

Гемангиомы печени: операция или наблюдение

Д.м.н., проф. О.Г. СКИПЕНКО, к.м.н. Н.К. ЧАРДАРОВ, Ф.А. ГАНИЕВ, д.м.н. Г.А. ШАТВЕРЯН,
к.м.н. Н.Н. БАГМЕТ, к.м.н. А.Л. БЕДЖАНЫАН

The liver hemangiomas: operation or observation

O.G. SKIPENKO, N.K. TCHARDAROV, F.A. GANIYEV, G.A. SHATVERYAN, N.N. BAGMET, A.L. BEDZHANYAN

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского (дир. — проф. С.Л. Дземешкевич) РАМН, Москва

Проведен ретроспективный анализ результатов обследования и лечения 178 больных с гемангиомами печени, которых консультировали или оперировали в РНЦХ РАМН с 1987 по 2011 г. Хирургическое лечение провели 50 (28%) больным, в группу наблюдения включили 128 (72%) пациентов. Большинство больных (72%) были оперированы после 2000 г. У 178 больных диагностированы 322 гемангиомы печени диаметром 36,5 мм (от 4 до 350 мм). Диаметр наибольшей гемангиомы в группе оперированных больных составил 100 мм (от 20 до 350 мм), в группе наблюдения — 60 мм (от 6 до 184 мм); $p < 0,001$. Основными показаниями к операции были наличие симптомов (42%), неясность диагноза (24%) и рост гемангиомы (16%). Летальность составила 2% (1 из 50), осложнения возникли у 24% (12 из 50) больных. Энуклеацию опухоли выполнили в 12 (24%) наблюдениях, резекцию печени — в 38 (76%). Энуклеация опухоли сопровождалась меньшей кровопотерей по сравнению с резекцией печени: 300 мл (от 70 до 600 мл) и 550 мл (от 100 до 5000 мл) соответственно ($p = 0,008$). Отдаленные результаты изучены у 50% (89 из 178) больных. Срок наблюдения составил 55 мес (от 3 до 252 мес). В группе оперированных у 88,5% больных исчезли симптомы, которые были до операции. Жалобы появились у 11,1% больных, изначально не имевших симптомов. Рецидивов опухоли не отмечено. В группе наблюдения у 84% пациентов, у которых отмечались симптомы, жалобы исчезли. Большинство пациентов с бессимптомным заболеванием (89,7%) не отметили отрицательной динамики в самочувствии. Размеры гемангиом не изменились у 85,2%, увеличились на 13—38 мм у 11,1%, уменьшились на 17—26 мм у 3,7% пациентов. Авторы считают, что необходимость в хирургическом лечении больных с гемангиомами печени возникает редко — при выраженных симптомах, сомнениях в диагнозе и росте опухоли. Энуклеация гемангиомы предпочтительнее резекции печени, так как позволяет сохранить нормальную паренхиму и сопровождается меньшей кровопотерей. При уверенности в диагнозе гемангиомы можно безопасно наблюдать больных, выполняя ультразвуковое исследование 1 раз в год.

Ключевые слова: гемангиомы печени, тактика лечения, резекция печени, энуклеация.

The treatment results of 178 patients with liver hemangiomas were analyzed. 322 liver hemangiomas of the average size of 36,5 (4–350) mm were diagnosed in 178 patients. 50 (28%) patients were operated on. The largest operated lesion was 100mm. Basic indications to the surgical treatment were: symptomatic course of the disease (42%), unclear diagnosis (24%) and fast growth of the lesion (16%). The lethality rate was 2% (1 of 50), postoperative complications were registered in 24% (12 of 50). Tumor enucleation was performed in 12 (24%) cases, the liver resection – in 38 (76%). The long-term follow-up (average of 55 months) was achieved in 50% (89 of 178) patients. The were no symptoms of the disease in 88,5% of the operated patients and they disappeared in 84% of the non-operated patients. The majority of the patients with the nonsymptomatic course of the disease showed any negative dynamics of the process. Thus, in 85,2% there were no hemangioma growth registered, 11,1% demonstrated the enlargement of the lesion on 13–38 mm, and 3,7% showed the smaller diameter of the tumour. The study highlights the seldom necessity of the operative treatment of liver hemangiomas: by severe symptoms, unclear diagnosis and the fast tumour growth. The enucleation of the tumor is preferable to the liver resection. The exact diagnosis permits the long observance with the ultrasound control as often as once a year

Key words: liver hemangiomas, treatment tactics, enucleation, liver resection.

