. хир. гепатологии*, 2005. – Т.10. - № 2. – С. 55.

7. Ветшев, П. С. Эхинококкоз: современные взгляды на состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев // *Аннал. хир. гепатологии*, 2006. – Т. 11. - № 1. – С. 111-117.

8. Ветшев, П. С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев, А. С. Фитьянова // *Аннал. хир. гепатологии*, 2015. – Т. 20. - № 3. – С. 47-53.

9. Власкина, Л. А. Сонографические и эндоскопические технологии в хирургическом лечении абсцессов печени / Л. А. Власкина // *Автораферат дис. ... канд. мед. наук*. Краснодар, 2007. – 22 с.

10. Гайбатов, С. П. Клиническая картина и лечение нагноившегося эхинококкоза печени / С. П. Гайбатов, Д. С. Гайбатов // *Хирургия*, 2006. - № 6. – С.16.

11. Курбанов, К. М. Диагностика и лечение нагноившегося эхинококкоза печени / К. М. Курбанов, Ф. И. Махмадов, Н. М. Даминова, А. Д. Гулахмадов // *Аннал. хир. гепатологии*, 2011. – Т. 16. - № 2. – С. 62-67.

12. Летуновский, Н. А. Клинико-морфологические наблюдения висцерального актиномикоза / Н. А. Летуновский, Н. А. Лазаревич, О. Н. МIRONENKO // *Журнал ГрГМУ*, 2003. - № 4.

13. Мерзликин, Н. В. Сравнительный анализ аписторхозных и непаразитарных абсцессов печени / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, В. Ф. Цхай, М. Б. Саипов, В. Ф. Подгорнов, М. В. Толкаева, Д. С. Саенко // *Аннал. хир. гепатологии*, 2015. – Т.20. - № 1. – С.66-75.

**Literatura**

1. Al'perovich, B. I. Diskussiya o metodax rezekcii pečeni / B. I. Al'perovich, V. A. Zhuravlev // *Annal. xir. gepatologii*, 2005. – Т. 10. - № 1. – С.18-26.

2. Axaladze, G. G. Gnojny'j xolangit i xolangiogenny'e abscessy' pečeni / G. G. Axaladze // *80 lekcij po xirurgii pod obshhej redakciej V. S. Savel'eva*: M., Littera, 2008. – S. 410-418.

3. Axmedov, S. M. Rezekciya pečeni pri e'xinokokkoze / S. M. Axmedov // *Annal. xir. gepatologii*, 2008. – Т.13. - № 3. – S. 207-208.

4. Bojko, V. V. Gazostrujnaya dissekciya parenximy' pečeni. Kliniko-e'ksperimental'noe issledovanie / V. V. Bojko, D. I. Skory'j, A. V. Maloshtan, A. M. Tishhenko, T. V. Kozlova, A. A. Maloshtan, I. V. Gusak // *Annal. xir. gepatologii*, 2011. – Т. 16, - № 2. – S. 52-57.

5. Briskin, B. S. Mnozhestvenny'e melkie abscessy' pečeni / B. S. Briskin // *Klinicheskaya medicina*, 1988. – Т. 66. - № 9. – S. 91-94.

6. Veronskij, G. I. Radikal'ny'e operacii pri e'xinokokkoze pečeni / G. I. Veronskij // *Annal. xir. gepatologii*, 2005. – Т.10. - № 2. – S. 55.

7. Vetshev, P. S. E'xinokokkoz: sovremenny'e vzglyady' na sostoyanie problemy' / P. S. Vetshev, G. X. Musaev // *Annal. xir. gepatologii*, 2006. – Т. 11. - № 1. – S. 111-117.

8. Vetshev, P. S. E'xinokokkoz: osnovy' diagnostiki i rol' miniinvazivny'x texnologij (obzor literatury') / P. S. Vetshev, G. X. Musaev, A. S. Fit'yanova // *Annal. xir. gepatologii*, 2015. – Т. 20. - № 3. – S. 47-53.

9. Vlaskina, L. A. Sonograficheskie i e'ndoskopicheskie texnologii v xirurgicheskom lechenii abscessov pečeni / L. A. Vlaskina // *Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk*. Krasnodar, 2007. – 22 s.

10. Gajbatov, S. P. Klinicheskaya kartina i lechenie nagnoiвшegoся e'xinokokkoza pečeni / S. P. Gajbatov, D. S. Gajbatov // *Xirurgiya*, 2006. - № 6. – S.16.

11. Kurbanov, K. M. Diagnostika i lechenie nagnoiвшegoся e'xinokokkoza pečeni / K. M. Kurbanov, F. I. Maxmadov, N. M. Daminova, A. D. Gulaxmadov // *Annal. xir. gepatologii*, 2011. – Т. 16. - № 2. – S. 62-67.

12. Letunovskij, N. A. Kliniko-morfologicheskie nablyudeniya visceral'nogo aktinomikoza / N. A. Letunovskij, N. A. Lazarevich, O. N. Mironenko // *Zhurnal GrGMU*, 2003. - № 4.

13. Merzlikin, N. V. Sravnitel'ny'j analiz apistorxozny'x i neparazitarny'x abscessov pečeni / N. V. Merzlikin, N. A. Brazhnikova, V. F. Cxaj, M. B. Saipov, V. F. Podgornov, M. V. Tolkaeva, D. S. Saenko // *Annal. xir. gepatologii*, 2015. – Т.20. - № 1. – S.66-75.

## DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF BENIGN FOCAL LESIONS OF THE LIVER

<sup>1</sup>Batvinkov N. I., <sup>1</sup>Mahiliavets E. V., <sup>2</sup>Vizgalou S. A., <sup>2</sup>Kamarets A. M., <sup>1</sup>Bozhko G. G.

<sup>1</sup>Educational Establishment "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Health Institution "Grodno Regional Clinical Hospital", Grodno, Belarus

---

*Introduction. Active surgical tactics is adopted in the surgery for focal diseases of the liver. An analysis of our own experience of surgical treatment of patients with benign focal liver disease was the purpose of this article. Materials and methods. Thirty-five patients underwent surgery due to various benign focal liver lesions. There were 16 men and 19 women at the age of 26 to 72 years. Clinical tests, EGD, colonoscopy, ultrasound, CT, MRI, MSCT were performed. Parasitic and non-parasitic cysts were observed in 21 cases, solitary abscesses – in 8 cases, hemangiomas – in 6 cases. The main surgical intervention was formal liver resection. No deaths were reported. Conclusions. Active surgical tactics promotes optimal results in the treatment of benign focal liver disease.*

**Keywords:** focal lesion of the liver, surgical treatment of the cysts, solitary abscesses, hemangiomas.

---

Поступила: 08.04.2016

Отрецензирована: 18.04.2016