

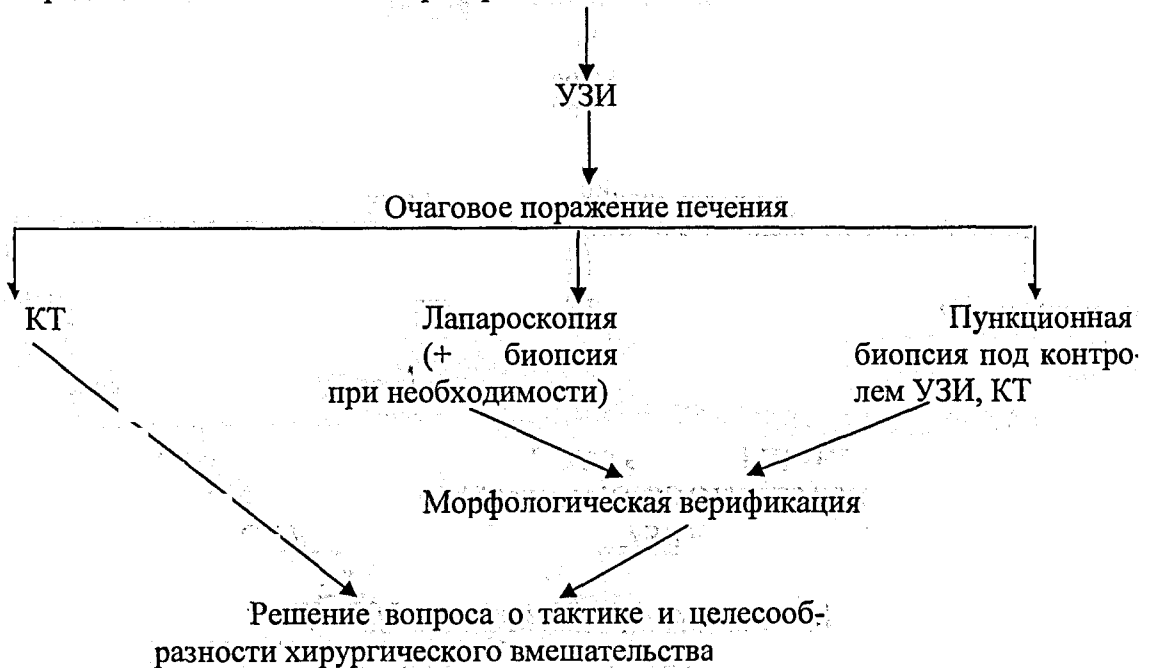
## НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

*А.П. Седов, И.П. Парфенов, А.А. Карпачев, В.Д. Луценко,  
С.П. Францев, А.М. Мишустин, С.В. Попова*

Кафедра хирургических болезней медицинского факультета БелГУ

В последние годы отмечается отчетливая тенденция к увеличению числа пациентов с очаговыми заболеваниями печени, связанная с внедрением в клиническую практику высокоинформативных аппаратно-инструментальных методов исследования. С 1985 по 2000 гг. в Межтерриториальном Центре Черноземья хирургии печени и поджелудочной железы находились на обследовании и лечении 103 больных с очаговыми образованиями печени, среди них гемангиомы составили 29 (28,1%). Мужчин было 9, женщин 20, соотношение по полу составило 1:2,2. Возраст варьировал от 30 до 71 года, в среднем составляя 47,1. Большинство больных при поступлении предъявляли жалобы на тупые постоянные боли, чувство полноты и тяжести в правом подреберье, у одной больной отмечалась потеря массы тела до 8 кг. Диагностический алгоритм при всех очаговых заболеваниях печени включает в себя ряд этапов и его можно представить в виде схемы.

