

ХЕМАНГИОМИ НА ЧЕРНИЯ ДРОБ ЧАСТ II. ЛЕЧЕБНИ АСПЕКТИ

А. Тасева

Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ "Александровска"
Медицински университет – София

LIVER HEMANGIOMAS – PART II: TREATMENT ASPECTS

A. Taseva

Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, UMHAT "Aleksandrovska",
Medical University – Sofia

Резюме: Чернодробните хемангиоми са най-честите доброкачествени тумори на черния дроб, обикновено малки и неподлежащи на лечение. В поведението към пациентите с големи хемангиоми има редица противоречия. Усложнените с консумативна коагулопатия хемангиоми и тези с тежки, често животозастрашаващи симптоми и усложнения обикновено подлежат на хирургично или на друг тип лечение. В този обзор представяме различните индикации и методи за лечение на големите чернодробни хемангиоми – транскатетърна артериална емболизация, лигиране на чернодробни съдове, склеротерапия, хирургични процедури – енуклеация и различни типове на чернодробни резекции. Дискутира се и въпросът за интраоперативния васкуларен контрол.

Ключови думи: черен дроб, хемангиом, лечение

Адрес за кореспонденция: Д-р Анна Тасева, Клиника по обща и чернодробно-панкреатична хирургия, УМБАЛ „Александровска“, Медицински университет, ул. „Г. Софийски“ № 1, 1431 София, тел.: 02 9230 262, e-mail: annataseva85@gmail.com

Summary: Liver hemangiomas are the most common benign liver tumors, usually small in size and requiring no treatment. Management of patients with giant hemangiomas of the liver encounters persistent controversy. The hemangiomas complicated with consumptive coagulopathy (Kasabach-Merritt syndrome) and those causing severe incapacitating symptoms, however, are generally considered as indicated for surgical resection or other type of treatment. In this review, we present various indications and methods of treatment of giant hepatic hemangiomas: transcatheter arterial embolization, ligation of liver vessels, sclerotherapy, surgical procedures – enucleation and various type of liver resections. The question of intraoperative vascular control was also discussed.

Key words: liver, hemangioma, treatment

Address for correspondence: D-r Anna Taseva, Department of General and Liver-Pancreatic Surgery, UH "Aleksandrovska" – Sofia, Medical University – Sofia, 1 "G. Sofiyski" st., Sofia, tel.: 02 9230 262, e-mail: annataseva85@gmail.com

Последните три десетилетия на миналия век и досега, са белязани с бурното развитие на чернодробната хирургия. Редица фактори са предпоставка за прогресивно нарастване на оперативната

активност, което засяга не само случаите на злокачествени заболявания на черния дроб, но и тези с доброкачествени огнищни лезии, в т.ч. и хемангиомите. Те обаче невинаги са показани за хирур-

гично лечение. В началния етап от развитието им поради отсъствието на патогномични признаци и оскъдната клиника се установяват най-често случайно при ехографски преглед по друг повод [1, 4]. В този етап те подлежат на активно наблюдение [23, 37]. Но с напредване на патологичния процес е възможно развитието на животозастрашаващи усложнения – руптури с масивни кръвоизливи, нарушение на порталното кръвообращение при локализация в близост до порта хепатис, компресионен синдром към околните органи и т.н. [5]. При веднъж установен чернодробен хемангиом възниква въпросът как да бъде лекуван. В литературата се обединяват две групи лечебни мероприятия – палиативни и радикални методи на лечение.

ПАЛИАТИВНИ МЕТОДИ

Емболизация на чернодробните артерии

Патогенетичната обосновка на емболизацията на чернодробните артерии се базира на съвременните данни за кръвотока в черния дроб. Установено е, че при някои патологични състояния, като хемангиоми, ангиодисплазии, хиперваскуларни тумори, артериалният приток нараства и достига 45-75% [39, 41]. От друга страна, морфологични проучвания доказват, че независимо от факта, че хемангиомите се състоят преимуществено от каверни от синусоиден и венозен тип, кръвоснабдяването на тумора идва основно по системата на хепаталните артерии [39]. Тези анатомо-физиологични предпоставки са базата за приложението на емболизацията в клиничната практика. За оклузията на чернодробните артерии се използват различни материали – поливинилов спирт, етилов спирт, цианокрилат, Gelfoam, липидодол, метални спирали, хемостатична гъба, силиконови балони, микросвери от активен въглен или хидрогел [21, 67]. Стремелът е да се постигне устойчива оклузия [41]. Счита се, че с емболизацията на малките вътресегментни и сегментни артериални клончета се постигат подобри резултати, отколкото при оклузията на проксимални крупни съдове – дясна, лява, собствена или дори обща чернодробна артерия, поради богатата колатерална мрежа в черния дроб [21]. Други автори не споделят това становище и извършват или проксимална емболизация с метални спирали, или комбинирана последователна – с микроемболи в малките клончета и проксимална такава най-често със спирали [5]. Като недостатъци на метода се изтъква, от една страна, само редуцията на обема на хемангиома, а от друга – възникването при част от пациентите на постемболизационен синдром – болки в дясното подребрие, повръщане,