Введение

Распространенность гемангиом печени в популяции, по данным аутопсийных исследований, достигает 7,3% [19]. Данные опухоли являются самыми частыми доброкачественными новообразованиями печени. Доступность современных неинвазивных лучевых методов диагностики привела к тому, что нередко гемангиомы выявляют случайно. Такие методы визуализации, как КТ и МРТ, позволяют уточнить

диагноз, но иногда это не удается. Сохраняющееся подозрение на злокачественный характер образования может стать основанием для хирургического вмешательства. Клиническая симптоматика, которая обычно появляется при достижении опухолью гигантских размеров, служит другим показанием к операции. Выраженность симптомов не всегда соответствует объему образования. Некоторые исследователи не ориентируются на абсолютные размеры при определении показаний к хирургическому лечению и считают рост опухоли более важным фактором. При стабильных размерах образования и отсутствии

© Коллектив авторов, 2012

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2012
Khirurgiia (Mosk) 2012; 9: 13

e-mail: hpb.department@gmail.com

Таблица 1. Некоторые показатели у больных с гемангиомами печени

Показатель	Оперированные (n=50)	Наблюдаемые (n=128)	p	Всего больных (n=178)
Возраст, годы	49 (42–58; от 24 до 76)	47 (42–54; от 26 до 76)	NS	47 (42–55; от 24 до 76)
Женский пол	46 (92%)	95 (74,2%)	0,008	141 (79,2%)
Наличие симптомов	37 (74%)	60 (46,9%)	0,001	97 (54,5%)
Количество гемангиом:			NS	
1	25 (50%)	64 (50%)		89 (50%)
2–3	21 (42%)	53 (41,4%)		74 (41,6%)
>3	4 (8%)	11 (8,6%)		15 (8,4%)
Самая крупная опухоль, мм*	100 (80–140; от 20 до 350)	60 (40–85; от 6 до 184)	<0,001	71 (46–100; от 6 до 350)
Локализация самой крупной опухоли:				
правая доля	28 (56%)	86 (67,2%)	0,16	114 (64%)
левая доля	22 (44%)	31 (24,2%)	0,009	53 (29,8%)
срединное расположение (IV, V, VIII сегменты)	—	3 (2,3%)		3 (1,7%)
I сегмент	—	6 (4,7%)		6 (3,4%)
Нет данных	—	2 (1,6%)		2 (1,1%)

Примечание. * — при наличии у пациента нескольких гемангиом учитывали размер самой крупной из них.

симптомов наблюдение за больными является безопасным даже при гигантских размерах гемангиом, так как большинство опухолей не увеличивается, а риск осложнений не превышает риска операции [18, 28, 30]. Это мнение основано на исследовании довольно больших групп больных, однако малочисленность таких работ и малые сроки наблюдения делают эту позицию дискуссионной. Другим предметом для обсуждения является выбор объема вмешательства (резекция или энуклеация). Сравнительных исследований на эту тему немного.

Неопределенность относительно поведения гемангиом со временем, их способности к росту и развитию осложнений, отсутствие четкой позиции относительно тактики ведения больных с гигантскими бессимптомными опухолями подтолкнули нас к анализу собственного опыта.

Материал и методы

В исследование включены больные с гемангиомами печени, которых оперировали или консультировали в отделении хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского с 1987 по 2011 г. В группе оперированных пациентов диагноз подтвержден гистологическим исследованием удаленного препарата. В группе наблюдаемых больных диагноз установлен на основании данных как минимум одного из методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ, ангиография) или биопсии. Демографические и клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, интраоперационные и ближайшие послеоперационные показатели извлечены из историй болезни и амбулаторных карт. Отдаленные результаты лечения и наблюдения изучены путем амбулаторного обследования пациентов или анкетирования (по почте, по телефону). В анкетах паци-

ентов просили оценить свое состояние и привести данные последних исследований, выполненных по месту жительства или в РНЦХ.

Количественные данные представлены в виде медианы (нижний — верхний квартили, размах) — Me (Q1—Q2; мин.—макс.). Количественные признаки сравнивали с помощью критерия Манна—Уитни, качественные признаки — с помощью критерия χ^2 или точного критерия Фишера (при числе наблюдений в группе <5). Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты

За отмеченный временной промежуток в наше отделение обратились 178 больных с гемангиомами печени. Средний возраст больных на момент обращения составил $48 \pm 10,2$ года (от 24 до 76 лет). Преобладали женщины — 79,2% (141 из 178). Соотношение женщин и мужчин составило 3,8:1. 54,5% (97 из 178) больных предъявляли жалобы, основными из которых были боль (70,1%; 68 из 97) или чувство тяжести (23,7%; 23 из 97) в правом подреберье и эпигастральной области, тошнота (8,2%; 8 из 97) и чувство раннего насыщения (5,2%; 5 из 97) во время еды. Редко наблюдали необъяснимую лихорадку (5,2%; 5 из 97), общую слабость (2%; 2 из 97) и одышку (2%; 2 из 97). Медиана длительности существования жалоб до обращения в РНЦХ составила 14 мес (5—36; от 0,5 до 240 мес). Пациенты с наличием симптомов не отличались от больных без симптомов по размеру наибольшей опухоли: 71 мм (47—100; от 9 до 350 мм) и 70 мм (42—93; от 6 до 180 мм) соответственно ($p=0,3$). Частота развития симптомов также не зависела от локализации опухоли (правая или левая доля): 51,8% (59 из 114) и 62,3% (33 из 53) соответственно ($p=0,2$).

