

УДК 616.36-006.311.03-089

**ГЕМАНГИОМЫ ПЕЧЕНИ –
«НИША» ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ХИРУРГИИ**

Дурлештер Владимир Моисеевич – д.м.н.,
профессор
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»;
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный
медицинский университет», Краснодар, Россия

Бухтояров Артем Юрьевич
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Никитин Сергей Петрович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Мадаминов Икрамедин Якубджанович
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

Виттек Майя Михайловна
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2»,
Краснодар, Россия

В статье приведен личный опыт отделения
рентгенохирургических методов диагностики и
лечения № 2 ГБУЗ «Краевая клиническая больница
№ 2» за 2014 год в лечении гемангиом печени.

Ключевые слова: ГЕМАНГИОМА,
ЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ОККЛЮЗИЯ,
ЭМБОЛИЗАЦИЯ, КОМПЬЮТЕРНАЯ
ТОМОГРАФИЯ, ДОППЛЕРОГРАФИЯ

UDC 616.36-006.311.03-089

**HEPATIC HEMANGIOMAS AS A NICHE
OF ENDOVASCULAR SURGERY**

Durleshter Vladimir Moiseevich – MD, professor
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2»;
SBEA HPE «Kuban state medical university»,
Krasnodar, Russia

Bukhtoyarov Artem Yur'evich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Nikitin Sergey Petrovich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Madaminov Ikramedin Yakubjanovich
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

Vittek Mayia Mikhailovna
SBIHC «Krai clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia

The article presents the experience of hepatic
hemangioma treatment in X-ray surgical methods of
diagnostics and treatment department of SBIHC «Krai
clinic hospital Nr 2» during 2014 year.

Key words: HEMANGIOMA, ENDOVASCULAR
OCCLUSION, EMBOLISATION, COMPUTER
TOMOGRAPHY, DOPPLEROGRAPHY

Гемангиомы являются одними из самых распространенных опухолей печени. По данным М. Federle и соавт. [7], они выявляются у 2 % взрослого населения. По нашим наблюдениям и с учетом мировой практики, гемангиомы чаще встречаются у женщин. V. Glinkova и соавт. [9] отмечают взаимосвязь возникновения гемангиом и уровня женских половых гормонов в крови.

Золотым стандартом для постановки диагноза является ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости с обязательной последующей компьютерной томографией (КТ) [1, 11, 13, 15]. Проводится поиск биологических маркеров гемангиом [8]. Этот процесс, в свою очередь, обусловил существенные изменения в тактике лечения больных с опухолями печени. Особое место при этом занимают эндоваскулярные технологии, так как они могут являться и диагностическими, и лечебными [17]. Активная хирургическая тактика, применявшаяся ранее [2–4, 7, 12], сменяется сдержанным отношением к обоснованности выполнения оперативного вмешательства [5, 10, 14], особенно базирующегося на субъективных показаниях [6]. В ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (ККБ № 2) любая гемангиома печени после установки диагноза по УЗИ и КТ-исследованиям подвергается ангиографии и возможной одномоментной эмболизации приводящих сосудов к опухоли.

Материал и методы

За 2014 год в отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения ГБУЗ «ККБ № 2» было направлено 16 пациентов с диагнозом «гемангиома печени». Из них 14 были женщины, возраст которых колебался от 29 до 56 лет, 2 мужчин в возрасте 52 и 58 лет. Одному из мужчин эмболизация проводилась ранее, более 3-х лет назад. Однако по данным УЗИ с доплерографией, у больного сохранялся

кровооток в образовании, поэтому он был направлен на повторную ангиографию сосудов печени. Одиночные гемангиомы были выявлены у 10 человек, множественные – у остальных 6 больных. У 9 пациентов опухоли локализовались в правой доле печени, у 7 больных – в левой. Множественные гемангиомы у 4-х пациенток локализовались только в правой доле печени, у 2-х – в сегментах правой и левой долей печени. Диаметр гемангиом оценивался по данным УЗИ, КТ и непосредственно по ангиографии и составил от 60 до 180 мм. Тактику лечения определяли в соответствии с клинической картиной, по данным УЗИ и КТ с использованием ультразвуковых аппаратов, компьютерных томографов и ангиографа фирм Siemens и Philips. Обязательно выполняли биохимические исследования функции печени, определяли уровень онкомаркеров (α -фетопротеин, карциноэмбриональный антиген).

