

Р. А. Хвастунов, О. В. Широков, А. М. Лялюев

Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоградский областной клинический онкологический диспансер № 1,
Волгоградский областной уронефрологический центр

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПРАВСТОРОННЕЙ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТА С ПРОГНОЗИРОВАННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА

УДК 616.36-089:616.36-006

Представлен опыт успешной правосторонней гемигепатэктомии у пациента с ожирением и массивной гемотрансфузией.

Ключевые слова: первичный рак печени, правосторонняя гемигепатэктомия.

R. A. Khvastunov, O. V. Shyrokov, A. M. Laluev

A CASE OF SUCCESSFUL RIGHT HEPATECTOMY IN PATIENT WITH OBESITY AND MASSIVE BLOOD TRANSFUSION

The paper presents a successful right hepatectomy in an obese patient after massive blood transfusion.

Key words: primary liver cancer, right hepatectomy.

Впервые успешная анатомичная гемигепатэктомия была выполнена Wendell в 1911 г. Следуя линии Rex — Cantlie он удалил правую долю печени, после чего больной прожил 9 лет [1]. Несмотря на вековую историю первого успеха, резекционная хирургия печени получила существенное развитие лишь в последние 20 лет. Главным образом, это связано с прогрессом методов предупреждения и минимизации массивной кровопотери при разделении печеночной паренхимы. Традиционным набором современной гепатологической клиники является аппарат для ультразвукового интраоперационного исследования, оборудование для малокровного рассечения печени (скальпели лазерный плазменный, гармонический, водоструйный), средства для окончательного гемостаза на границе резекции печени (аргоновый коагулятор, тахокомб, тиссукол и пр.), вспомогательные средства (аппарат для реинфузии крови, радиочастотный термоаблатор, криохирургическая установка), средства для экстракорпоральной детоксикации (искусственная почка, искусственная печень) [2]. Экономические реалии современной России позволяют сконцентрировать такое оборудование в ограниченном числе специализированных столичных клиник, что не способствует повсеместному развитию отечественной хирургической гепатологии. И все-таки хирургам провинции периодически приходится сталкиваться со сложной проблемой выбора в оказании помощи больным с узловыми новообразованиями печени. Как правило, эти случаи связаны с полной мобилизацией хирургической техники.

Мы приводим клинический пример одной из самых сложных гемигепатэктомий, выполненных нами в последнее время, и отмечаем, что, имея определенный опыт обширных резекций печени, мы сумели предвидеть ряд грозных осложнений, развившихся в данном случае. Заблаговременное их прогнозирование позволило привлечь потенциал смежных лечебных учреждений и достигнуть благоприятного исхода.

Больной Л., 35 лет, майор юстиции, 14.10.2011 г. поступил в торакоабдоминальное отделение Волгоградского областного клинического онкологического диспансера (ВОКОД) № 1 с направительным диагнозом: злокачественное новообразование (ЗНО) правой доли печени. Диагноз поставлен на основании ультразвукового исследования (УЗИ), проведенного в госпитале МВД. Жалоб не предъявляет. При осмотре и обследовании в клинике ВОКОД обращает внимание выраженное ожирение. При росте 183 см масса тела составила 135 кг, индекс массы тела равен 40,3 %. Отклонений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем не обнаружено. Проведено инструментальное обследование, исключившее метастатический характер опухоли печени и наличие occultной первичной опухоли.

Компьютерная томография (КТ) и УЗИ, проведенные в ВОКОД, показали опухоль в 7 и 8 сегменте правой доли печени с участками кальцификации размерами 11 × 7 × 6,8 см с отчетливым синдромом «вымывания» контрастного вещества в венозную фазу (рис. 1). КТ признаки фиброламплярного рака. Расчетное расстояние от края опухоли

ли до устья правой печеночной вены — около 4 см, до медиального края средней печеночной вены — 1 см. Кранио-каудальный размер печени по линии Rex (граница планируемой резекции) 20 см. Возможный конфликт с крупным сосудистым образованием печени и максимальный для нашего опыта ее поперечный размер предвещают массивную кровопотерю.

