

Винахід належить до галузі медицини, а саме до хірургії та може бути використаний для лікування хворих з вогнищевим ураженням VI-VII сегментів печінки.

Відомі способи резекції правої долі печінки: атипові резекції, які включають: доступ до печінки, мобілізацію ділянки печінки, яка підлягає резекції та власне резекції ураженої ділянки печінки з перев'язкою розгалужень аферентних та еферентних структур безпосередньо в площині резекції; анатомічні резекції, які включають доступ до печінки, мобілізацію правої долі печінки, виділення, перев'язку та відсічення правих аферентних дольових структур в воротах печінки, виділення, пересічення та прошивання правої печінкової вени з послідуною резекцією паренхіми в між дольовій площині. [1, 2]

Недоліками цих способів є: для атипових резекцій - висока ймовірність ушкодження структур ділянок печінки, що не підлягають резекції з розвитком в подальшому некрозу цих ділянок; для типових - значна травматичність внаслідок видалення разом з вогнищем ураження значних масивів функціонально активної паренхіми печінки.

Найближчим аналогом являється спосіб резекції правої долі печінки, який включає доступ до печінки, мобілізацію правої долі печінки, виділення, перев'язку та відсічення правих аферентних дольових структур в воротах печінки, виділення, пересічення та прошивання правої печінкової вени з послідуною резекцією паренхіми в між дольовій площині. [3]

Недоліком аналогу являється велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді печінкової недостатності у зв'язку з видаленням разом з вогнищем ураження значних масивів паренхіми печінки, внаслідок чого спостерігається незначний об'єм залишеної печінкової паренхіми лівої долі під час саме виконання резекції.

Задачею винаходу являється розробка такого способу резекції правої долі печінки, який за рахунок збільшення об'єму функціонально активної паренхіми переднього правого сегменту, забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі резекції правої долі печінки, який включає доступ до печінки, мобілізацію її правої долі, перев'язку вен VI-VII сегментів і їх відсічення, резекцію паренхіми, згідно з винаходом при видаленні правих аферентних структур їх тимчасово кліпують, а перев'язують та відсікають задні праві секторальні аферентні структури, резекцію паренхіми виконують в між секторальній площині, зберігаючи праву печінкову вену.

Тимчасове кліпування правих аферентних структур забезпечує зменшення крововтрати під час резекції печінки, а перев'язка задніх правих секторальних структур з резекцією паренхіми в між секторальній площині, зберігаючи праву печінкову вену, дозволяє зберегти V та VIII сегменти печінки, які разом складають біля 26% функціонально активної паренхіми, за рахунок чого зменшується травматичність операції та розширюються показання для виконання резекції у пацієнтів з зниженими функціональними резервами печінки.

Спосіб виконують наступним чином/

Лапаротомія - розрізом типу "Мерседес". Після холецистектомії проводять виділення правих аферентних структур в воротах печінки з розміщенням їх на стрічках утримання. Після дбайливого та ретельного виділення задніх правих секторальних структур останні перев'язують та розділяють, після чого з'являється межа між правим заднім та переднім секторами, яку помічають за допомогою коагуляції. Виконують широкую мобілізацію правої долі печінки з перев'язкою комунікантих вен від VI-VII сегментів. Виділяють праву печінкову вену з розміщенням її на стрічці утримання з метою попередження її ушкодження при трансекції паренхіми, після чого розпочинають трансекцію паренхіми по заздалегідь наміченій лінії. Зменшення крововтрати досягають інтермітованим затисненням правих аферентних структур. Трансакцію вглиб паренхіми проводять під візуальним контролем правої печінкової вени з розділенням та перев'язкою на зажимах її гілок від правої печінкової вени, при цьому слідкують за збереженням цілісності її основного стовбура та правих передніх секторальних ніжок. Виконують інтраопераційну холангіографію. В підпечінковий та піддіафрагмальний простори підводять дренажі через контрапертуру в правому підребер'ї. Пошарово зашивають операційну рану.

Приклад.

Пацієнтка С., історія хвороби №2839, 1958 року народження, госпіталізована в клініку в червні 2003 року з діагнозом гемангіома правої долі печінки. При обстеженні діагноз був підтверджений, встановлено локалізацію пухлини - в межах VI-VII сегментів печінки. По біохімічним показникам функціональної недостатності печінки не спостерігалось. 14.07.2003 виконана операція - резекція VI-VII сегментів печінки. Розрізом типу "мерседес" вскрита черевна порожнина. При ревізії в ділянці VI-VII сегментів печінки було виявлено гемангіому до 10см в діаметрі. Виділені задні праві гілки VI-VII сегментів v.portae, а. hepatica, права печінкова вена. Виділені праві структури портальних воріт печінки. За допомогою селективного затиснення структур VI-VII сегментів печінки була намічена межа резекції паренхіми печінки. Потім, кліпуючи праві портальні судини, виконано резекцію VI-VII сегментів печінки після відділення їх від нижньої порожнистої вени. Праву печінкову вену збережено. Проводилась інтраопераційна холангіографія. Оперативне втручання закінчувалось дренажуванням черевної порожнини та пошаровим зашиванням операційної рани.

Післяопераційний період протікав гладко. Відмічалось незначне підвищення рівня біохімічних показників: рівня білірубину, аланін амінотрансферази, аспартатамінотрансферази, які нормалізувались на 14 добу.

Хвору виписано через 22 дні після операції в задовільному стані.

По запропонованому способу проліковано 2 хворих з вогнищевими ураженнями VI-VII сегментів печінки. Післяопераційних ускладнень не було. В той же час, із 2 хворих, пролікованих по способу - найближчому аналогу у 1 хворого в зв'язку з помірним (недостатнім) об'ємом паренхіми лівої долі печінки в післяопераційному періоді спостерігалась клінічне маніфестуюча печінкова недостатність, що потребувало проведення інтенсивної інфузійної та гепатотропної терапії.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє зменшити кількість післяопераційних 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. Harada T., Kodama S., Matsuo K. et al. Surgical management of large hepatocellular carcinomas: criteria for

curative hepaticectomy// Int.Surg.- 1993.-V.78.-P.284-287.

3. 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.