Результаты и обсуждение

Выполнена успешная эндоваскулярная эмболизация приводящих сосудов гемангиомы печени 15 пациентам. Среднее время проведения процедуры составило 60 ± 30 минут. Одной пациентке 56-летнего возраста, ввиду отсутствия жалоб, ангиографических признаков кавернозной гемангиомы и малых ее размеров (менее 50 мм по данным ангиографии), эмболизация не проводилась. Максимальное количество закрываемых эфферентов к гемангиомам у одного больного составило 7. Трем пациентам эмболизацию выполняли частицами PVA 300–500 мкм, 7 пациентам – частицами PVA 500–700 мкм, одному пациенту – частицами PVA 700–1000 мкм, 4 пациентам – эмбосферами «Biosphere Medical» 300–500 мкм.

Методика процедуры заключалась в следующем. Под местной анестезией пунктирована правая плечевая артерия, в/а вводится Гепарин 2500 Ед (профилактика тромбоза артерии, так как длительность процедуры

может составлять 90 минут), раствор Нитроглицерина 100 мкг и 20 мл физраствора (профилактика вазоспазма). Устанавливается интродьюсер с гемостатическим клапаном 5 F. Далее катетер JR 3.5–5 F по 0.035 диагностическому проводнику проводится в нисходящий отдел аорты, и выполняется ангиография чревного ствола и верхней брыжеечной артерии для уточнения анатомии кровоснабжения печени и определения приводящих сосудов к гемангиоме или гемангиомам печени.

Ангиографию верхней брыжеечной артерии нами рекомендовано выполнять всегда, так как в трех (18 %) случаях правая печеночная артерия отходила от верхней брыжеечной артерии. В 6 % случаев у одной пациентки приводящими сосудами одной из множественных гемангиом явились диафрагмальные сосуды, которые суперселективно были эмболизированы. В одном случае из-за анатомии чревного ствола мы были вынуждены пунктировать правую общебедренную артерию по методу Сельдингера, установить интродьюсер с гемостатическим клапаном 5 F и висцеральным катетером катетеризировать чревный ствол. В 100 % случаев выполняли мануальную ангиографию, шприц-инжектор не использовали.

После правильно выполненной ангиографии без актов вдоха в субтракционном режиме можно оценить анатомию гемангиомы. Далее – суперселективно в просвет каждого приводящего сосуда на 0,014 проводнике вводится микрокатетер, по которому эмболизат, разведенный с физраствором и контрастным препаратом под рентген-контролем, доставляется к гемангиоме. В 100 % случаев нами применен микрокатетер 2,6 F для того, чтобы облегчить прохождения эмбол различного диаметра до 1000 мкм. У всех пациентов мы добились полной редукции кровотока в приводящих сосудах к гемангиомам печени с сохранением кровотока в неизмененных сосудах печени. В одном случае (6 %) после эффективной эмболизации, ввиду поверхностного экстрапеченочного расположения

гемангиомы, больной было выполнено лапароскопическое удаление гемангиомы.

Послеоперационный период после проведения эндоваскулярной окклюзии у всех пациентов протекал без осложнений. У одной пациентки была выявлена постпункционная гематома общей бедренной артерии, которая пролечена консервативно – пальцевым прижатием, увеличения койко-дней пребывания в стационаре не произошло. Не было выявлено изменений функционального состояния печени у всех пациентов. УЗИ печени с обязательной доплерографией выполнялось на следующие сутки для выявления кровотока в гемангиомах печени. Последующие УЗИ печени выполнялись через 1–3–6 и 12 месяцев, при этом отмечались уменьшение размера гемангиом и отсутствие кровотока по доплерографии. КТ органов брюшной полости нами рекомендована через 6 месяцев после эндоваскулярной процедуры для оценки размеров опухоли.

