

## УДАЛЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ, СВЯЗАННОЙ С ЖЕЛЧНЫМ ПУЗЫРЕМ

Опухоли печени редко встречаются в детском возрасте. В 2,5 раза чаще наблюдаются злокачественные новообразования органа. На долю злокачественных опухолей печени приходится 0,5-2% всех опухолей детского возраста, включая гемобластозы. Еще реже регистрируются доброкачественные опухоли, среди которых доминируют гемангиомы, составляющие половину всех доброкачественных новообразований (гемангиоэндотелиома, врожденная воспалительная псевдоопухоль, гамартома, аденома, кисты, фокальная узловая гиперплазия). Многие гемангиомы печени остаются нераспознанными в течение всей жизни, за исключением гемангиом, проявляющихся различными симптомами у маленьких детей. Большинство этих сосудистых опухолей протекает доброкачественно и лишь в редких случаях возникают такие тяжелые осложнения как внутрибрюшное кровотечение, возникающее спонтанно, вследствие разрыва опухоли.

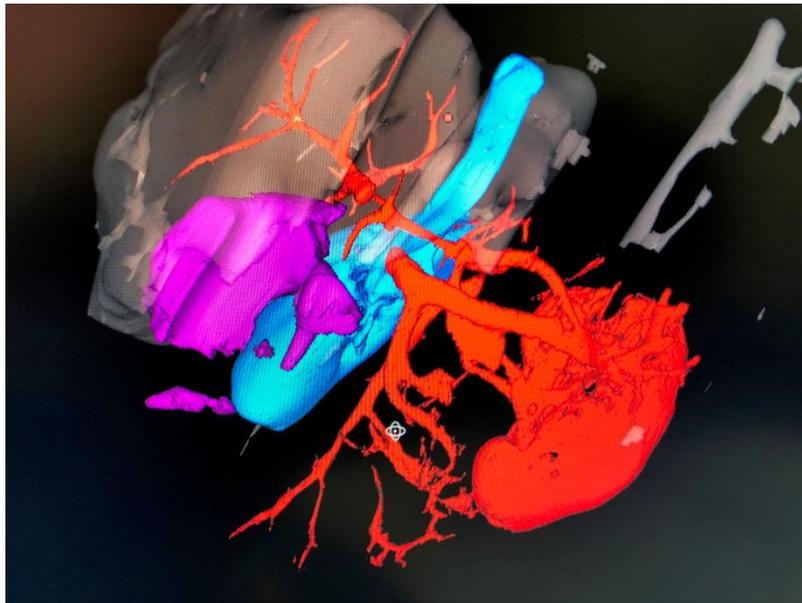
Лучшим способом лечения солитарных гемангиом, окруженных нормальной печеночной тканью, является их удаление. Консервативные методы лечения широко применяются при множественных гемангиомах печени - гемангиоматозах.

*Девочка Р., 5 лет 8 мес, больна с января 2018 г., когда по месту жительства (г. Сургут) во время профилактического осмотра в детском саду, при УЗИ было выявлено новообразование в области центральных отделов печени. При обследовании в городской детской клинической больнице после проведенной компьютерной томографии диагноз опухоли печени был подтвержден. Родители обратились за помощью в НПЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого ДЗ г. Москвы (НПЦ).*

*Состояние ребенка при поступлении субъективно удовлетворительное. Жалоб нет. Со стороны органов и систем дыхания, кровообращения, мочевыделения без особенностей. При осмотре под наркозом в право подреберье и под грудиной определяется округлой формы опухолевидное образование, плотноэластической консистенции, размерами 4-5 см в диаметре. Опухоль не смещается, прилежит к висцеральной поверхности печени.*

*Ребенку проведено комплексное обследование, включающее визуализирующие методы диагностики (анализы крови на опухолевые маркеры, исследование миелограммы, компьютерная ангиография, компьютерное 3D моделирование с использованием программы Murgian (Франция).*

