



УКРАЇНА

(19) UA (11) 51088 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОГО ДОСТУПУ ПРИ РЕЗЕКЦІЯХ ПЕЧІНКИ З ПРИВОДУ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

1

(21) u201002707

(22) 11.03.2010

(24) 25.06.2010

(46) 25.06.2010, Бюл. № 12, 2010 р.

(72) ЩЕПОТІН ІГОР БОРИСОВИЧ, КОЛЕСНИК ОЛЕНА ОЛЕКСАНДРІВНА, ПРИЙМАК ВІКТОР ВАСИЛЬОВИЧ, ВАСИЛЬЄВ ОЛЕГ ВАЛЕНТИНОВИЧ, ЛУКАШЕНКО АНДРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШЕПТИТСЬКИЙ ВОЛОДИМИР В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, РОЗУМІЙ ДМИТРО ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЖУКОВ ЮРІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЕНГЕЛ ОЛЬГА ТІБОРІВНА

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ РАКУ

2

(57) Спосіб виконання торакоабдомінального доступу при резекціях печінки з приводу метастазів колоректального раку, що включає виконання лапаротомії за допомогою доступу типу "Мерседес", а саме доступ виконують початковою поперечною лапаротомією розрізом від правої до лівої підреберної областей та краніальним розрізом до мечоподібного відростка груднини, який **відрізняється** тим, що поперечну лапаротомію доповнюють кошою тораколапаротомією по 7-му міжребер'ю з пересіченням реберної дуги з виконанням ревізії діафрагмального та внутрішньоперикардіального відділів порожнистої вени та резекції діафрагми.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, зокрема до онкології та хірургії, та може бути використана при хірургічному лікуванні хворих колоректальним раком із метастазами в печінку при пухлинах з розповсюдженням на діафрагму, печінкові вени, нижню порожнисту вену.

За даними різних досліджень резекція печінки при метастатичному колоректальному раку дозволяє в поєднанні з хіміотерапією подовжити медіану тривалості життя пацієнтів до 40 місяців і досягти п'ятирічної виживаності у 30-50% хворих (1).

При резекціях печінки найширше використовуються наступні оперативні доступи: J-подібний, бісубкостальний, а також поперечний, доповнений серединною лапаротомією. Існуючі комбінвані торакоабдомінальні доступи при операціях на печінці складаються з двох етапів. Перший, який обрано нами за прототип) - це виконання лапаротомії за допомогою доступу типу «мерседес» (виконують початковою поперечною лапаротомією розрізом від правої до лівої підреберної областей із подальшим доповненням серединною лапаротомією - краніальний розріз до мечоподібного відростка груднини) або за допомогою J-подібної лапаротомії невеликим поперечним розрізом в підреберній області справа доповнений верхне-серединною лапаротомією.

Резекції правої долі печінки, такі як розширена гемігепатектомія, сегментектомія Sg7 або Sg8, резекції задньої (Sg6-7) і передньої (Sg5-8) секцій печінки, можуть супроводжуватися деякими технічними складнощами при розповсюдженні пухлини на діафрагму, печінкові вени, запечінковий, діафрагмальний відділи нижньої порожнистої вени. (2).

Проте відомий спосіб має недоліки, а саме: пухлини, що вросли в діафрагму, утруднюють мобілізацію правої долі печінки, а також візуалізацію правої печінкової вени, запечінкового сегменту порожнистої вени, коротких вен, які відходять від нього до 6-го сегменту печінки. Інтраабдомінальна мобілізація правої долі печінки в подібних випадках може ускладнюватися кровотечею з правої печінкової вени або додаткових коротких гілок порожнистої вени, подовженням ішемії печінки шляхом тривалої ротації гепато-дуоденальної зв'язки, венозному застою в печінці внаслідок частого перетискання і маніпуляцій на печінкових венах. Тривала мобілізація підвищує ризик ятрогенних пошкоджень пухлини, а також сприяє потрапленню пухлинних клітин у судинне русло. В наведених випадках торакоабдомінальний доступ може значно полегшити мобілізацію правої долі печінки.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є зменшення травматичності, забезпечення можли-

(19) UA (11) 51088 (13) U

вості виконати адекватну ревізію та обробку портальних воріт печінки в положенні на спині без доповнення розрізу серединною лапаротомією.

В подальшому, при необхідності виконання резекції або протезування нижньої порожнистої вени, доступ дозволяє виконати поворот пацієнта на лівий бік для зручності маніпуляцій на діафрагмальному та інтраперикардіальному ділянках порожнистої вени, не обмежує огляд і маніпуляції при резекції паренхіми печінки.