Шести пациенткам была выполнена эндоскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни через один месяц. При наблюдении за больными, перенесшими эндоваскулярную окклюзию сосудов, питающих гемангиомы, в сроки от одного месяца до одного года роста опухолей не отмечено. Более того, у 14 больных гемангиомы уменьшились в размерах (максимально с 160 мм до 60 мм) в среднем в два раза (рис. 1). Например, у пациенток размеры гемангиомы (около 100 мм до эмболизации) во время контрольных осмотров составили 50 мм. У одной пациентке после эмболизации гемангиома не уменьшилась в размерах, но прошли диспепсические расстройства: тошнота и рвота. Больной, которой проводили эндоваскулярную окклюзию три года назад, делали повторную ангиографию, в результате была выявлена гемангиома левой доли печени, суперселективно введены эмбосферы 300–500 мкм с хорошим ангиографическим результатом, сразу и через месяц после

процедуры кровотока в гемангиоме не определялся. Через 6 месяцев у этой больной гемангиома уменьшилась в два раза. Послеоперационный период после эндоваскулярной окклюзии у всех больных в среднем составил 4 суток (рис. 2).



Рисунок 1. Гемангиомы правой доли печени.
Состояние после эмболизации

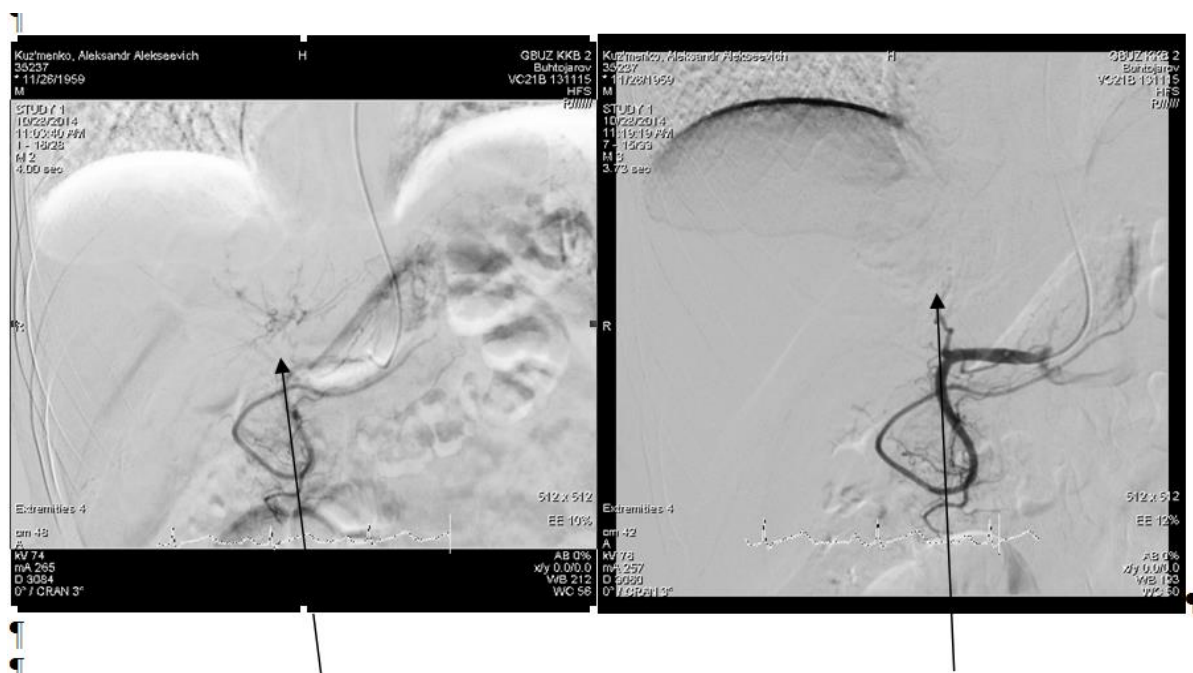


Рисунок 2. Гемангиома левой доли печени. Состояние после эмболизации

Выводы

Эмболизация гемангиомы печени является малотравматичным, органосохраняющим и эффективным методом лечения. Оптимальным эмболизатором являются эмбосферы 300–500 мкм, так как он очень удобен по доставляемости (отсутствует эффект «сладжирования» как при использовании PVA). При его применении получают хороший непосредственный и отдаленный результаты, но несколько удорожается процедура.