Основные демографические и клинические показатели представлены в **табл. 1**. Одиночные геман-

Таблица 2. Основные лабораторные показатели

Показатель	Норма	Значение Ме (Q1—Q2; мин.—макс.)	Число больных с отклонениями показателей от нормы	
			абс.	%
Билирубин, мкмоль/л	<21	14 (11,9—17,1; от 7 до 76)	17	9,6
Щелочная фосфатаза, Е/л	<306	73 (33—162; от 2,7 до 510)	6	3,4
АСТ, Е/л	<40	21 (16—27; от 1 до 131)	13	7,3
АЛТ, Е/л	<40	18 (12—33; от 1 до 217)	21	11,8
Протромбиновый индекс, %	80—110	86 (80—90; от 56 до 115)	18	10,1

гиомы наблюдали у 50% (89 из 178) больных, от 2 до 3 опухолей — у 41,6% (74 из 178), 3 и более — у 8,4% (15 из 174) пациентов. Всего у 178 больных обнаружили 322 гемангиомы печени (от 1 до 9), размер которых составил 36,5 мм (19—76; от 4 до 350 мм). Почти в половине наблюдений (48,1%; 155 из 322) размер опухолей был ≥ 4 см, в 14,9% (48 из 322) равнялся или превышал 10 см. Медиана наибольшей опухоли у больного составила 71 мм (46—100; от 6 до 350 мм).

Изменения основных биохимических показателей крови наблюдали у 31,5% (56 из 178) больных. Наиболее частыми отклонениями были увеличение уровня трансаминаз, билирубина и снижение протромбинового индекса (табл. 2).

Диагностика

Для диагностики наиболее часто использовали УЗИ брюшной полости, которое выполнили в 84,8% (151 из 178) наблюдений. Заключение о наличии гемангиом сделано в 49% (74 из 151) из них. Наиболее характерными признаками гемангиом являлись четкость и неровность контуров, повышенная экзогенность, неоднородность структуры, аваскулярность и эффект дорсального усиления. КТ брюшной полости применили у 68,5% (122 из 178) пациентов. Данный метод позволил установить правильный диагноз у 83,6% (102 из 122) из них. Такие свойства, как четкость и неровность контуров, сниженная плотность, участок пониженной плотности в центре, а также характерное глобулярное накопление контрастного вещества от периферических отделов с постепенным распространением к центру образования, позволяли сделать вывод о наличии гемангиомы. Небольшому количеству больных (17) выполнили МРТ брюшной полости. В 94,1% (16 из 17) наблюдений образования в печени охарактеризовали как гемангиомы. Типичными признаками при этом являлись ровные и четкие контуры, пониженная интенсивность на T1-взвешенных изображениях, повышенная интенсивность на T2-взвешенных изображениях и характерное накопление контрастного вещества от периферии к центру опухоли при внутривенном контрастировании. Ангиографию применили только в 22 наблюдениях. Почти все исследования (91%; 20 из 22) выполнены до 2003 г. В 14 (63,6%) наблюдениях данный метод позволил уста-

новить верный диагноз, в 7 (31,8%) наблюдениях природа образований осталась неизвестной. Данные ангиографии не позволили обнаружить образования в печени у одного пациента, однако при УЗИ и КТ была выявлена гемангиома левого латерального сектора диаметром 50 мм. Характерными признаками гемангиом при ангиографии были сниженная васкуляризация опухоли в ранних фазах исследования и появление «озер» («лужиц») контрастного вещества в периферических отделах в паренхиматозную фазу исследования. При сомнениях в диагнозе в 8 наблюдениях прибегли к пункционным биопсиям, информативность которых составила 50% (4 из 8). У 2 пациентов после пункционной биопсии возникло внутрибрюшное кровотечение, которое потребовало лапаротомии и остановки кровотечения.

Группа хирургического лечения

Хирургическое лечение проведено 50 (28%) из 178 больных. Большинство пациентов оперировали после 2000 г. (72%; 36 из 50). Размер наибольшей опухоли в этой группе составил 100 мм (80—140; от 20 до 350 мм). Самым частым показанием к операции было наличие симптомов (42%; 21 из 50), среди которых преобладали чувство дискомфорта или тяжести в правом подреберье (66,7%; 14 из 21) и боль (42,9%; 9 из 21). Реже наблюдали необъяснимую лихорадку (23,8%; 5 из 21), одышку (9,5%; 2 из 21) и чувство переполнения в эпигастральной области после еды (4,8%; 1 из 21). Неясность диагноза, т.е. подозрение на злокачественную опухоль, явилась показанием к операции у 24% (12 из 50) больных. Третьим по частоте показанием к операции был рост гемангиомы, который наблюдали у 8 (16%) из 50 больных. Диаметр опухоли на момент выявления составлял 51,5 мм (40—80; от 30 до 100 мм). За время наблюдения (от 12 до 123 мес) гемангиомы увеличились до 115 мм (87—170; от 45 до 280 мм). При этом скорость роста составила 13,3 мм (4,4—35; от 1,4 до 50 мм) в год. В 5 (10%) из 50 наблюдений хронический калькулезный холецистит являлся основным показанием к операции, а гемангиомы удаляли симультанно. У 3 (6%) из 50 больных жалобы отсутствовали. Решение об удалении гемангиом принято в связи с большими размерами образований (75, 100 и 120 мм). У одной пациентки причиной хирургического вмешательства