Технічний результат полягає в покращенні результатів оперативного лікування та покращенні якості життя хворих завдяки меншій травматичності, порівняно зі стандартними торакоабдомінальними доступами, забезпеченні доброї візуалізації як кавальних так і портальних воріт печінки, можливості мобілізувати як праву так і ліву долі печінки, забезпеченні безпечного виділення нижньої порожнистої вени при необхідності її резекції.

Поставлену задачу досягають тим, що у відомому способі, що включає виконання лапаротомії за допомогою доступу типу «мерседес», а саме доступ виконують початковою поперечною лапаротомією розрізом від правої до лівої підреберної області та краніальним розрізом до мечоподібного відростку груднини, згідно корисної моделі поперечну лапаротомію доповнюють косою тораколапаротомією по 7-му міжребер'ю з пересіченням реберної дуги з виконанням ревізії діафрагмального та внутрішньоперикардіального відділів порожнистої вени та резекції діафрагми.

Спосіб здійснюють наступним чином початковий доступ - поперечну лапаротомію доповнюють косою тораколапаротомією по 7-му міжребер'ю з пересіченням реберної дуги. При цьому верхню частину правого прямого м'язу відсепаровують від піхви і переміщують вгору зі збереженням живлення. Виконують ревізію діафрагмального та внутрішньоперикардіального відділів порожнистої вени, а також оцінюють ступінь ураження діафрагми. Наступний етап - резекція діафрагми, що дозволяє мобілізувати праву долю печінки та візуалізувати запечінковий сегмент нижньої порожнистої вени. Виділяють праву печінкову вену та запечінковий сегмент нижньої порожнистої вени. Порожнисту вену беруть на держалки вище та нижче ділянки вrostання пухлини - виконують резекцію з застосуванням затискача Сатінського. Наступним етапом виконують обробку портальних воріт печінки: холецистектомію з дренажуванням за Холстедом-Піковским, виділення і перев'язка правих печінкових артерії та правої портальної вени, взяття на держалку лівої печінкової артерії та лівої портальної вени для маневру Прінгла. Праву печінкову

вену перетинають. Резекцію паренхіми печінки виконують відповідно меж зон ішемії за допомогою ультразвукового кавітатора.

Особливістю даного способу є полегшення мобілізації правої долі печінки, уникнення ускладнень - кровотечі з правої печінкової або додаткових коротких гілок порожнистої вени, тривалої ішемії печінки, венозному застою в печінці, забезпечення хорошої візуалізації зони впадіння правої печінкової вени в нижню порожнисту; при резекціях 7 і 8 сегментів печінки торакоабдомінальний доступ дозволяє знизити відсоток післяопераційних ускладнень в т.ч. і ступінь печінкової недостатності. Цей механізм спрямований на покращення результатів лікування та підвищення якості життя хворих на колоректальний рак з метастатичним ураженням печінки.

Приклад конкретного виконання:

Хворий Ш., 60 років, поступив для оперативного лікування до відділення пухлин органів черевної порожнини та заочеревинного простору Національного інституту раку з діагнозом рак висхідної ободової кишки. Стан після правобічної геміколектомії, через рік після якої був діагностований метастаз у печінку. Метастаз займав 7 і 8 сегменти (максимальний поперечний розмір пухлини 25см). Була виконана комбінована правобічна гемігепатектомія з видаленням 1-го сегменту, резекцією діафрагми, резекцією нижньої порожнистої вени шляхом використання комбінованого доступу - поперечної лапаротомії, косої тораколапаротомії з діафрагмотомією. Порівняно з абдомінальними доступами спосіб супроводжувався збільшенням тривалості операції (на 100-110хв.) на тлі зменшення крововтрати. Перебіг післяопераційного періоду неускладнений, рана загоїлась первинним натягом.

Спосіб, що пропонується, був апробований в клініці онкології НМУ на базі Національного інституту раку протягом 2009 року і показав себе як вискоєфективний, що дозволяє його рекомендувати для використання в практиці спеціалізованих відділень онкологічних установ.

Джерела інформації:

1. Feng X., Ronnie T. Thoracoabdominal Approach for Right-Sided Hepatic Resection for Hepatocellular Carcinoma, Thoracoabdominal Approach for Right Hepatectomy// J Am Coll Surg, 2003; 196: 418-427.

2. Liu C.L., Fan S.T., Lo CM. et al. Anterior approach for major right hepatic resection for large hepatocellular carcinoma // Ann Surg, 2000; 232: 25-31.