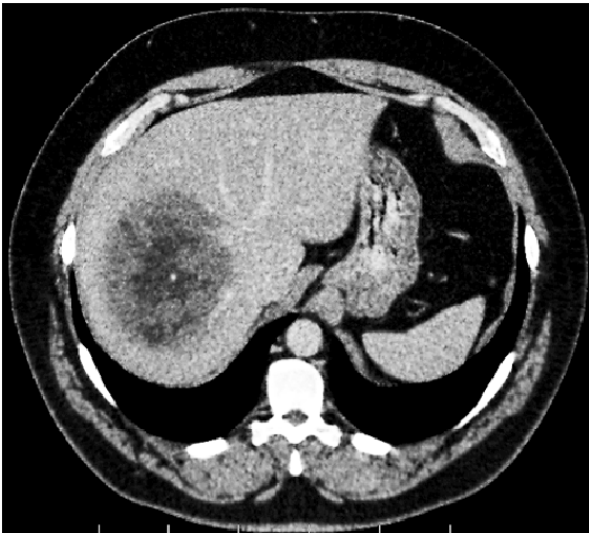


Рис. 1. Компьютерная томограмма больного Л. с обширным поражением правой доли печени

Биохимические показатели — в пределах нормы. Опухолевые маркеры: АФП — 1,95 МЕ/мл (норма 0—10 МЕ/мл), РЭА — 1,5 мкг/л (норма 0—2,5 мкг/л). Расчетный объем циркулирующей крови составил 7177,8 мл с учетом площади тела.

Больному был предложен отъезд в Москву в специализированную клинику. Получен категорический отказ. Сформулирован предоперационный диагноз: ЗНО правой доли печени. Ожирение IV степени. Гипертоническая болезнь (ГБ) II степени, артериальная гипертензия (АГ) II, риск 3. Для предотвращения и борьбы с возможной кровопотерей мы могли себе позволить следующие мероприятия: предоперационная гемодилюция, заготовка аутокрови большого объема 500 мл и свежей донорской эритроцитарной массы около 3 литров, аутоплазмы — 1 л и донорской плазмы — 3 л. Мы располагали 10 пластинами тахокомба 9 × 5 × 0,5 см. Представителем фирмы «Этикон» адресно для данного случая предоставлен гармонический скальпель. Мы провели консультацию с администрацией Волгоградского областного уронефрологического центра (ГУЗ ВОУЦ) о предстоящей в нашей клинике операции, возможной массивной трансфузии донорской эритроцитарной массы и потенциальных почечных осложнениях.

Операция состоялась 01.11.2011. Двухподреберным разрезом широко вскрыта брюшная полость. Выраженное ожирение внутренних органов.

В толще правой доли печени пальпируется плотная опухоль, в гепатодуоденальной связке — гиперплазированный до 2 см лимфатический узел. Произведена толстоигольная биопсия опухоли печени, при срочном цитологическом исследовании — клетки с выраженным полиморфизмом. Лимфоузел удален для срочного морфологического исследования. Ответ морфологов — клеток рака не получено. С учетом макроскопической картины плотной бугристой опухоли, заключения специалистов КТ-диагностики решено выполнить правостороннюю гемигепатэктомию (рис. 2).

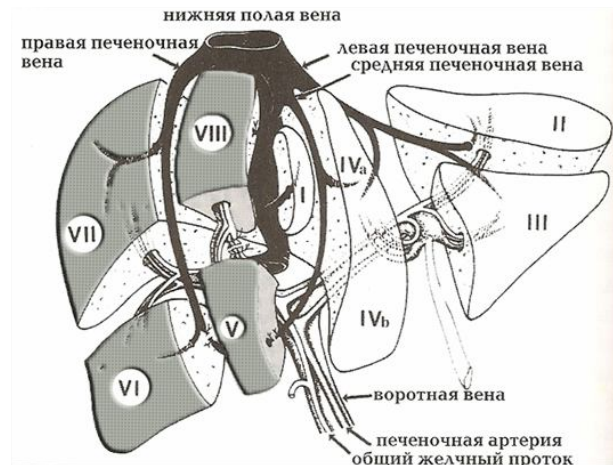


Рис. 2. Объем резецируемой печени (5—8 сегменты)

Ожирение пациента и острый угол операционного действия побудили нас модифицировать доступ вертикальным разрезом по средней линии с рассечением мечевидного отростка. Рассечены коронарная и правая треугольная связки печени. Мобилизованы структуры портальных ворот печени, пережаты правая печеночная артерия, правая портальная вена, правый печеночный желчный проток с предварительной холецистэктомией. Получена четкая демаркационная линия между 4 и 5 сегментом печени. Портальные элементы правой половины печени последовательно перевязаны, пересечены. Мобилизация кавальных структур, правой печеночной вены существенно затруднена глубиной раны, центральным расположением опухоли. Идентифицирована передняя стенка правой печеночной вены. Ее внепеченочный фрагмент не превышает по протяженности 1 см и не может быть обработан без угрозы разрыва. Решено от дальнейшей его мобилизации отказаться, лигирование осуществлять внутripеченочно. По линии демаркации гармоническим скальпелем разъединена паренхима печени на уровне краевых фрагментов практически бескровно. По мере приближения к полой вене и отделении правой доли от средней печеночной вены просвет последней вскрыт дважды, дефекты устранены ушиванием стенки вены. С трудностями в толще печени пере-