позитивиране на чернодробните ензими, фебрилитет, риск от гангренозен холецистит, абсцедиране, склерозиращ холангит [63]. Отбелязва се обаче, че описаните смущения отзвучават обикновено спонтанно за 2-3 седмици [5]. В тази връзка се въвежда т.нар. „щадяща“ емболизация, извършвана последователно през 1-2 месеца.

Приложението на емболизацията днес според повечето автори се мотивира в няколко направления [21, 40, 57, 68]:

1. За дефинитивно лечение на чернодробните кавернозни хемангиоми, с което независимо от липсата на цялостен анатомичен ефект се постига отпадане на клиничната симптоматика;

2. Като предоперативна подготовка в случаи на много големи хемангиоми с цел намаляване на обема на формацията и редуциране на риска от значима кръвозагуба;

3. При множествена хемангиоматоза, засягаща и двата чернодробни лоба, и близост на процесите с порталната и кавалната врата на органа, където хирургичното лечение е опасно и безперспективно;

4. При нерезектабилни симптоматични хемангиоми.

Редица автори [5, 18, 63] обаче изтъкват недостатъците на емболизацията и лигирането на чернодробни артерии, като акцентират върху: несигурност в редуцията на кръвотока през хемангиома и съответно в намаляването на размера му, като резултат от аномални артериални съдове, реканализация на емболизирания участък, реартериализацията от развиваща се колатерална мрежа, наличие на артериовенозни и артериопортални шънтове, което компрометира емболизацията, технически трудности по изпълнение на процедурата.

Лигиране на чернодробните артерии

Лечението на чернодробни тумори чрез деартериализация по пътя на лигиране на хранещия артериален съд е предложено за първи път от J. Markowitz, 1952 г. Оттогава редица автори използват метода с различна успеваемост, но с близо 50% смъртност, главно при руптури на черен дроб и чернодробни тумори с животозастрашаваща хеморагия [5]. Страхът от процедурата се основава на риска от възникване на септична некроза, несъвместима с живота, а Iwatsuki, 1990 г., счита процедурата за безперспективна [34, 41]. От друга страна, има редица съобщения за успешно лечение на отделни случаи с разпространен дифузен хемангиом, застойна сърдечна недостатъчност при деца и синдром на Kasabach – Merritt с лигиране на съответна чернодробна артерия. Клиниколабораторните показатели показват временни отклонения от референтните стойности. Независимо от

противоречивите съобщения, показанията за приложение на този метод на лечение повтарят логично тези за емболизацията [35, 45].

Пункционно склерозиране

Пункционното склерозиране като метод за лечение при несъдовите туморни образувания се базира на предизвикването на некроза, а при хемангиомите – на бързото разрушаване на съдовия ендотел и тромбообразуване, което се последва от склерозиране [29]. Склерозиращите агенти трябва да постигат този ефект, без да предизвикват странични явления. За тази цел се използват различни агенти, като 96% етанол, етаноламин в съчетание с тромбин и цифалотин, сатродекол със или без високопроцентен глюкозен разтвор, етоксисклерол и други [30, 38]. Включването към склерозиращия агент на водоразтворимо рентгеноконтрастно вещество повишава ефективността и прави възможен контрола върху лечебния процес не само с ехография, но и с рентген [68]. За самата пункция се използва игла на Chiba, като по правило тя се въвежда през 3-5 cm здрав чернодробен паренхим за превенция на интраперитонеален кръвоизлив. Количеството на въвеждания препарат зависи от големината, броя и вида на хемангиома – кавернозен, капилярен или смесен, но не бива да превишава 100,0 ml на една процедура. Могат да се извършват няколко пункции през различен интервал [29]. Анализът на повечето автори показва, че при около 50% от така третирани пациенти с хемангиоми на черния дроб се постигат удовлетворителни резултати, но с неясна продължителност на ефекта, което потвърждава палиативния характер на това лечение [38]. Като показания за приложението му се сочат тумори до 5,0 cm в диаметър, такива в близост до порталната и/или кавалната врата на черния дроб или случаи с множествени поражения [29, 68].