Таблица 3. Сравнение резекции печени и энуклеации гемангиом

Показатель	Резекция (n=38)	Энуклеация (n=12)	p	Всего больных (n=50)
Локализация гемангиомы:				
правая доля	20 (52,6%)	8 (66,7%)	0,5	28 (56%)
левая доля	18 (47,4%)	4 (33,3%)		22 (44%)
Размер, мм	100 (80—160; от 20 до 350)	88,5 (70—120; от 20 до 140)	0,2	100 (80—140; от 20 до 350)
Длительность операции, мин	265 (180—370; от 90 до 615)	190 (160—210; от 140 до 270)	0,09	225 (165—275; от 90 до 615)
Маневр Прингла	13 (34,2%)	4 (33,3%)	1,0	17 (34%)
Кровопотеря, мл	550 (300—1800; от 100 до 5000)	300 (200—400; от 70 до 600)	0,008	400 (300—900; от 70 до 5000)
Осложнения	10 (26,3%)	2 (16,7%)	0,7	12 (24%)
«малые»*	5	1		6
«большие»**	5	1		6
Длительность пребывания в стационаре после операции, койко-дни				
	14,5 (10—20; от 7 до 72)	8,5 (8—12,5; от 7 до 23)	0,016	13,5 (9—18; от 7 до 72)
Летальность	1 (2,6%)	0		1 (2%)

Примечание. * — консервативное лечение осложнений; ** — угрожающие жизни осложнения или осложнения, для лечения которых использовали миниинвазивные процедуры и оперативные вмешательства.

явилось возникшее после диагностической пункции внутрибрюшное кровотечение.

Оперативное лечение выполняли путем резекции печени или энуклеации гемангиомы. Решение о выборе того или иного способа принимали во время операции, ориентируясь на локализацию опухоли. При краевом расположении опухоли в передних сегментах предпочтение отдавали энуклеации. Резекцию печени производили, когда опухоль занимала практически всю долю или располагалась в задних сегментах.

Резекцию печени выполнили 38 (76%) из 50 больных: бисегментэктомию (II—III) — 13, правостороннюю гемигепатэктомию — 8, расширенную правостороннюю гемигепатэктомию — 6, левостороннюю гемигепатэктомию — 1, атипичную резекцию 1—2 сегментов — 10. В 12 (24%) из 50 наблюдений произвели энуклеацию гемангиомы печени. Статистически значимых различий в локализации опухоли, размерах образований, продолжительности операции, использовании маневра Прингла между энуклеациями и резекциями печени не выявлено (табл. 3). Энуклеации опухоли сопровождались меньшей кровопотерей: 300 мл (200—400; от 70 до 600 мл) против 550 мл (300—1800; от 100 до 5000 мл) при резекции печени ($p=0,008$). Частота осложнений после резекций печени была больше, чем после энуклеации опухоли (26,3 и 16,7% соответственно), однако различия статистически незначимы ($p=0,7$). Количество койко-дней после резекции печени было большим: 14,5 (10—20; от 7 до 72) против 8,5 (8—12,5; от 7 до 23) после энуклеации опухоли ($p=0,016$). После резекции печени умер один больной (операция производилась в 1990 г.). После энуклеации летальных исходов не было. Общая летальность после операций составила 2% (1 из 50). Диагноз (кавернозная гемангиома) подтвержден при морфологическом исследовании во всех на-

блюдениях. При наличии множественных гемангиом, расположенных в разных сегментах печени, удаляли только самые крупные из них. Опухоли (от 1 до 5) оставлены у 40% (20 из 50) больных. Диаметр оставленных гемангиом в среднем составил 15 мм (10—21; от 5 до 63 мм).

Группа наблюдения

В группу наблюдения вошли 128 (72%) из 178 больных. У 46,9% (60 из 128) из них при обращении присутствовали симптомы, которые имели в основном диспепсический характер (боль, тяжесть в правом подреберье и эпигастральной области, тошнота, горечь во рту). Боль была основной жалобой (78,3%; 47 из 60) и описывалась больными как ноющая, тупая или приступообразная. Нередко боль появлялась после приема пищи. При анализе сопутствующих заболеваний у 51,7% (31 из 60) больных с симптомами выявлены заболевания, которые могли бы быть причиной предъявляемых жалоб: желчнокаменная болезнь (38,7%; 12 из 31), гастродуоденит (38,7%; 12 из 31), хронический колит (25,8%; 8 из 31), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (19,4%; 6 из 31), хронический панкреатит (6,5%; 2 из 31), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (6,5%; 2 из 31). При отсутствии симптомов подобные сопутствующие заболевания обнаруживали реже: 10% (7 из 68) и 51,7% (31 из 60) соответственно ($p<0,001$). Диаметр наибольшей опухоли в группе наблюдаемых больных составил 60 мм (40—85; от 6 до 184 мм).

Сравнение групп оперированных и наблюдаемых больных выявило различия по следующим показателям: наличие симптомов, размер и локализация опухолей. В группе оперированных больных было больше женщин и больных с наличием симптомов, опухоли были крупнее, чаще встречались пациенты с левосторонней локализацией опухоли (см. табл. 1).