Эндоваскулярные технологии необходимо шире применять в лечении больных с гемангиомой печени, так как они позволяют избежать возможных осложнений основного заболевания и оперативного вмешательства. Оперативное лечение показано больным с гемангиомой печени больших размеров (более 7 см) при подкапсульной локализации и наличии выраженной клинической симптоматики заболевания. Больные с выявленной гемангиомой печени должны находиться под диспансерным наблюдением с обязательным ежегодным ультразвуковым контролем.

В «ККБ № 2» эндоваскулярные методы диагностики и лечения в абдоминальной хирургии активно развиваются. За 2014 год, кроме 15 успешных эндоваскулярных окклюзий гемангиом печени, было выполнено 7 эмболизаций висцеральных сосудов при различных кровотечениях, 1 больному проведено трансъюгулярное портокавальное шунтирование при портальной гипертензии.

Список литературы

1. *Абдуллаев А.Г., Милонова В.И., Царенко И.А.* Компьютерная томографическая диагностика объемных образований печени различного генеза // Хирургия. 2005; 6: 61–65.
2. *Брехов Е.И., Баишилов В.П., Северцев А.Н.* Перспективы хирургии печени // Клини. вестн. 1994; 4: 36–38.
3. *Гранов А.М., Польшалов В.Н., Таразов П.Г., Прозоровский К.В.* Сочетанные рентгенэндоваскулярные и чрескожные пункционные способы лечения гемангиом печени // Вопросы онкологии. 1995; 41: 1:79–83.
4. *Di Carlo I., Sofia M., Toro A.* Does the psychological request of the patient justify the surgery for hepatic hemangioma? // Hepatogastroenterology. 2005; 52: 63: 657–661.
5. *Federle M.P., Brancatelli G., Blachar A.* Hepatic Hemangioma // New Engl. J. of Med. 2000; 343: 5: 368–369.
6. *Frischer J.S., Huang J., Serur A. et al.* Biomolecular markers and involution of hemangiomas // J. Pediatr. Surg. 2004; 39: 3: 400–404.
7. *Glinkova V., Shevah O., Boaz M. et al.* Hepatic haemangiomas: possible association with female sex hormones // Gut. 2004; 53: 9: 1352–1355.
8. *Herman P., Costa M.L., Machado M.A. et al.* Management of hepatic hemangiomas: a 14-year experience // J. Gastrointest. Surg. 2005; 9: 6: 853–859.
9. *Ignee A., Weiper D., Schuessler G. et al.* Sonographic characterisation of hepatocellular carcinoma at time of diagnosis // Z. Gastroenterol. 2005; 43: 3: 289–294.
10. *Martinez-Gonzalez M.N., Mondragon-Sanchez R., Mondragon-Sanchez A. et al.* Cavernous hemangioma of the liver and hepatic hemangiomatosis. Indications and results of the surgical resection // Rev. Gastroenterol. Mex. 2003; 68: 4: 277–282.
11. *Noda T., Sasaki Y., Yamada T. et al.* Adult Capillary Hemangioma of the Liver: Report of a Case // Surgery Today. 2006; 35: 9: 796–799.
12. *Redondo D.P., Llames V.R., Caro-Paton A.* Familial hepatic hemangiomas // Gastroent. Hep. 2004; 27: 5: 314–316.
13. *Sasaki K., Ito K., Koike S. et al.* Differentiation between hepatic cyst and hemangioma: additive value of breath-hold, multisection fluidattenuated inversion-recovery magnetic resonance imaging using half-Fourier acquisition single-shot turbo-spin-echo sequence // J. Magn. Res. Imaging. 2005; 21: 1: 29–36.
14. *Yoon S.S., Charny C.K., Fong Y. et al.* Diagnosis, management and outcomes of 115 patients with hepatic hemangioma // J. Am. Coll. Surg. 2003; 197: 3: 392–402.
15. *Zeng Q., Li Y., Chen Y. et al.* Gigantic cavernous hemangioma of the liver treated by intra-arterial embolization with pingyangmycinlipiodol emulsion: a multi-center study // Cardiovasc. Intervent. Radiol. 2004; 27: 5: 481–485.