За лечение на чернодробните хемангиоми се прилагат и **други методи**, резултатите от които все още се проучват, като локална феромагнитна емболизация, извършвана в хода на лапаротомия или чрез транскутанно пунктиране, перкутанна или лапароскопска радиофреквентна деструкция, фракционирано целенасочено облъчване на черния дроб, криодеструкция [25, 30, 31, 48].

Радикално хирургично лечение на чернодробните хемангиоми

Решението за хирургично лечение несъмнено се базира на много фактори – големината на туморното образувание, локализацията, яснотата по хистологичната принадлежност, комбинацията от предните, състояние на пациента, коморбидитет, но още от-

тук има сериозно разногласие [17, 51]. Едни автори считат, че туморите над 4-5 cm, определяни като „giant“, подлежат на оперативно лечение [23, 66]. Други, базирайки се на съобщения за сравнително стабилните размери на хемангиомите и отсъствието на ритмично уголемяване във времето, редките усложнения, препоръчват наблюдение [62, 64]. Трети смятат, че хемангиомите трябва да се оперират при големина над 5,0 cm и да не се изчаква тяхното разрастване поради завишаване на риска от интраоперативна хеморагия с нарастването им [2, 64]. Някои считат, че операцията е необходима за формации над 10 или дори 20 cm [35, 49]. Отдава се значение повече на темпа на нарастване, отколкото на самия размер [2, 23]. Като цяло поддръжниците на активната хирургична тактика извършват оперативните интервенции превантивно, опасявайки се от животозастрашаващи усложнения като вътретуморна хеморагия, хеморагия с хемоперитонеум или хемобилия, възникване на сърдечна недостатъчност във връзка с артериопортално шънтиране на кръвта [50, 64]. Асоциираната с големи хемангиоми коагулопатия също се сочи като основание за оперативно лечение [27, 32, 52]. При вземане на решение за операция се отдава значение на субективните оплаквания, които обикновено са свързани с размера на формацията [51, 66]. Но от друга страна, те могат да се повлияват и с палиативни методи на лечение [23], които обаче имат съмнителни резултати в по-отдалечен период от време [5, 63]. Повечето автори се обединяват около мнението, че хемангиомите, локализирани в близост до vena cava inferior и главните клонове на vena portae, както и при венозния пач на venae hepaticae, създават неприемлив риск от интраоперативна хеморагия съобразно доброкачествения характер на образуването [2, 12, 50, 55]. Да се оперира поради неяснота относно характера на тумора при диагностичната чувствителност и специфичност на съвременните образни методи трябва да е изключение [43, 61], но в научните съобщения в хирургичната периодика това е често показание за хирургично лечение [17, 47]. Има затруднения в диференциалнодиагностичен план особено при множествените, до около 3,0 cm хемангиоми и при склерозирани форми [61].

Оперативни интервенции

Първата хирургична интервенция за чернодробен хемангиом е извършена от Von Eiselberg през 1893 година [25]. По-късно редица автори съобщават за оперативно отстраняване на все по-голям брой хемангиоми. Въвеждането в практиката на съвременни апарати за разединяване на чернодробния паренхим относително безкръвно, като

