

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний для лікування хворих з ураженням четвертого та восьмого сегментів печінки.

Відомі способи резекції четвертого та восьмого сегментів печінки:

атипові резекції, які включають доступ до печінки, мобілізацію ділянки печінки яка підлягає резекції та власне резекцію ураженої ділянки печінки з перев'язкою розгалужень аферентних та еферентних структур безпосередньо в площині резекції; розширені гемігепатектомії, які включають доступ до печінки, мобілізацію її правої та лівої долі, холецистектомію, виділення елементів печінково-дванадцятипалої зв'язки з наступним пересіченням та перев'язкою в воротах печінки правих дольових структур та пілок до четвертого сегменту від лівих дольових структур, виділення з наступним пересіченням та перев'язкою правої та середньої печінкових вен в піддіафрагмальному просторі, резекцію вогнища ураження разом з п'ятим, шостим, восьмим сегментами печінки [1, 2, 3].

Недоліками цих способів є: для атипичних резекцій - висока імовірність ушкодження структур ділянок печінки, що не підлягають резекції, з розвитком в подальшому їх некрозу та секвестрації; для типових - значна травматичність внаслідок видалення разом з вогнищем ураження значних масивів функціонально активної паренхіми, в зв'язку з чим резекція протипоказана пацієнтам зі зниженими функціональними резервами печінки.

Найближчим аналогом є спосіб резекції четвертого та восьмого сегментів печінки, який включає доступ до печінки, мобілізацію її правої та лівої долі, холецистектомію, виділення елементів печінково-дванадцятипалої зв'язки та печінкових вен з резекцією четвертого сегмента печінки вздовж другого та третього сегментів по ходу лівих дольових судин та жовчного протоку, з пересіченням та перев'язкою структур, що відходять від них до четвертого сегмента, пересіченням та перев'язкою в воротах печінки правих дольових структур, та розсіченням та прошиванням серединної та правої печінкових вен в піддіафрагмальному просторі, разом з резекцією четвертого та восьмого сегментів видаленню також підлягають п'ятий, шостий, сьомий сегменти [3].

Недоліком аналога є значна травматичність з розвитком великої кількості післяопераційних ускладнень внаслідок видалення разом з вогнищем ураження значних масивів функціонально активної паренхіми, в зв'язку з чим резекція протипоказана пацієнтам зі зниженими функціональними резервами у разі необхідності максимального збереження паренхіми органа.

Задачею винаходу є розробка такого способу резекції четвертого та восьмого сегментів печінки, який за рахунок збереження інших сегментів печінки дозволяє зменшити кількість ускладнень та розширити показання для виконання резекції печінки у пацієнтів зі зниженими функціональними резервами.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі резекції четвертого та восьмого сегментів печінки, який включає доступ до печінки, мобілізацію її правої та лівої долі, холецистектомію, виділення елементів печінково-дванадцятипалої зв'язки та печінкових вен з резекцією четвертого сегмента печінки вздовж другого та третього сегментів по ходу лівих дольових судин та жовчного протоку, з пересіченням та перев'язкою структур, що відходять від них до четвертого сегменту, розсіченням та прошиванням серединної вени, згідно з винаходом аферентні та еферентні структури восьмого сегмента пересікають та перев'язують безпосередньо в площині резекції, а уражені четвертий та восьмий сегменти відділяють від структур хілярного плато та нижньої порожнистої вени без ушкодження аферентних та еферентних структур п'ятого, шостого, сьомого сегментів.

Розсічення та перев'язка аферентних та еферентних структур безпосередньо в площині резекції забезпечує збереження п'ятого, шостого та сьомого сегментів, які разом складають близько 40 % функціонально активної паренхіми, за рахунок чого зменшується травматичність операції та розширюються показання для виконання резекції у пацієнтів з зниженими функціональними резервами, у разі необхідності максимального збереження паренхіми органа.

