

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

Відомі способи лікування шляхом виконання резекції лівої та частини правої долі печінки включають: розширену лівосторонню резекцію печінки в традиційному варіанті (без підготовчих втручань по забезпеченню адекватного крововідтоку від залишеної здорової печінкової паренхіми); попередня рентгеноендовакулярна оклюзія лівої зворотної вени та послідовна резекція лівої долі печінки, операції трансплантації органу. [1, 2, 3].

Недоліком вказаних способів є можливість розвитку в післяопераційному періоді синдрому надпечінкової портальної гіпертензії, специфічні післятрансплантаційні ускладнення пов'язані з постійною імуносупресією.

Найближчим аналогом являється спосіб резекції лівої долі печінки, який включає рентгеноендовакулярну оклюзію лівої зворотної вени з послідовною резекцією паренхіми [4].

Недоліком аналогу являється майже повмісне виникнення післяопераційних ускладнень у вигляді портальної гіпертензії, внаслідок лігування усіх трьох печінкових вен, що спричиняє недостатній крововідток від залишеної печінкової паренхіми правої долі.

Задачею винаходу являється розробка такого способу резекції лівої долі печінки, який за рахунок збільшення крововідтоку від залишеної печінкової паренхіми, забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі резекції лівої долі печінки, який включає рентгеноендовакулярну оклюзію лівої зворотної вени з послідовною резекцією паренхіми, згідно з винаходом, перед резекцією додатково виконують селективну рентгеноендовакулярну оклюзію передньої гілки правої зворотної вени та правої печінкової вени.

Додаткова селективна рентгеноендовакулярна оклюзія передньої гілки правої зворотної вени та правої печінкової вени забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень у зв'язку із розвитком поступового перерозподілу (у бік збільшення) колатерального крововідтоку від залишеної печінкової паренхіми VI-VII сегментів по задньонижнім печінковим венам, крововідтік по яким в стандартних умовах, незначний.

Спосіб виконують наступним чином.

На першому етапі по черезшкірно черезпечінкової катетеризації лівої зворотної вени під контролем УЗД виконують селективну рентгеноендовакулярну оклюзію передньої гілки правої зворотної вени (від V, VIII сегменту) та оклюзію лівої зворотної вени. Іншим (трансюгулярним доступом), після виконання гепатовенографії виконують рентгеноендовакулярну оклюзію правої печінкової вени. Згодом 3-4 неділі, після зменшення враженої патологічним процесом печінкової паренхіми, вікарної гіпертрофії заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти) та формування адекватного крововідтоку (по даним доплерофлуометрії, ангіографії) від VI-VII сегментів, другим етапом, виконують розширену резекцію лівої долі печінки з лігуванням усіх трьох печінкових вен. Рану печінки коагулюють. Встановлюють дренажі. Лапаротомну рану ушивають.

Приклад.

Хворий Н., історія хвороби №3957, 1954р.н., госпіталізований в клініку 2002р., з діагнозом рак лівої долі печінки. Тривалість захворювання близько 7 місяців з моменту появи скарг. При загальноклінічному обстеженні, по ехографічним даним УЗД, комп'ютерної томографії діагностовано новоутворення лівої долі печінки великих розмірів (19×20см) з локалізацією в I-IV сегментах та розповсюдженням на праву долю печінки V та VIII сегмент з частковим враженням пухлинним конгломератом правої печінкової вени, що розцінюється в теперішній час, як неоперабельний випадок. По біохімічним показникам, ознаки функціональної печінкової недостатності не спостерігалися. 17.09.02р. операція -рентгеноендовакулярна оклюзія лівої зворотної вени, селективна оклюзія передньої гілки правої зворотної вени (від V,VIII сегментів); синхронно виконана гепатовенографія та рентгеноендовакулярна оклюзія правої печінкової вени трансюгулярним доступом.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Спостерігалось підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, помірні больові відчуття в верхніх відділах очеревини. Виписаний на 19 добу після операції.

Через 5 неділей після першої операції хворий госпіталізований для наступного етапу лікування (історія хвороби №4069). По даним досліджень УЗД та КТ відмічається зменшення розмірів правої долі печінки з новоутворенням 18×19см, спостерігається вікарна гіпертрофія заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти). По даним доплерофлуометрії та ангіографії спостерігається підвищення крововідтоку по задньонижнім печінковим венам, в порівнянні з попередніми показниками. 2.10.02 операція - розширена лівостороння гемігепатектомія (видалення I-V, VIII сегментів печінки з перев'язкою усіх трьох печінкових вен). Розрізом типу "мерседес" лапаротомія. При ревізії - в лівої долі, включаючи I сегмент печінки виявлено новоутворення - первинний рак, з розмірами близько 19см в  $\varnothing$ , яке розповсюджується на праву долю V та VIII сегменти з площинним враженням по довжині правої печінкової вени, починаючи від її місця впадіння в нижню порожнисту вену. Спостерігається вікарне збільшення заднього сегменту правої долі (VI-VII сегменти). Відсепаровані та ліговані ліві судинно-жовчні структури, включаючи структури I сегменту, перев'язані судинно-жовчні елементи переднього сегменту переднього сегменту правої долі (V, VIII сегмент). Виконано мобілізацію запечінкового відділу нижньої порожнистої вени та перев'язка усіх трьох печінкових вен. Виконана розширена резекція лівої долі печінки (I-V, VIII сегментів) ультразвуковим аспіратором Aloka-SUS 201D. Післяопераційний період перебігав без ускладнень з відсутністю клінічних проявів надпечінкової портальної гіпертензії. Відмічалось підвищення біохімічних показників, які нормалізувались на 17 добу. Виписаний через 22 дні після операції в задовільному стані. Оглянутий через 3, 6 місяці - скарги на незначні епізодичні больові відчуття в верхніх відділах очеревини, по даним ехографії проявів рецидиву захворювання не спостерігається.

По запропонованому способу пролікований 1 хворий з обширними вогнищевими ураженнями лівої та правої долі печінки з ураженням правої печінкової вени. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час, у 1 хворого, пролікованого по способу - найближчому аналогу в післяопераційному періоді спостерігались клінічні ознаки портальної гіпертензії.

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

Джерела інформації:

1. Готьє С.В. Хирургическая гепатология: трансплантация печени, обширные резекции //Хирургия. - 1998. - №6. - С.33-37.
2. Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. -Саратов. Изд. Саратовского университета, 1986. - 214с.
3. Harada T. Surgical management of large hepatocellular carcinomas: criteria for curative hepaticectomy // Int.Surg. - 1993. - V.78. - P. 284-287.
4. Ryan W.H., Hammel B.W., McClelland R.N. Reduction in the morbidity and mortality of major hepatic resection. Experience with 52 patients// Am. J. Surg. 1990. - V.27. - №144. - P. 740-743. - найближчий аналог.