Отдаленные результаты

Отдаленные результаты прослежены у 50% (89 из 178) больных. Срок наблюдения составил 55 мес (26—104; от 3 до 252 мес). В группе оперированных прослежено 70% (35 из 50) больных в течение 52 мес (22—90; от 3 до 252 мес). У 88,5% (23 из 26) оперированных исчезли симптомы, которые присутствовали до операции. В 3 (11,5%) из 26 наблюдений симптомы (дискомфорт, тяжесть в правом подреберье после еды) сохранились. Жалобы появились у 1 (11,1%) из 9 больных, у которых изначально симптомы отсутствовали. Ни в одном наблюдении после удаления опухоли не отмечено рецидива. У 8 из 16 больных с оставленными мелкими гемангиомами размеры опухолей не изменились, в 4 (25%) наблюдениях отмечен рост опухоли (на 6—33 мм в течение 26—125 мес), еще в 4 (25%) наблюдениях опухоли исчезли (перестали определяться при УЗИ).

В группе наблюдения прослежено 42,2% (54 из 128) больных в течение 56,5 мес (29—156; от 12 до 232 мес). У 84% (21 из 25) больных, у которых имелись симптомы, исчезли жалобы, отмечавшиеся на момент диагностики гемангиом. Большинство больных без симптомов (89,7%; 26 из 29) не отметили отрицательной динамики в самочувствии. Только у 3 (10,3%) больных появились периодические боли в верхних отделах живота. Размеры гемангиом остались прежними у 85,2% (46 из 54) больных, увеличились на 13—38 мм в течение 46—227 мес у 11,1% (6 из 54) больных, уменьшились на 17 и 26 мм в течение 98 и 76 мес у 3,7% (2 из 54) больных. Одной из больных, у которой произошел рост опухоли (на 38 мм) и появились жалобы, выполнили удаление гемангиомы в другом лечебном учреждении.

Обсуждение

Гемангиомы печени чаще выявляют у женщин в возрасте 30—50 лет [10, 34]. Это совпадает с нашими данными: количество женщин превысило количество мужчин почти в 4 раза. Считается, что большинство опухолей не проявляется клинически. Жалобы присутствовали у 54,5% обратившихся к нам больных. Такая большая цифра, естественно, не отражает истинной распространенности в популяции индивидуумов с наличием симптомов, так как характеризует выборку, направленную в хирургическое отделение. Клинические проявления в основном были обусловлены объемом и давлением опухоли на окружающие органы: боль (70,1%) и чувство тяжести (23,7%) в верхних отделах живота. Это самые частые симптомы и по данным других исследователей [2, 3, 12]. Признаки нарушения эвакуации из желудка наблюдали у 13 (7,3%) человек. В литературе описаны редкие наблюдения необъяснимой лихорадки, а также явлений, напоминающих системный воспалительный процесс (лихорадка,

уменьшение массы тела, анемия, тромбоцитоз, увеличение уровня фибриногена и СОЭ на фоне нормального уровня лейкоцитов), у пациентов с гигантскими гемангиомами печени [22, 27, 29]. Мы наблюдали 5 больных с периодическим повышением температуры тела, все они имели крупные опухоли (от 87 до 350 мм в диаметре). Таких опасных осложнений, как разрыв опухоли с кровотечением или синдром Казабаха—Мерритта, в нашей серии не было.

Логично предположить, что размер опухоли и ее локализация влияют на частоту развития симптомов. Отмечено, что при диаметре опухоли 4 см жалобы появляются у 40% больных, при диаметре 10 см это количество увеличивается до 90% [16]. Также показано, что у больных с наличием симптомов диаметр опухоли в левой доле меньше, чем в правой (10,5 и 17,0 см соответственно; $p=0,07$) [15]. Нам не удалось выявить зависимости частоты развития симптомов от размеров и локализации гемангиом. Возможно, это связано с тем, что клиническая картина, наблюдаемая у больных с небольшими гемангиомами, может быть обусловлена не самой опухолью, а сопутствующими заболеваниями. Так, при детальном обследовании 87 больных с гемангиомами у 54% из них обнаружили другие заболевания брюшной полости, которые и были причиной жалоб [13]. В то же время гигантские опухоли, расположенные интрапаренхиматозно в правой доле печени, могут никак не сказываться на самочувствии больного. Таким образом, необходимо осторожно интерпретировать клиническую картину при выявлении гемангиомы, особенно если опухоль имеет небольшой размер.

Диагностика гемангиом печени в большинстве наблюдений не представляет особых трудностей, так как опухоль имеет ряд характерных признаков, на основании которых можно уверенно поставить диагноз. В ряду диагностических методов УЗИ является самым доступным и дешевым (применен нами у 84,8% больных), однако чувствительность метода (49%) оставляет желать лучшего. Известно, что использование эхоконтрастных средств способно повысить информативность метода [36], но собственного опыта их применения нет. Чувствительность КТ брюшной полости в выявлении гемангиом печени составила 83,6%. Характерное постепенное накопление контрастного вещества опухолью (от периферии к центру) является патогномичным для гемангиомы, поэтому необходимо отметить важность внутривенного контрастирования. МРТ брюшной полости имеет самую высокую чувствительность (более 90%) и специфичность (90—100%) в ряду неинвазивных методов исследования [13, 24, 31, 32]. Наши данные свидетельствуют о том же — у 94,1% больных метод позволил поставить верный диагноз. Доступность и высокая информа-