Cavitron ultrasonic surgical Aspirator, Helix Hydro-Jet Cutter, bipolar vessel sealing device (Liga-Sure) и Harmonic scalpel, допринася за развитието на резекционната чернодробна хирургия [25]. Но докато по отношение на злокачествените заболявания на черния дроб има консенсус, то и до днес не е достигнато единомислие относно различни аспекти от хирургичното лечение за доброкачествени тумори, в това число и за хемангиомите [3, 7]. Честотата на резекционната активност варира между 67-80% [23, 35], но през последните години има тенденция към спад [46]. В технически аспект в литературата се коментират, често с противоречиви мнения, двата основни подхода за отстраняване на хемангиомите – различни по обем чернодробни резекции и енуклеация [6]. Чернодробните резекции могат да бъдат едно-, би-, трисегментни, десни или леви хемихепатектомии или лобектомии [15]. Противоречиви са мненията относно избора на чернодробните резекции – анатомични и атипични [7]. При анатомичните резекции с отстраняването на хемангиома отпадат автономни по съдово-секреторното си устройство части от черния дроб, като се запазват същите по отношение на останалия чернодробен паренхим [7]. Технически тази резекция може да се извърши след предварително лигиране на съответните съдособилиарни структури в хилуса на черния дроб или през паренхима по фисуралния способ [17]. В случаите, в които формацията надхвърля пределите на сегмента и лоба, типичната резекция може да се съчетае с атипично отстраняване на прилежащ участък от други анатомични части на черния дроб [35]. По мнението на редица автори типичната резекция е показана при значителни по своя обем хемангиоми, единични или множествени, анагажиращи 2, 3 сегмента от даден лоб, локализиращи дълбоко в паренхима [17]. От друга страна, тя е силно затруднена при централно локализираните тумори, в парамедианните сегменти [35]. Ch. Scudamore (2000 г.), описвайки своя опит с т.нар. мезохепатектомия, счита, че тя може да се асоциира с ниска честота на компликации и дори със съкратен следоперативен престой, но я извършва рядко за доброкачествени тумори на черния дроб [53].

Атипичните резекции на черния дроб се характеризират с това, че резекционната линия не се съобразява със съдово-секреторната автономия и съответно сегментните граници, поради което е показана при по-малки хемангиоми, краевни и повърхностно локализираните [24]. Подходяща е и при множествени поражения на несъседни сегменти [47]. При хирургичното лечение на доброкачествените тумори на черния дроб, като хемангиомите,

липсва необходимост от онкологично съобразено отстояние от границите на образуването. В този аспект основно изискване е съхраняването на здравия паренхим в максимална степен [24]. Атипичната резекция на черния дроб често отговаря по-добре на това изискване при определени локализации, поради което е предпочитана от някои хирурзи [6]. F. Nichols (1989 г.) препоръчва в случаите, когато е възможно, да се лигират предварително хранещите хемангиома съдове, което силно редуцира размера (обема) и намалява риска от значима интраоперативна кръвозагуба [44]. K. Riesener (1990 г.) заключава, че характерът на чернодробната резекция зависи от големината и локализацията на патологичния процес [50].

Енуклеацията е оперативен метод, описан за първи път от Alper (1988 г.), който се базира на факта, че на границата между хемангиома и притиснатия чернодробен паренхим има различно развита фиброза като псевдокапсула, а непосредствено до нея съдовете са слабо изразени [6, 10, 35]. Schwartz (1987 г.) коментира различните типове хирургични намеси и подчертава, че при централно локализираните неголеми хемангиоми енуклеацията с постепенно лигиране на съдовете по хода на тумора е подходяща и щадяща интервенция [52]. Съхраняването на здравия чернодробен паренхим, оскъдната кръвозагуба са част от изтъкваните достоинства на този оперативен метод [6, 35, 37]. През последните години се отчита стабилен възходящ тренд на енуклеациите спрямо резекциите за хемангиоми на черния дроб [10, 51]. Според редица автори този тип интервенция е възможна при 38-79% от случаите [49, 51, 66].

През последните две десетилетия се появиха и зачестяват съобщенията за успешно отстраняване на чернодробни хемангиоми чрез лапароскопски операции [22, 28]. Стремехът към намаляване на оперативната травма на коремната стена, което лимитира следоперативните усложнения като инфекции, евентрации и др., при по-добър козметичен ефект не е в противоречие със сигурността интраабдоминално [11]. Pier Giulianotti (2011 г.) съобщава за лапароскопска дясна хемихепатектомия за голям хемангиом чрез роботизирана хирургия [28], интервенция, която придобива все по-голяма масовост [16].

Изключителен проблем остава хирургичното лечение на руптурирани чернодробни хемангиоми [15, 28]. Медицинската статистика отчита редкостта на това усложнение – 3-5%, но в същото време смъртността достига 75% [12]. В условията на тежък хемоперитонеум вследствие на руптура са възможни както радикални операции – резекция

на засегнатата част от черния дроб, но с голяма смъртност, така и палиативни интервенции – масивни П-образни шевове през хемангиома, оментална тампонада, тампонада с ленти и хемостатични гъби, лигиране на съответната хепатална артерия, емболизация като подготовка за радикална операция или като самостоятелен метод, но също с висока смъртност [17, 60, 65].