Традиционное клиничко-лабораторное исследование



УЗИ представляет собой наиболее распространенную неинвазивную методику исследования, позволяющую с высокой степенью вероятности диагностировать гемангиомы печени, определяя их топографическое расположение по сегментам, объем поражения паренхимы, отношение к сосудистым структурам и границам прилежащих органов. В наших исследованиях чувствительность УЗИ составила 89%, а специфичность – 95%. КТ применялось в комплексном обследовании всем больным (с 1993 г.) и позволяла более чем в 90% случаев провести дифференциальный диагноз между гемангиомами и другими очаговыми образованиями печени. Несмотря на предложения ряда авторов использовать пункционную биопсию для морфологической верификации гемангиом, мы не применяем данный метод из-за возможных осложнений.

В наших наблюдениях у 13 больных опухоль располагалась в правой доле печени, у 14 – в левой, у 2 – были вовлечены обе доли печени. Опухоль занимала один сегмент печени в 14 (49%) случаях, два сегмента – 9 (31%), три сегмента – 3 (10%), четыре сегмента – 3 (10%). Локализация опухолей по сегментам печени: S1 – 2, S2 – 7, S3 – 10,

S4 – 3, S5 – 3, S6 – 10, S7 – 5, S8 – 3. Размер гемангиом колебался от 1 см до распространения на всю долю.

Из 29 больных радикально оперированы 14, у остальных 15 мы ограничились лапароскопией, во время солитарные формы гемангиоматоза наблюдалось у 7, множественно-очаговая у 5 и диффузно-очаговая у 3. В данной группе больных отсутствовали показания к хирургическому лечению у 10 (размеры гемангиом меньше 5 см), у 2 – гемангиоматоз сочетался с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, 3 отказались от операции. Все эти больные находились под динамическим наблюдением в сроки от 3 до 12 лет – прогрессирование заболевания в виде увеличения количества или размера мы не отмечали, не отмечали случаев спонтанного разрыва.

Радикально оперированы 13 больных, одной больной выполнена паллиативная операция – перевязка артерии VI – VII сегментов. В группе радикально оперированных больных выполнялись типичные резекции одно-двух-трех сегментов печени с предварительной перевязкой сосудисто-секреторных образований. Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 2 больных в виде нагноения послеоперационной раны. Летальных исходов не было. У одной больной отмечался рецидив опухоли через 10 лет, потребовавший выполнение правосторонней гемигепатэктомии, гистологически у этой больной наблюдалась гемангиоэндотелиома (у остальных 12 – кавернозная, у 1 – капиллярная гемангиома).

В заключении мы можем сказать, что для достоверной верификации диагноза гемангиом печени и дифференциальной диагностики с другими очаговыми заболеваниями должны последовательно применяться такие методы обследования, как УЗИ, КТ, лапароскопия. Только по совокупности методов можно судить о характере патологического процесса и в зависимости от этого выбирать тактику хирургического лечения.

Показанием к хирургическому лечению гемангиом считаем их размер, рост в процессе динамического наблюдения, сдавления сосудисто-секреторных образований, поверхностное расположение (из-за опасности травматизации).

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

*А.П. Седов, А.А. Карпачев, А.М. Мишустин, М.В. Дуганова*  
Кафедра хирургических болезней

Наиболее трудным разделом абдоминальной хирургии является лечение больных с механической желтухой опухолевого генеза. В тоже время нужно отметить, что они составляют до 10% от опухолей желудочно-кишечного тракта<sup>1</sup>. В наиболее развитых индустриальных странах (США, Великобритания, Япония) рак панкреатодуоденальной зоны составляет 9 больных на 100 тыс. населения

Поджелудочная железа, большой дуоденальный сосок, 12 перстная кишка и дистальный отдел холедоха – органы, которые составляют понятие панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ). Эти органы довольно часто поражаются опухолевыми процессами. 80% опухолей этой локализации приходится на поджелудочную железу<sup>2</sup>. Прогрессивно увеличивается количество пациентов, заболевших раком поджелудочной железы в развитых странах (США, Великобритания, Япония). Как отмечает Патютко Ю.И. (1994) за последние 50 лет заболеваемость раком ПДЗ в этих странах увеличилась в 4 раза. В нашей стране среди рака пищеварительного тракта опухоли ПДС составляют 11,5%<sup>3</sup>