Таблица 4. Сведения об оперированных больных по данным разных авторов

Авторы	Всего больных	Количество оперированных, %	Диаметр опухоли, см (мин.—макс.)	Количество больных с наличием симптомов, %
О. Farges и соавт., 1995 г. [13]	163	9,9	—	53,4
А. Weimann и соавт., 1997 г. [37]	238	29	6,5	41,6
Р. Herman и соавт., 2005 г. [18]	249	3,2	3,7 (0,2—35)	30,9
Т. Schnelldorfer и соавт., 2010 г. [30]	289	19,4	7 (4,1—30)	18,3
Ф. Giuliani и соавт., 2011 г. [15]	74	54,1	9,2 (1,5—46)	37,8
Наши данные	178	28	7,1 (0,6—35)	54,5

тивность КТ и МРТ дали нам возможность практически полностью отказаться от ангиографии и пункционной биопсии. Диагностической возможности последней нужно уделить особое внимание. Существуют крупные серии наблюдений, в которых чрескожная биопсия гемангиом под контролем УЗИ или КТ не сопровождалась осложнениями [17, 35]. Наш опыт в этом вопросе скромнее ($n=8$) и менее удачен. Внутривенное кровотечение, потребовавшее лапаротомии для гемостаза, возникло у 25% больных. В связи с риском геморрагических осложнений считаем оправданным прибегать к пункционной биопсии только после использования всех неинвазивных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ), если остаются сомнения в диагнозе. Применение всех доступных методов диагностики все же не позволило установить природу образования у 6,7% (12 из 178) больных.

Количество больных, которым проведено хирургическое лечение, в представленной работе составило 28% (50 из 178). При сравнении с исследованиями других авторов это средний показатель (табл. 4). Вероятно, он мог быть меньше, так как мы активно вносим информацию о наблюдаемых больных в базу данных с 2000 г. и многие из тех, кого консультировали в 90-х годах, в нее не попали. Необходимо также учитывать неоднородность сравниваемых групп в разных исследованиях (различия размеров опухоли и частоты симптомов у больных). Еще раз следует акцентировать внимание на том, что эти сведения основаны на анализе данных о больных, которые были направлены в хирургические отделения, и никоим образом не отражают потребности в лечении для всей популяции больных с гемангиомами.

Выраженная симптоматика, сомнения в доброкачественном характере образования, рост опухоли были основными показаниями к операции соответственно у 42, 24 и 16% больных в группе хирургического лечения. Такой подход поддерживают и другие исследователи, которые считают также, что размер образования сам по себе не должен являться показанием к лечению, так как риск осложнений даже при гигантских размерах гемангиомы минимальный [15, 18, 26, 30]. Тем не менее мы полагаем, что показания к удалению гигантской бессимптом-

ной опухоли могут быть скорректированы с учетом ее локализации, возраста и физической активности больного. Например, при периферической локализации опухоли у молодого человека хирургическое лечение считаем целесообразным. Что касается термина «гигантская гемангиома», то в литературе нет его общепринятого определения. Предложено несколько пороговых значений: >4 см [5, 7, 8], >6 см [9], >10 см [20], >12 см [11]. Мы считаем гигантскими гемангиомы ≥ 10 см.

Единственным эффективным методом лечения гемангиом является их удаление, которое достигается путем резекции печени или энуклеации опухоли. Энуклеация возможна благодаря наличию уплотненной ткани печени, которая образует четкую границу между опухолью и нормальной паренхимой [1, 4, 6]. Преимуществом энуклеации является максимальное сохранение здоровой ткани печени. Кроме того, энуклеация сопровождается меньшими показателями интраоперационной кровопотери, частоты послеоперационных осложнений и желчеистечений [21, 23]. Несмотря на небольшое количество наблюдений, нам удалось выявить статистически значимые различия между энуклеациями и резекциями по объему кровопотери (300 мл против 550 мл; $p=0,008$), а также тенденцию к уменьшению частоты послеоперационных осложнений (16,7 и 26,3; $p=0,7$) и продолжительности операции (190 и 265 мин; $p=0,09$).

При выборе того или иного способа хирургического лечения ориентировались на размер и локализацию опухоли, выполняя энуклеацию гемангиом, расположенных на периферии, как правило, в передних сегментах. Тем не менее при центральном расположении опухоли энуклеация также возможна, хоть и технически сложнее [14]. В нашей серии доля пациентов, которым выполнили энуклеацию опухоли, составила 24%. Опыт других исследователей свидетельствует о том, что количество энуклеаций может быть намного больше — 30—85% (табл. 5).