При т.нар. „неотстраними“ чернодробни хемангиоми от гледна точка на огромните им размери и риска от смъртоносна руптура с кръвоизлив те се обсъждат по строг протокол за чернодробна трансплантация като единствен радикален и ефективен подход [17, 40].

Огромното разнообразие от хемангиоми с различна локализация, големина, брой и морфологични особености налага в някои случаи комбинираното приложение на различни хирургични и нехирургични процедури, в един или няколко последователни етапа. При много големи солитарни тумори с цел намаляване на потенциалния риск от животозастрашаваща интраоперативна хеморагия се извършва на първи етап ендоваскуларна процедура – емболизация или локална феромагнитна емболизация. На втори етап се предприема радикалната оперативна интервенция – резекция в зависимост от локализацията и разпространението на патологичния процес [9, 54, 59]. Друго, често срещано се съчетание е емболизация с последващо склерозизиране, което се базира на недостатъчния ефект от ендоваскуларната процедура [1, 4, 29]. В случаите на множествена хемангиоматоза, с ясно развити се отделни туморни формации обикновено в един или в последователни етапи се извършва резекционна процедура с отстраняването на едно или на няколко от образуванията, а за останалите се прилагат други лечебни мероприятия, като склерозизиране, крио- или радиофреквентна деструкция [1, 2, 23]. Комбинираният подход дава възможност да се ограничи броят на разширените чернодробни резекции, което намалява и следоперативните компликации [54].

Васкуларният контрол по време на чернодробна резекция се счита за разковниче на успешното провеждане на намесата [36]. Този факт е с особена сила, що се отнася до хирургичните намеци за т.нар. „giant“ хемангиоми. Известни са различни варианти за васкуларен контрол [13, 58]:

1. Контрол на входящия кръвоток – Pringle маньовър, селективен контрол на входящия кръвоток;
2. Контрол на входящия и изходящия кръвоток – тотално съдово изключване на черния дроб със или без кавално клампиране и хемихепатално съдово изключване;

3. Контрол на входящия кръвоток със субхепатално клампиране на vena cava.

В практиката поради лесното техническо изпълнение е популярен т.нар. Pringle маньовър, който фактически представлява клампиране на порталната триада в lig. hepatoduodenale – a. hepatica, v. portae, d. choledochus [13, 33]. В търсене на решение на проблема с толерантността на паренхимата се предлагат различни варианти на селективен контрол с цел намаляване на артериалната исхемия и венозния портален застой в дроба като цяло чрез хемихепатално клампиране [43] или интермитентен подход [20]. Недостатък на Pringle маньовъра е липсата на контрол върху ретроградното кървене от чернодробните вени, което доведе в практиката до приложението на тоталното съдово изключване. Технически то се изпълнява, като последователно се клампират съдособилиарните структури в lig. hepatoduodenale, суб- и супрахепатално vena cava. Възстановяването на кръвотока става в обратен ред [13]. При тази процедура хемодинамиката тежко се срива, поради което е необходима интензивна анестезиологична корекция – обемно заместване, вазопресори, без които морталитетът достига 30% [57, 58]. Поради това методът се заменя с тотално съдово изключване с екстрахепатален контрол на venae hepaticae, със запазване на кавалния кръвоток. Тази техника може да се осъществява хемихепатално или интермитентно [19]. Belghiti et al. (1996 г.) първи предлагат вариант на васкуларен контрол, при който към Pringle маньовър се добавя субхепатално клампиране на vena cava с добър хемодинамичен толеранс, което не налага анестезиологична поддръжка [14]. Към момента интермитентният Pringle маньовър, евентуално в комбинация със субхепатално кавално клампиране, е най-често прилаганият метод поради лесното техническо изпълнение, достатъчната ефективност при отсъстващи до слаби хемодинамични смущения [8].

В заключение може да се каже, че адекватният диференциран подход при всеки отделен пациент с хемангиом на черния дроб е най-прекия път към успешното му лечение.

Библиография

1. Абдуллаев, А. Г. Диагностика и хирургическо лечение гемангиом печени (обзор литературы). – Хирургия, **6**, 1990, 135-140.
2. Вишневский, В. Диагностика и хирургическо лечение кавернозных гемангиом печени. – Хирургия, **2**, 1996, 24-27.
3. Гальперин, Э. и А. Мочалов. Диагностика и хирургическо лечение гемангиом печени. – Хирургия, 1984, № 7, 61-64.
4. Ганнота, В. Диагностика и хирургическо лечение опухолей печени. Автореф. дис. канд. мед. наук. Томск, 1991, 22.