вязан короткий ствол правой печеночной вены. Паракавальные фрагменты остающейся левой доли обильно кровоточили. Гемостаз достигнут прошиванием, аппликацией 5 пластин тахокомба, оментопексией. К срезу печени подведены 2 трубчатых дренажа. Брюшная полость ушита послойно. Препарат: удалена правая доля печени с желчным пузырем и опухолью 10 × 7 × 7 см серого цвета фиброзной плотности с включениями желтого цвета.

В ходе всей операции мы старались минимизировать кровотечение, и это удалось нам за исключением финального этапа — обработки правой и средней печеночной вены. Мы не имели неконтролируемых потерь вследствие нештатных ситуаций и в этой связи не использовали полное пережатие гепатодуоденальной связки (Pringle-маневр) и, тем не менее, утратили около 5 литров крови пациента, что составило 70 % ОЦК. Аутокомпоненты заготовленной крови возвращены больному полностью. Объем донорской гемотрансфузии составил 2375 мл, плазматрансфузии — 2500 мл.

В раннем послеоперационном периоде поступление по дренажам скудное. Hb — 64 г/л, Eг $2,05 \times 10^{12}$. Виращ трансаминаз печени до 80 норм (Алат — 1978 u/l, Асат — 2949 u/l) с ежедневным

уменьшением. Однако лабораторные маркеры почечной недостаточности возрастали. К 5 суткам — олигоанурия (суточный диурез 100 мл), гиперкалиемия до 5,4 ммоль/л, креатинин крови — 887 мкмоль/л, мочевина крови — 32 ммоль/л.

07.11.2011 пациент переведен в ГУЗ Волгоградский областной уронефрологический центр для проведения заместительной почечной терапии. Начато лечение гемодиализом. 10.11.2011 проведен сеанс гемодиафильтрации с ультрафильтрацией 1000 мл. Диурез стимулирован лазиксом, проводилась противовоспалительная и противоязвенная терапия. К 19.11.2011 диурез 3,5—4,0 л, почечная недостаточность ликвидирована.

20.11.2011 переведен в торакоабдоминальное отделение ВОКОД № 1, где находился еще в течение 4 месяцев. Столь длительные сроки потребовались для ликвидации подпеченочного дренажа, из которого при промывании поступало 2—3 мл гнойного отделяемого. Все лабораторные показатели нормализовались в течение месяца. На контрольной КТ, выполненной на фоне подпеченочного дренирования 16.03.2012, патологических скоплений жидкости в грудной и брюшной полости не обнаружено, объем регенерации левой доли печени составил 7,5 % (рис. 3).



Рис. 3. Динамика регенерации левой доли печени: (1 — КТ от 07.11.11; 2 — КТ от 16.03.12; 3 — наложение томограмм с выделением исходных размеров)

Дренаж удален. Пациент выписан 26.03.12 в удовлетворительном состоянии без диетических ограничений и массе тела 127 кг (рис. 4).

Неожиданным для нас оказалось заключение морфолога об отсутствии микроскопических признаков злокачественности новообразования правой доли печени. Проведен консилиум морфологов, повторная вырезка препарата. Окончательное коллегиальное заключение — фиброма. Данный диагноз значительно оптимизирует прогноз для полного выздоровления нашего пациента и некоторым образом компрометирует предоперационные выводы рентгенологов. Но даже с позиции полученных знаний ретроспективный анализ компьютерных томограмм обнаруживает все признаки первичной карциномы печени, подлежащей удалению.



Рис. 4. Вид рубца после модифицированного двуподреберного доступа

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, наш клинический пример одной из самых сложных гемигепатэктомий демонстрирует сложность диагностики и лечения распространенных новообразований печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишнеvский В. А., Кубышкин В. А., Чжао А. В. Операции на печени. — М.: Миклош, 2003. — 156 с.
2. Патютко Ю. И. Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени. — М.: Практическая медицина, 2005. — 312 с.