Хирургическое лечение продемонстрировало высокую эффективность. Симптомы исчезли у 88,5% пациентов, однако в 11,5% наблюдений жалобы сохранялись. Вероятно, это связано с тем, что клиническая картина была обусловлена другой недиагностированной причиной. Сохранение симпто-

Таблица 5. Хирургическое лечение гемангиом печени

Авторы	Всего больных	Энуклеация опухоли		Резекция печени		Осложнения		Летальность	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Р. Куо и соавт., 1994 г. [21]	20	10	50	10	50	2	10	0	
A. Weimann и соавт., 1997 г. [37]	69	26	38	43	62	13	18,8	0	
I. Ozden и соавт., 2000 г. [26]	39	33	85	6	15	6	15,4	1	2,6
S. Lerner и соавт., 2004 г. [23]	52	27	51,9	25	48,1	14	27	0	
T. Schnelldorfer и соавт., 2010 г. [30]	56	22	39,3	34	60,7	8	14,3	0	
F. Giuliani и соавт., 2011 г. [15]	40	12	30	28	70	4	10	0	
Наши данные	50	12	24	38	76	12	24	1	2

мов после операции описывали и другие исследователи у 15—30% больных [13, 33]. В специализированных отделениях частота осложнений после удаления гемангиом составляет 10—27%, летальность в большинстве из них отсутствует (см. табл. 5).

Нам удалось проследить отдаленные результаты менее чем у половины больных (42,2%), однако сроки наблюдения довольно продолжительные — 56,5 мес (от 12 до 232 мес). В 84% наблюдений симптомы, которые присутствовали на момент выявления гемангиом, исчезли. Большинство больных, у которых симптомы отсутствовали (89,7%), не отметили ухудшения своего состояния. Незначительное увеличение размеров опухоли (на 13—38 мм) произошло лишь у 11,1% больных в течение 46—227 мес и не привело к заметному ухудшению их самочувствия, за исключением единственного наблюдения. Одной женщине все же удалили гемангиому в другом лечебном учреждении: на фоне роста опухоли у нее появились симптомы. Таким образом, стабильные размеры большинства гемангиом, отсутствие осложнений, редкое появление новых жалоб и исчезновение большинства старых симптомов позволяют сделать вывод о безопасности наблюдения за больными с данным заболеванием даже при гигантских размерах образований. К такому заключению склоняются и другие исследователи [25, 30, 33]. Существует мнение, согласно которому необходимости в регулярном наблюдении за больными с гемангиомами печени нет [25]. Наша позиция состоит в том, что необходим еже-

годный контроль размеров гемангиом с помощью УЗИ, так как редко опухоли все же способны увеличиваться.

Таким образом, современные неинвазивные методы диагностики позволяют поставить правильный диагноз в большинстве наблюдений. Следует по возможности избегать инвазивных диагностических манипуляций (пункционная биопсия, ангиография), так как они сопряжены с серьезными осложнениями. При наличии клинических проявлений пациент должен быть тщательно обследован, так как причиной симптомов могут быть сопутствующие заболевания органов брюшной полости. Выраженная симптоматика, неуверенность в диагнозе и рост гемангиомы — это основные показания к ее удалению. Гигантский размер опухоли не является показанием к операции сам по себе. Считаем, что при наличии гигантской (≥ 10 см) бессимптомной гемангиомы необходимо учитывать и такие факторы, как локализация опухоли, возраст и физическая активность больного, наличие сопутствующих заболеваний и, конечно, опыт врачей хирургического отделения. Принимая во внимание доброкачественный характер образования, можно утверждать, что послеоперационная летальность при гемангиомах печени недопустима. Это накладывает большую ответственность на хирурга при отборе больных для операции, заставляя тщательно взвешивать риски, а также концентрировать больных в специализированных отделениях с большим опытом хирургического лечения гемангиом печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Веронский Г.И. Лечение гемангиом печени. *Анналы хир гепатол* 2000; 5: 1: 19—26.
2. Завеня З.С., Ратникова Н.П., Камалов Ю.Р. и др. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, тактические подходы к лечению. *Рос журн гастроэнтерол, гепатол, колопроктол* 2004; 5: 14—21.
3. Польшалов В.Н., Гранов Д.А. Хирургическое лечение гемангиом печени: зависимость хирургической тактики от формы заболевания. *Вопр онкологии* 2003; 49: 5: 630—635.
4. Усов С.А. Органосберегающие хирургические операции при гемангиомах печени: показания, техника, результаты. *Бюллетень СО РАМН* 2001; 2: 38—42.
5. Adam Y.G., Huvos A.G., Fortner J.G. Giant hemangiomas of the liver. *Ann Surg* 1970; 172: 2: 239—245.
6. Alper A., Ariogul O., Emre A. et al. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. *Arch Surg* 1988; 123: 5: 660—661.
7. Bioulac-Sage P., Laumonier H., Laurent C. et al. Benign and malignant vascular tumors of the liver in adults. *Semin Liver Dis* 2008; 28: 3: 302—314.
8. Cappellani A., Zanghi A., Di Vita M. et al. Spontaneous rupture of a giant hemangioma of the liver. *Ann Ital Chir* 2000; 71: 3: 379—383.
9. Choi B.I., Han M.C., Park J.H. et al. Giant cavernous hemangioma of the liver: CT and MR imaging in 10 cases. *AJR Am J Roentgenol* 1989; 152: 6: 1221—1226.