5. Гранов, А. и В. Польшалов. Гемангиомы печени. Изд. Гиппократ, 1999, 226.
6. Чикотеев, С. и А. Агрызков. Показания к операции и выбор хирургической техники при гемангиомах печени. – *Анналы хирургической гепатологии*, **1**, 1996, 262-263.
7. Шапкин, В. и Ж. Гриненко. Хирургия доброкачественных опухолей печени. – *Вестн. Хирургии*, **127**, 1981, № 9, 43-47.
8. Abdalla, E., R. Noun et J. Belghiti. Hepatic vascular occlusion: which technique? – *Surg. Clin. N. Am.*, **84**, 2004, 563-585.
9. Akamatsu, N. et al. Giant liver hemangioma resected by trisectorectomy after efficient volume reduction by transcatheter arterial embolization: a case report. – *J. Med. Case Rep.*, **4**, 2010, 283-286.
10. Alper, A. et al. Treatment of liver hemangiomas by enucleation. – *Arch. Surg.*, **123**, 1988, 660-661.
11. Ardito, F. et al. Laparoscopic liver resection for benign disease. – *Arch. Surg.*, **142**, 2007, № 12, 1188-1193.
12. Aseni, P. et al. Hepatic hemangiomas: selection of criteria for surgical treatment. – *AJR*, **42**, 1987, 469-473.
13. Belghiti, J. Vascular isolation techniques in liver resection. – In: *Surgery of the Liver and the Biliary Tract*. L. M. Blugmart, ed. New York, NY, USA, Churchill Livingstone, 2001, pp. 1715-1724.
14. Belghiti, J. et al. Portal triad clamping or hepatic vascular exclusion for major liver resection. A controlled study. – *Ann. Surg.*, **224**, 1996, 155-161.
15. Belli L. et al. Surgical treatment of symptomatic giant hemangiomas of the liver. – *Surg. Gynecol. Obstet.*, **174**, 1992, № 6, 474-478.
16. Buell, J. et al. Experience with more than 500 minimally invasive hepatic procedures. – *Ann. Surg.*, **248**, 2008, № 3, 475-486.
17. Brouwers, M. et al. Surgical treatment of giant haemangioma of the liver. – *Br. J. Surg.*, **84**, 1997, 314-316.
18. Chang, M. et al. Early treatment for symptomatic giant hepatic hemangioma: Report of three cases and literature review. – *Surgery Journal*, **4**, 2007, 45-49.
19. Cherqui, D. et al. Hepatic vascular exclusion with preservation of the caval flow for liver resections. – *Ann. Surg.*, **230**, 1999, 24-30.
20. Clavein, P. et al. Protective effects of ischemic preconditioning for liver resection performed under inflow occlusion in humans. – *Ann. Surg.*, **232**, 2000, 155-162.
21. Deutsch, G. et al. Embolization for management of hepatic hemangiomas. – *Am. Surg.*, **67**, 2001, 159-164.
22. Descottes, B. et al. Laparoscopic liver resection of benign liver tumors. – *Surg. Endosc.*, **17**, 2003, № 1, 23-30.
23. Erdogan, D. et al. Management of liver hemangiomas according to size and symptoms. – *J. Gastroenterol. Hepatol.*, **22**, 2007, 1953-1958.
24. Fergusson, J. et N. Tait. Resection for hepatic hemangiomas. – *J. Gastroenterol. Hepatol.*, **22**, 2007, 1705.
25. Foster, J. History of liver surgery. – *Archsurg.*, **126**, 1991, 381-387.
26. Gaspar, L. et al. Radiation therapy in the unresectable cavernous hemangioma of the liver. – *Radiother. Oncol.*, **29**, 1993, № 1, 45-50.
27. Giuliante, F. et al. Reappraisal of surgical indications and approach for liver hemangioma: single-center experience on 74 patients. – *The Am. J. Surg.*, **201**, 2011, 741-748.
28. Giulianotti, P., P. Addeo et F. Bianco. Robotic right hepatectomy for giant hemangioma in a Jehovah's Witness. – *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.*, **18**, 2011, 112-118.
29. Gou, W. et al. Source of blood supply of liver cavernous hemangioma and sclerosis and embolization treatment. – *China, Natl. J. New Gastroenterol.*, **3**, 1997, № 3, 147-149.
30. Gorvin, J., A. Moscona et N. Calderon. Treatment of hemangiomas by sclerosing agents: an experimental and clinic study. – *Ann. Plastic. Surg.*, **18**, 1887, № 6, 464-469.
31. Hinshaw, J. et al. Multiple-electrode radiofrequency ablation of symptomatic hepatic cavernous hemangioma. – *AJR, Am. J. Roentgenol.* **189**, 2007, № 3, W146-149.
32. Hobbs, K. Hepatic hemangiomas. – *World J. Surg.*, **14**, 1990, № 4, 468-471.
33. Huguet, C. et al. Liver ischemia for hepatic resection: where is the limit? – *Surgery*, **111**, 1992, 251-259.
34. Iwatsuki, Sh., S. Todo et T. Starzl. Excisional therapy for benign hepatic lesions. – *Surg. Gynecol. Obstet.*, **171**, 1990, № 3, 240-246.
35. Jiang, H. et al. Surgical management for giant liver hemangiomas greater than 20 cm in size. – *Gut Liver*, **5**, 2011, № 2, 228-233.
36. Kooby, D. et al. Influence of transfusions on perioperative and long-term outcome in patients following hepatic resection for colorectal metastases. – *Ann. Surg.*, **237**, 2003, 860-869.
37. Kuo, P., W. Lewis et R. Jenkins. Treatment of giant hemangiomas of the liver by enucleation. – *J. Am. Coll. Surg.*, **178**, 1994, 49-53.
38. Li, G. et al. Study on sclerosing therapy of hemangioma of the liver. – *Chin. J. Exper. Surg.*, **9**, 1992, № 1, 1-3.
39. Li, G. et al. Source of blood supply of liver cavernous hemangioma and sclerosis and embolization treatment. – *China Natl. J. New Gastroenterol.*, **3**, 1997, 147-149.
40. Srivastava, D. et al. Transcatheter arterial embolization in the treatment of symptomatic cavernous hemangiomas of the liver: a prospective study. – *Abdom. Imaging*, **26**, 2001, № 5, 510-514.
41. Liu, X. et J. Dong. Strategies in treatment of adult cavernous hepatic hemangioma. – *J. Dig. Surg. (Chinese)*, **3**, 2004, 380-384.
42. Makuuchi, M., H. Hasagawa et S. Yamazaki. Ultrasonically-guided subsegmentectomy. – *Surg. Gynecol. Obstet.*, **161**, 1985, 346-350.
43. Mathieu, D. et F. Caseiro. Imaging of benign liver lesions. – *JBR-BTR*, **87**, 2004, 76-83.
44. Nichols III, F. C. et al. Bening liver tumors. – *Surg. Clin. North Am.*, **69**, 1989, № 2, 297-314.
45. Nishida, O. et al. The effect of hepatic artery ligation for irresectable cavernous hemangioma of the liver. – *Am. Surg.*, **54**, 1988, № 8, 483-486.
46. Okazaki, N. et al. Radiotherapy of haemangioma cavernosum of the liver. – *Gastroenterology*, **73**, 1977, № 2, 353-356.
47. Ozden, I. et al. Long-term results of surgery for liver hemangiomas. – *Arch. Surg.*, **135**, 2000, 978-981.
48. Park, S. et al. Symptomatic-enlarging hepatic hemangiomas are effectively treated by percutaneous ultrasonography-guided radiofrequency ablation. – *J. Hepatol.*, **29**, 2010.
49. Popescu, I. et al. Liver hemangioma revisited: current surgical indications, technical aspects, results. – *Hepatogastroenterology*, **48**, 2001, 770-776.
50. Riesener, K. et al. Das Leberhamangiom: Diagnostik, Spontanverlauf, Komplikationen (Teil 1). – *Leber. Magen. Darm.*, **20**, 1990, № 5, 218-223.
51. Schnelldorfer, T. et al. Management of Giant Hemangioma of the Liver: Resection versus Observation. – *J. Am. Coll. Surg.*, **211**, 2010, № 6, 724-730.
52. Schwartz, S. et W. Husser. Cavernous hemangioma of the liver. A single institution report of 16 resections. – *Ann. Surg.*, **205**, 1987, № 5, 456-465.
53. Scudamore, Ch. et al. Mesohepatectomy. – *Am. J. Surg.*, **179**, 2000, 356-360.