*Проведенное обследование позволило диагностировать опухоль висцеральной поверхности печени, исходящую из IV сегмента левой доли, растущую преимущественно экзофитно. При анализе томограмм отмечена интимная связь опухоли со стенкой желчного пузыря, желчным протоком, возможно с нижней полой веной. Выполненное компьютерное 3D моделирование показало отсутствие связи между опухолью и нижней полой веной (рис. 1).*



*Рис. 1. Компьютерное 3D моделирование с использованием программы Mirian (France). На снимке отчетливо визуализируется опухоль (сиреневый цвет), расположенная на висцеральной поверхности IV сегмента печени. Нижняя полая вена (голубой цвет) не связана с опухолью.*

*Опухолевые маркеры были отрицательными. Регистрировалось некоторое увеличение нейроспецифической енолазы. По совокупности данных можно было думать о доброкачественной природе опухоли печени.*

*1 февраля 2018 г. операция: 1) лапароскопическая ревизия печени и органов брюшной полости; 2) атипичная резекция (A16.14.030).*

*Хирургическая бригада: хирург – проф. Шароев Т. А., асс. Рохоев М. А., к.м.н. Савлаев К. Ф.; операционная сестра - Соловьёва Ю. И.; анестезиолог - Илларионов Ю. В., анестезистка - Догадова Т. Ф.*

*При лапароскопической ревизии создавалось первоначально впечатление, что опухоль исходит из стенки желчного пузыря, окутывая его на 2/3. Однако при более тщательном осмотре была установлена связь новообразования с IV сегментом печени. Принято решение о выполнении открытой операции: атипичной резекции печени с холецистэктомией.*

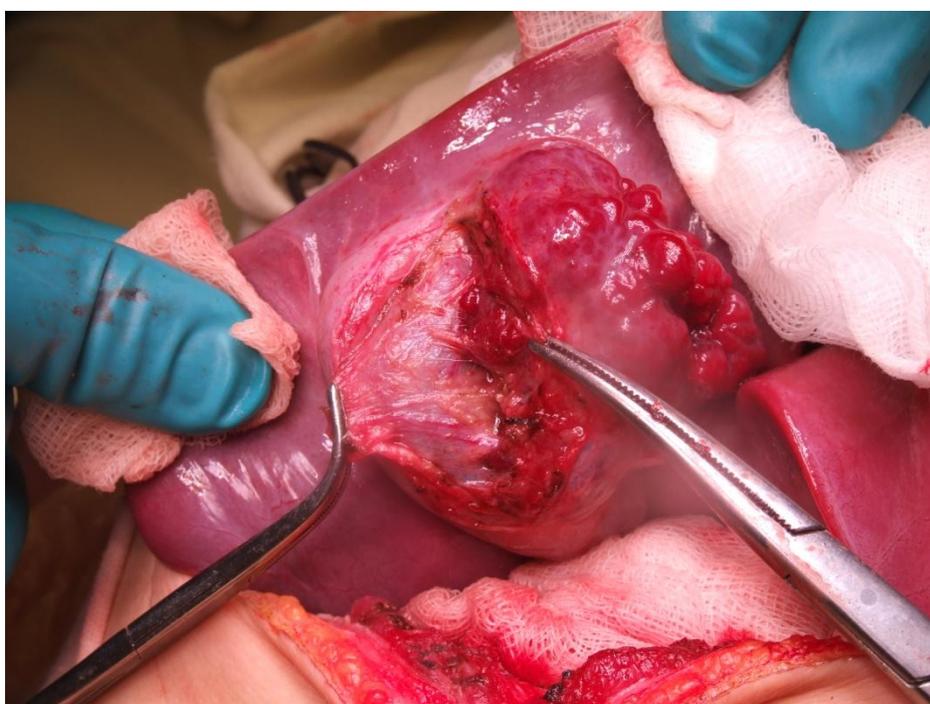
*Двухподреберным разрезом вскрыта брюшная полость, выпота нет. После рассечения и перевязки пупочной вены область IV сегмента печени выведена в рану. Установлено, что опухоль, интимно связана с желчным пузырём, исходит из висцеральной поверхности IV сегмента печени. Опухоль частично переходит границу II и III сегментов печени, стенку желчного пузыря. Нельзя исключить прорастание в желчный пузырь (рис. 2).*