10. *Choi B.Y., Nguyen M.H.* The diagnosis and management of benign hepatic tumors. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 5: 401—412.
11. *Edmondson H.A., Peters R.L.* Neoplasms of the liver. In: Schiff L., Schiff E.T. eds, *Diseases of the liver*. Philadelphia, Pa: Lippincott 1982; 1114—1145.
12. *Etemadi A., Golozar A., Ghassabian A. et al.* Cavernous hemangioma of the liver: factors affecting disease progression in general hepatology practice. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2011; 23: 4: 354—358.
13. *Farges O., Daradkeh S., Bismuth H.* Cavernous hemangiomas of the liver: are there any indications for resection? *World J Surg* 1995; 19: 1: 19—24.
14. *Fu X.H., Lai E.C., Yao X.P. et al.* Enucleation of liver hemangiomas: is there a difference in surgical outcomes for centrally or peripherally located lesions? *Am J Surg* 2009; 198: 2: 184—187.
15. *Giuliante F., Ardito F., Vellone M. et al.* Reappraisal of surgical indications and approach for liver hemangioma: single-center experience on 74 patients. *Am J Surg* 2011; 201: 6: 741—748.
16. *Goodman Z.* Benign tumors of the liver. In: Okuda K, Ishak K.G. eds, *Neoplasms of the liver*. Tokyo: Springer—Verlag 1987; 105—125.
17. *Heilo A., Stenwig A.E.* Liver hemangioma: US-guided 18-gauge core-needle biopsy. *Radiology* 1997; 204: 3: 719—722.
18. *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.
19. *Ishak K.G., Rabin L.* Benign tumors of the liver. *Med Clin North Am* 1975; 59: 4: 995—1013.
20. *Koszka A.J., Ferreira F.G., de Aquino C.G. et al.* Resection of a rapid-growing 40-cm giant liver hemangioma. *World J Hepatol* 2010; 2: 7: 292—294.
21. *Kuo P.C., Lewis W.D., Jenkins R.L.* Treatment of giant hemangiomas of the liver by enucleation. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 1: 49—53.
22. *Lee C.W., Chung Y.H., Lee G.C. et al.* A case of giant hemangioma of the liver presenting with fever of unknown origin. *J Korean Med Sci* 1994; 9: 2: 200—204.
23. *Lerner S.M., Hiatt J.R., Salamandra J. et al.* Giant cavernous liver hemangiomas: effect of operative approach on outcome. *Arch Surg* 2004; 139: 8: 818—821; discussion 821—813.
24. *Namimoto T., Yamashita Y., Sumi S. et al.* Focal liver masses: characterization with diffusion-weighted echo-planar MR imaging. *Radiology* 1997; 204: 3: 739—744.
25. *Ng W.W., Cheung Y.S., Lee K.F. et al.* Is regular follow-up scan for giant liver haemangioma necessary? *Hong Kong Med J* 2007; 13: 5: 353—358.
26. *Ozden I., Emre A., Alper A. et al.* Long-term results of surgery for liver hemangiomas. *Arch Surg* 2000; 135: 8: 978—981.
27. *Pateron D., Babany G., Belghiti J. et al.* Giant hemangioma of the liver with pain, fever, and abnormal liver tests. Report of two cases. *Dig Dis Sci* 1991; 36: 4: 524—527.
28. *Pietrabissa A., Giulianotti P., Campatelli A. et al.* Management and follow-up of 78 giant haemangiomas of the liver. *Br J Surg* 1996; 83: 7: 915—918.
29. *Pol B., Disdier P., Le Treut Y.P. et al.* Inflammatory process complicating giant hemangioma of the liver: report of three cases. *Liver Transpl Surg* 1998; 4: 3: 204—207.
30. *Schnelldorfer T., Ware A.L., Smoot R. et al.* Management of giant hemangioma of the liver: resection versus observation. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 6: 724—730.
31. *Semelka R.C., Brown E.D., Ascher S.M. et al.* Hepatic hemangiomas: a multi-institutional study of appearance on T2-weighted and serial gadolinium-enhanced gradient-echo MR images. *Radiology* 1994; 192: 2: 401—406.
32. *Semelka R.C., Martin D.R., Balci C., Lance T.* Focal liver lesions: comparison of dual-phase CT and multislice multiplanar MR imaging including dynamic gadolinium enhancement. *J Magn Reson Imaging* 2001; 13: 3: 397—401.
33. *Terkivatan T., de Wilt J.H., de Man R.A. et al.* Indications and long-term outcome of treatment for benign hepatic tumors: a critical appraisal. *Arch Surg* 2001; 136: 9: 1033—1038.
34. *Trotter J.F., Everson G.T.* Benign focal lesions of the liver. *Clin Liver Dis* 2001; 5: 1: 17—42.
35. *Tung G.A., Cronan J.J.* Percutaneous needle biopsy of hepatic cavernous hemangioma. *J Clin Gastroenterol* 1993; 16: 2: 117—122.
36. *Von Herbay A., Vogt C., Willers R., Haussinger D.* Real-time imaging with the sonographic contrast agent SonoVue: differentiation between benign and malignant hepatic lesions. *J Ultrasound Med* 2004; 23: 12: 1557—1568.
37. *Weimann A., Ringe B., Klempnauer J. et al.* Benign liver tumors: differential diagnosis and indications for surgery. *World J Surg* 1997; 21: 9: 983—990; discussion 990—981.

Поступила 02.03.12