Спосіб виконують наступним чином

Розкривають черевну порожнину розрізом типу "мерседес". Пересікають трикутну та серпоподібну зв'язки печінки. На рівні загального жовчного протоку виділяють елементи печінково-дванадцятипалої зв'язки. Виконують холецистектомію з роздільною перев'язкою пузирних протоків та артерії.

Поетапно розсікають паренхіму печінки по ходу лівих дольових судин та жовчного протоку до місця відродження судин та протоку четвертого сегменту. В піддіафрагмальному просторі виділяють над печінковий сегмент нижньої порожнистої вени та середню печінкову вену. Останню пересікають та прошивають. Далі резекцію проводять по латеральному краю восьмого сегменту в проекції правої печінкової вени. Розсікають та перев'язують її гілки до восьмого сегменту із збереженням цілісності останньої. В глибині площини резекції виділяють, розсікають та перев'язують Гліссонову ніжку восьмого сегменту. Уражену ділянку печінки відсікають від структур хілярного плато. Виконують інтраопераційну холангіографію. В підпечінковий та піддіафрагмальний простори підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарово зашивають операційну рану.

Приклад. Хвора К., історія хвороби № 2726, 1967 року народження, госпіталізована в клініку 2003 році зі скаргами на болі внизу живота, тенезмами, виділення зі стулом слизу та крові. Вважала себе хворою близько одного місяця, коли вперше з'явилися вищезазначені скарги. За результатами загально клінічних обстежень, УЗД, КТ, та агіографічного обстеження був встановлений діагноз *tumor* симптоматичного кишечника, вогнищеві ураження печінки та яєчника. 8. 07. 2003 операція - ектирпация матки по Вергейму. Передня резекція прямого кишечника, апендектомія з інтраопераційним лаважем товстого кишечника. Резекція четвертого та восьмого сегментів печінки. Розрізом типу "мерседес" - лапаротомія. Мобілізовані права та ліва долі печінки. Виділялись воротна вена, права та ліва власне печінкові артерії, ліва та права печінкові вени. Пухлина печінки, яка локалізувалась в четвертому В та восьмому сегментах, розміром до 9 - 10 см повністю проростала серединну вену та була інтимно зрослена з правою печінковою веною, таким чином пухлина знаходилась на нижній порожнистій вені і проростала серединну печінкову вену, знаходячись між правої та лівою печінковими венами. Виконано резекцію четвертого сегменту печінки вздовж другого та третього сегментів, вздовж лівої печінкової вени. Виділена з пухлиною серединна печінкова вена діаметром 2 см, відсічена від нижньої порожнистої вени, прошита. Пухлину відділено від нижньої порожнистої вени, правої печінкової вени, виконано резекцію восьмого сегменту печінки в блоці з четвертим, відділивши мікропрепарат від структур хілярного плато. Проводилась інтраопераційна холангіографія. Оперативне втручання закінчувалось дренажуванням черевної порожнини та пошаровим зашиванням операційної

рани. Після операції відмічалось незначне підвищення біохімічних показників аланінамінотрансферази (АлАТ), аспаратаміно-трансферази (АсАТ), та лактатдегідрогенази (ЛДГ), які нормалізувались на шістнадцяту добу. Післяопераційний період протікав без ускладнень, що дало змогу провести в післяопераційному періоді повний курс хіміотерапії.

По запропонованому способу проліковано двоє хворих. Інтра- та післяопераційних ускладнень не було. В той же час у одного з двох пацієнтів пролікованих по способу, найближчому аналогу в післяопераційному періоді діагностовано печінкову недостатність.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість ускладнень та розширити показання для проведення резекцій печінки у пацієнтів зі зниженими функціональними резервами печінки.

Джерела інформації:

1. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. Атлас операций на печени. - Л.: медицина, 1975.-200 с.
2. Фэгэрэшану И. и соавторы. Хирургия печени и внутрипеченочных желчных путей. - Editura academiei bucuresti, 1972. - 537 с.
3. Шалимов А.А., Шалимов С.А. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. -К.: Здоровье, 1993. - 512 с. найближчий аналог.