*Тщательная ревизия области желчного пузыря показала, что опухоль имеет нечеткую видимую границу отделяющую стенку желчного пузыря от новообразования. Решено произвести отделение опухоли от желчного пузыря. С определенными техническими трудностями острым путем желчный пузырь отделен от опухоли (рис. 3).*

*С помощью электроиглы намечена граница резекции печени. Водоструйным диссектором (компания ERBE Elektromedizine, Германия) рассечена паренхима печени отступая на 0,5 см от границ новообразования.*

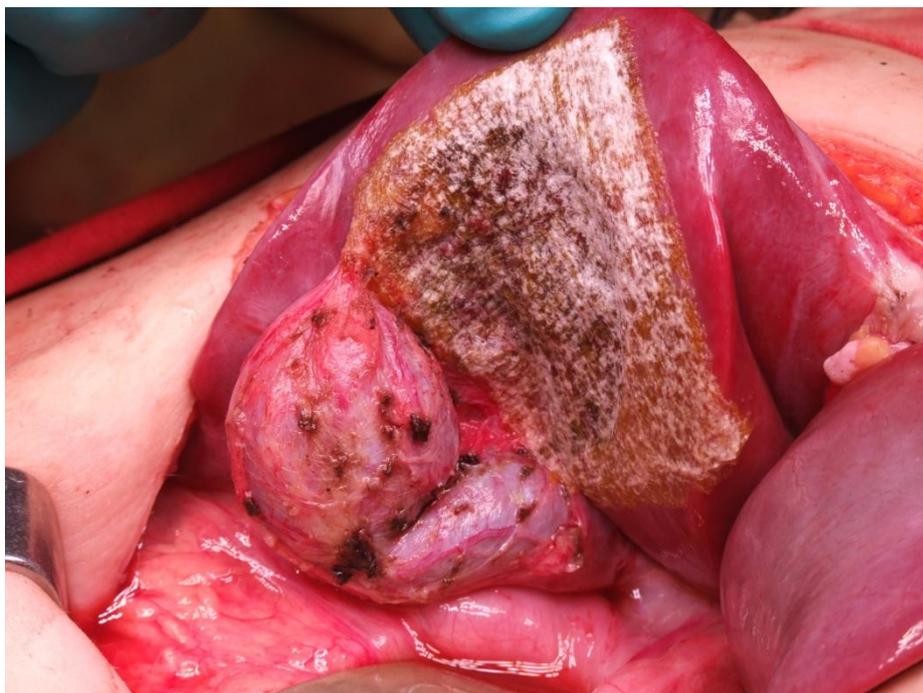


*Рис. 2. На висцеральной поверхности печени в проекции IV сегмента определяется сосудистая опухоль, имеющая вид гемангиомы. Опухоль частично переходит границу II и III сегментов печени, стенку желчного пузыря. Нельзя исключить прорастание в желчный пузырь.*



*Рис. 3. Этап операции. Острым путём стенка желчного пузыря отделяется от интимно прилегающей сосудистой опухоли.*

*Произведена атипичная резекция печени. Опухоль удалена в пределах видимых здоровых тканей. Раневая поверхность печени обработана аргоном и закрыта пластиной Тахо комба (рис. 4).*



*Рис. 4. Внешний вид резецированной печени. Опухоль печени удалена. Раневая поверхность обработана аргоном и закрыта пластиной Тахокомба.*

*Операция прошла без осложнений. Девочка переведена в отделение онкологии на следующий день после операции в удовлетворительном состоянии.*

Таким образом,

- тщательное предоперационное обследование пациента по поводу опухоли печени с использованием современных компьютерных технологий (3D моделирования) позволяют выработать адекватную тактику хирургического вмешательства;
- применение водоструйного диссектора минимизирует травматичность операции и послеоперационного периода.