

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний для лікування хворих з обширними вогнищевими враженнями правої долі печінки.

Відомі способи резекції правої долі печінки включають: резекцію печінки з накладанням турнікету на гепатодуоденальну зв'язку (спосіб J.Pringle), методика повної судинної ізоляції печінки з використанням способу J.Pringle в поєднанні з пережиманням нижньої порожнистої вени в надпечінковому та підпечінковому її відділі, у випадках гемодинамічної непереносимості пацієнтів використовують одночасне використання вище вказаних способів з обхідним вено-венозним шунтуванням за допомогою апарату штучного кровообігу або біопомпи (що аналогічно використовується при ортотопічній трансплантації печінки від трупного донора); для припинення кровообігу у нижньої половині вени, деякі автори, використовують тимчасову балонну ендovasкулярну оклюзію. В деяких випадках використовують спосіб екстракорпоральної резекції печінки з послідуною її аутоотрансплантацією [1, 2, 3, 4].

Недоліком вказаних способів є можливість розвитку інтраопераційної кровотечі при способі J.Pringle із системи печінкових вен. При використанні способу J.Pringle в поєднанні з пережиманням нижньої порожнистої вени в надпечінковому та підпечінковому її відділі, у деяких хворих такий спосіб неможливий у зв'язку із значним погіршенням загального стану (різкі, погано керовані зміни гемодинамічних показників). Так, по даним E.Delva та співавт.[4], середні показники артеріального тиску знижуються на 14%, діастолічний тиск в легеневій артерії - на 19%, серцевий індекс - на 52%, в той же час підвищується периферичний судинний опір на 80%. Використання, в даних випадках, тимчасового обхідного вено-венозного шунтування, в ряді спостережень супроводжується виникненням специфічних для цієї маніпуляції ускладнень у вигляді тромбоемболій, гострих тромбофлебітів канюльованих вен та розлади в системі гемостазу після вимушеної гепарінотерапії при екстраорганному кровообігу. Екстракорпоральна резекція та аутоотрансплантація печінки супроводжується етапами холодової та теплової ішемії, можуть виникати тромбоемболічними ускладнення в судинних анастомозах, певні проблеми виникають при відновленні або реконструкції жовчовивідних шляхів.

Найближчим аналогом являється спосіб резекції правої долі печінки, який включає судинну ізоляцію шляхом перекриття аферентного та еферентного кровообігу шляхом затиснення печінково-дванадцятипалої зв'язки та нижньої порожнистої вени в над- та підпечінковому її відділі та розтин печінкової паренхіми [5].

Недоліком аналогу являється велика кількість інтраопераційних ускладнень в результаті припинення кровообігу та повернення крові до серця по системі нижньої порожнистої вени, що проявляється різким погіршенням (на 50-80%) стану гемодинаміки.

Задачею винаходу являється розробка такого способу резекції правої долі печінки, який за рахунок збереження кровообігу по нижньої порожнистої вени забезпечував би зменшення кількості інтраопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі резекції правої долі печінки, який включає судинну ізоляцію шляхом перекриття аферентного та еферентного кровообігу та розтин печінкової паренхіми, згідно з винаходом, для судинної ізоляції виконують мобілізацію запечінкового відділу нижньої порожнистої вени, проводять накладання компресійних турнікетів на гепатодуоденальну зв'язку та відсепарований стовбур лівої та медіанної печінкової вени.

Перекриття аферентного та еферентного кровообігу шляхом мобілізації запечінкового відділу нижньої порожнистої вени накладання компресійних турнікетів на гепатодуоденальну зв'язку та відсепарований стовбур лівої та медіанної печінкової вени забезпечує зменшення кількості інтраопераційних ускладнень у зв'язку з збереженням кровообігу по нижній порожнистій вени.

Спосіб виконують наступним чином.