54. Seo, H. I. et al. Right trisegmentectomy with thoracoabdominal approach after transarterial embolization for giant hepatic hemangioma. – *World J. Gastroenterol.*, **15**, 2009, 3437-3439.
55. Starzl, T. et al. Excisional treatment of cavernous hemangioma of the liver. – *Ann. Surg.*, **192**, 1980, № 1, 25-27.
56. Susuki, H. et al. Preoperative transcatheter arterial embolization for giant cavernous hemangioma of the liver with consumption coagulopathy. – *Am. J. Gastroenterol.*, **92**, 1997, № 4, 688-691.
57. Tayoniotis, V. et al. Vascular control during hepatectomy. Review of methods and results. – *World J. Surg.*, **29**, 2005, 1384-1396
58. Тумпа, А. et al. Anesthetic considerations in hepatectomies under hepatic vascular control. – *HPB Surg.*, 2012.
59. Vassiou, K. et al. Embolization of a giant hepatic hemangioma prior to urgent liver resection. Case report and review of the literature. – *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, **30**, 2007, 800-802.
60. Vohaer, B. et al. Should ruptured liver haemangioma be treated by surgery or by conservative means? A case report. – *Acta Chil. Belg.*, **108**, 2008, № 6, 761-764.
61. Weimann, A. et al. Benign liver tumors: differential diagnosis and indications for surgery. – *World J. Surg.*, **21**, 1997, 983-990.
62. Weimann, A. et al. Asymptomatic lesions of the liver – results of surgery and observation in benign liver tumors. – *HPB Surg.*, **9**, 1995, Suppl. 1, 51.
63. Xiao-Qiang Huang, Zhi-Qiang Huang et Wei-Dong Duan. Severe biliary complications after hepatic artery embolization. – *World J. Gastroenterol.*, **8**, 2002, № 1, 119-123.
64. Yamagata, M. et al. Management of haemangioma of the liver: comparison of results between surgery and observation. – *Br. J. Surg.*, **78**, 1991, 1223-1235.
65. Yamamoto, T. et al. Spontaneous rupture of hemangioma of the liver: treatment with transcatheter hepatic arterial embolization. – *Am. J. Gastroenterol.*, **86**, 1991, 1645-1649.
66. Yoon, S. et al. Diagnosis, management, and outcomes of 115 patients with hepatic hemangioma. – *J. Am. Coll. Surg.*, **197**, 2003, 392-402.
67. Zeng, Q. et al. Gigantic cavernous hemangioma of the liver treated by intraarterial embolisation with pingyangmycin-lipiodol emulsion: A multicenter study. – *Cardiovasc. Intervent. Radiol.*, **27**, 2004, 481-485.
68. Zhu, Xian-jin et W. Wang. MR-guided percutaneous sclerotherapy in patients with low-flow vascular malformation. – *Chinese J. Intervent. Imaging Therapy*, **1**, 2009, 171-174.