Виконують широку мобілізацію правої долі печінки з виділенням нижньої порожнистої вени та перев'язкою комунікантних вен від правої та хвостатої долі на усьому протязі, до печінкових вен. По діафрагмальній та нижній поверхні виділяють стовбур медіанної та лівої печінкової вени і проводять поліхлорвінілову трубку двічі за один кінець таким чином, щоб створилась петля навколо цієї судинної структури. Такою ж поліхлорвініловою трубою, таким же способом, в петлю-турнікет охоплюють печінково-дванадцятипалу зв'язку із аферентними судинами. Виконують препаровку та лігування правих судинно-жовчних глісонових структур та правої печінкової вени. Здійснюють затиснення обох турнікетів, після чого виконують розсічення печінкової паренхіми практично в сухому операційному полі, без значних порушень загального стану пацієнта. Рана печінки коагулюють. Встановлюють дренажі. Лапаротомну рану зашивають.

Приклад.

Хвора Т., історія хвороби №2706, 1974р. н., госпіталізована в клініку 2001р., з діагнозом гемангіома правої долі печінки. Тривалість захворювання приблизно 12 місяців. При загальноклінічному обстеженні, по ехографічним даним, виявлена гемангіома правої долі печінки великих розмірів з локалізацією новоутворення в VI-VIII сегментах. По біохімічним показникам, ознаки функціональної печінкової недостатності не спостерігалися. 6.06.01р. операція - правостороння гемігепатектомія (VI-VIIIc.). Розрізом по Федорову лапаротомія. При ревізії - в правої долі печінки виявлена гемангіома близько 12см в діаметрі. У зв'язку із частковим враженням IV сегменту та можливого розповсюдження гемангіоми на медіанну печінкову вену вирішено виконати резекцію печінки в умовах повної судинної ізоляції органу. Відсепаровані та лігвані праві судинно-жовчні структури, права печінкова вена. Виконано мобілізацію запечінкового відділу нижньої порожнистої вени, накладання та затиснення компресійних турнікетів на печінково-дванадцятипалу зв'язку та відсепарований стовбур лівої та медіанної вени (без нижньої порожнистої вени). Виконана резекція правої долі печінки ультразвуковим аспіратором Aloka - SUS 20 ID. Гемодинамічні показники під час затиснення турнікетів поменшувались не значно (на 10-15мм. рт. ст) діастолічний тиск в легеневій артерії - на 5 - 7%, серцевий індекс - на 12-15%. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Відмічалось незначне підвищення біохімічних показників аланінамінотрансферази (АЛАТ), аспартатамінотрансферази (АСТ), які нормалізувались на 15 добу. Виписана через 16 днів після операції в задовільному стані. Оглянута через 3, 6, 9, 12 місяці - скарг не відмічає, практично здорова.

По запропонованому способу проліковано 2 хворих з вогнищевими ураженнями печінки. Інтраопераційних ускладнень не було. В той же час, із 2 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 1 хворого в

зв'язку з відсутністю толерантності на одночасне затискання компресійних турнікетів печінково-дванадцятипалої зв'язки та нижньої полої вени в над- та підпечінковому відділі виникло різке погіршення стану гемодинаміки (падіння артеріального тиску нижче 60/40мм рт. ст.) в зв'язку з чим виникла необхідність в накладанні вено-венозного обхідного шунту з відновленням возврату крові за допомогою апарату штучного кровообігу.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість інтраопераційних ускладнень.

Джерела інформації:

1. Готьє С.В., Филин А.В. и др. Обширные анатомические резекции в лечении очаговых поражений печени. // Вестник РАМН.-М., Медицина, 2001.-№9.-С.12-18.
2. Назаренко НА, Вишневский В.А., Кубышкин В.А. Сосудистая изоляция печени при обширных ее резекциях. //Хирургия. - 1998. -№5. -С.63-66.
3. Delva E., Camus Y. et al. Vascular occlusions for liver resectios. Operative management and tolerans to hepatic ischemia: 142 cases. //Ann.Surg.-1989.-V.209.-P.211-218.
4. Huguet C., Addario-Chieco P. et al. Tecnique of hepatic vascular exclusion for extensive liver rezection. Am.J.Surg. 1992. - V. 163. - P. 602 - 605.
5. Bismuth H., Castaing D., GardenO.J. Major hepatic resection under total vascular exclusion. Ann.Surg. - 1989.- V.210.-P. 13 - 19. - найближчий аналог.