Г. Ончев
ЛИЧНОСТОВА АБНОРМНОСТ
В КЛИНИЧНАТА ПРАКТИКА
Второ преработено издание
С., Контекст, 2012, 144 с.

Авторът е клиничен психиатър и преподавател по психиатрия в Медицински университет – София. Има изследователски опит в клиничната и транскултуралната психиатрия и в апробирането на нови инструменти и подходи за лечение и рехабилитация. Бил е експерт и главен изследовател в международни програми и консорциуми в психичноздравната област.

След първото издание на тази монография (2001) се появили нови данни за ролята на личността в проявите и хода на болестите. Тази роля е особено изразена при психози, депресия, тревожни разстройства, разстройства на храненето и злоупотреба с алкохол и други вещества, както и при телесни болести като хипертония и диабет. Болестите са по-чести и протичат по-тежко, когато се съчетават с личностова патология. Личностовите разстройства засягат около 10% от общата популация и функционирането им е свързано с тежка социална цена, несъразмерна спрямо вниманието, което получават в здравеопазването и в обучението на медици, психолози и социални работници.

Монографията представя исторически и изследователски данни за личностовата патология, осмислянето им на интегративно ниво и клинично описание за характерните роли, в които влиза тази патология. Всеки аспект на изложението е свързан с конкретни аналогии от клиничната практика. Структурата на книгата позволява както системен преглед, така и бърз преход през различни нива на разказа и интерпретациите. На края е приложен глосарий.